

25/05/14 **TOEGESCHREVEN NAAR DE
PATIËNT ZIJN
GEZONDHEIDSPROBLEMEN**

*Het implementatieproces voor de probleemgerichte
voortgangsrapportage op de afdeling Interne Geneeskunde
in het Orbis Medisch Centrum te Sittard-Geleen.*

Naam:	Vera Salden
Studentnummer:	1020315
Opleiding:	HBO- V
Instelling:	Zuyd Hogeschool
Docentbegeleider:	Mevrouw Van Gastel
2 ^e Beoordelaar:	Mevrouw De Rooij
Stage-instelling:	OMC Sittard – Geleen
Afdeling:	Interne Geneeskunde
Stagebegeleiders:	Mevrouw Bertram en de heer Lucassen
Praktijkbegeleidster:	Mevrouw Kitzen

**ZU
YD**

Samenvatting

Deze bachelorthesis beschrijft het proces dat is gevolgd om de probleemgestuurde voortgangsrapportage op de afdeling Interne Geneeskunde in het Orbis Medisch Centrum te Sittard-Geleen te implementeren. Door het invoeren van de probleemgestuurde rapportagemethode wordt beoogd de kwaliteit van zorg te verbeteren zodat er meer eenduidigheid zal zijn op Oost 51. De voortgang van de patiënt kan beter worden bijgehouden, waardoor de continuïteit van zorg voor de patiënt ook gegarandeerd kan worden. De patiënt wordt hierdoor behoed voor zaken die dubbel worden gedaan of vergeten worden.

De volgende vraagstelling is geformuleerd voor het implementatieproces: *‘Hoe kan de probleemgestuurde rapportage methode naar de NANDA diagnoses t.a.v. de interne patiënt in het OMC het beste geïmplementeerd en gehanteerd worden zodat de patiëntveiligheid en continuïteit van zorg gewaarborgd wordt?’*

Het proces van implementatie volgens de stappen van Grol & Wensing (2011) is gestart met een duidelijke omschrijving van wat er precies geïmplementeerd moet worden. Middels een literatuurstudie, best practice en informele gesprekken werd enerzijds duidelijk dat het verpleegplan passend moet zijn voor de patiënt en anderzijds dat de voortgangsrapportage meer probleemgestuurd naar de NANDA diagnoses dient te worden ingevuld, waarbij afwijkende gegevens de leidraad vormen. Vervolgens is aan de hand van een dossierstudie de feitelijke zorg in kaart gebracht aan de hand van de opgestelde indicatoren. Hieruit werd duidelijk dat het verpleegplan niet passend is bij de individuele patiënt en dat er niet alleen maar gezondheidsproblemen en afwijkende zaken wordt gerapporteerd, maar ook zaken die goed gaan bij de patiënt en niet afwijkend zijn. Aan de hand van semigestructureerde interviews bij de doelgroep is achterhaald waarom er wordt gewerkt volgens de methode die naar voren is gekomen uit de dossierstudie. Uitkomsten waren bevorderende en belemmerende factoren bij alle doelgroepen. Belemmerende factoren spelen een rol bij kennis- en gedragsniveau, hierop zijn dan ook de meeste strategieën en interventies gebaseerd. Er zijn educatieve bijeenkomsten gegeven en er is gewerkt met feedback en reminders. Alle interventies zijn terug te vinden in het implementatieplan.

De pilot is geëvalueerd aan de hand van een kwaliteitsmonitor gebaseerd op de wenselijke situatie/indicatoren. Het proces is geëvalueerd middels een evaluatieformulier. Geconcludeerd kan worden dat steekproefsgewijs het verpleegplan geanalyseerd moet worden. De andere doelen voor het project kunnen opgepakt worden in september 2014. De vormgeving van het nieuwe SAP is dan beter bekend.

Summary

This Bachelor thesis concerns the process that is followed to introduce the problem-based nurse reporting at the internal medicine department in the 'Orbis Medisch Centrum' at Sittard-Geleen. The problem-based nurse reporting intends to improve the quality of care so there will be more clarity at 'Oost 51'. The progress of the patient can be tracked better, so that the continuity of care for the patient also can be guaranteed. The patient is hereby protected from things that are forgotten or done twice.

The following question is formulated for the implementation process: How can the problem-based reporting method to the NANDA diagnoses with respect to the internal medicine patient in the OMC best be implemented and used so that the continuity of care and patient safety is ensured?'

The process of implementation according to the steps of Grol & Wensing (2011) started with a clear definition of what should be implemented. Through a literature review, best practice and informal discussions it became clear that on the one hand the nursing plan must be appropriate for the patient and on the other hand that the more problem-oriented progress to NANDA diagnosis needs to be filled out, where anomalous data are leading. Subsequently, through a case study the actual care was mapped on the basis of the indicators. It became clear that the nursing plan is not appropriate for the individual patient, and that not only health and abnormal cases are reported, but also things that go well with the patient and are normal. On the basis of semi-structured interviews with the target group we detected why we work according to the method that has emerged from the case study. Outcomes were favorable and hindering factors for all target groups.

Hindering factors play a role in knowledge and behavioral level, for this reason most strategies and interventions are based on this. Educational sessions have been given and there has been worked with feedback and reminders. All interventions can be found in the implementation plan. The pilot was evaluated using a quality monitor based on the desirable situation / indicators. The process is evaluated by means of an evaluation. The conclusion is that nursing plans should be analyzed at random. The other objectives of the project can be picked up in September 2014. The design of the new SAP is better known by then.

Voorwoord

Dit is mijn bachelorthesis over het implementatieproces van de probleemgestuurde rapportage op de afdeling Interne Geneeskunde in het Orbis Medisch Centrum te Sittard-Geleen.

Ik ben Vera Salden, 4^e jaars HBO-V studente aan Zuyd Hogeschool. Mijn afstudeerstage loop ik op de afdeling Interne Geneeskunde, omdat de inwendig ouder wordende mens mij interesseert. Mijn differentiatierichting is dan ook de Algemene Gezondheidszorg.

Deze bachelorthesis vormt mijn eindopdracht van HBO-V. Gedurende het laatste jaar van mijn opleiding heb ik een implementatietraject doorlopen om de probleemgestuurde rapportage te implementeren op de afdeling.

Tijdens deze bachelorthesis heb ik ondersteuning en begeleiding mogen ontvangen van een aantal mensen. Hen wil ik graag bedanken. Allereerst wil ik mijn docente mevrouw Van Gastel bedanken voor haar begeleiding, goede tips en positiviteit. Zij stond ook altijd klaar met nuttige feedback. Daarnaast wil ik mijn stagebegeleiders, mevrouw Betram en de heer Lucassen, bedanken. Bij hen kon ik altijd terecht met vragen en feedback. Zij hebben tijdens mijn implementatietraject altijd heel goed meegedacht. Ook wil ik graag in het speciaal de coördinerend verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde bedanken: de heer Milder en mevrouw Simonis. Zij hadden zeer nuttige tips voor de implementatie en boden ondersteuning waar nodig. Alle verpleegkundigen van de afdeling Interne geneeskunde bedank ik ook bij deze, voor hun medewerking aan het project en de kwaliteitsmonitoring tijdens de voorfase van de pilot. Ik wil ook graag mijn praktijkbegeleidster mevrouw Kitzen Kitzen bedanken. Enkele verpleegkundigen die als Sterrol EVD hebben, de heer Mulder en mevrouw Van den Biggelaar, hebben gezorgd voor een juiste kwaliteitsmonitoring. Mevrouw Hameleers werkzaam in het leerhuis van het Atrium ziekenhuis in Heerlen en mevrouw Vaessen van het Viecuri Medisch Centrum te Venlo wil ik bedanken voor het meewerken aan mijn bachelorthesis ten aanzien van best practice. Eveneens wil ik graag mevrouw Bernardt bedanken; zij is lid van de EVD groep in het ziekenhuis en was erg betrokken bij het implementatieproces. Ten slotte bedank ik de heer Parren voor de grafische vormgeving van de massamedia.



Vera Salden

Heel, 5 mei 2014

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Summary	3
Voorwoord	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding	7
Hoofdstuk 1: Concreet voorstel voor verbetering	9
1.1. De onderwerpskeuze.....	9
1.2. De wenselijke situatie	11
Hoofdstuk 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering	14
2.1. Methode voor analyse.....	14
2.2. Resultaten	15
Hoofdstuk 3: Probleemanalyse doelgroep en setting	18
3.1. Methode voor analyse.....	18
3.2. Doelgroep en setting.....	18
3.3 Resultaten analyse per doelgroep	19
3.4. Bevorderende en belemmerende factoren per doelgroep	22
Hoofdstuk 4: ontwikkeling/ selectie strategieën.	25
4.1. Methode	25
4.2. Strategieën per doelgroep	25
Hoofdstuk 5: het implementatiemodel aan de hand van het veranderingsproces	28
Hoofdstuk 6: Evaluatie en bijstelling van het plan.	32
6.1. Methode voor evaluatie	32
6.2. Evaluatie pilot 1.....	33
6.3. Uitvoering en integraties in routines	34
Nabeschouwing	36
Reflectie	40
Literatuurlijst.....	43
Bijlage 1: zoekstrategie literatuur	46
Bijlage 2: analyse huidige zorg samenvatting.....	53
Bijlage 3: interviewguide Best practise interviews	56
Bijlage 4: samenvatting beide Best practise interviews	58
Bijlage 5: interviewguide bij stap 3 onder verpleegkundigen.....	60
Bijlage 6: samenvatting interviews bij stap 3 verpleegkundigen en EVD'er van afdeling.....	60

Bijlage 7: interviewguide coördinerenden	64
Bijlage 8: samenvatting interview coördinerenden	65
Bijlage 9: interviewguide EVD raad	67
Bijlage 10: samenvatting interview EVD raad.....	68
Bijlage 11: poster verpleegplan.....	69
Bijlage 12: afspraken voorafgaand aan pilot 1	70
Bijlage 13: informatie invullen kwaliteitsmonitor	71
Bijlage 14: kwaliteitsmonitor	73
Bijlage 15: samenvatting ingevulde kwaliteitsmonitor	74
Bijlage 16: evaluatieformulier pilot verpleegplan.....	76
Bijlage 17: uitwerking in cirkeldiagrammen evaluatieformulier	77
Bijlage 18: beoordelingsformulier thesis stagebegeleiders.	80
Bijlage 19: beoordeling Peerassessor	82
Bijlage 20: beoordelingsformulier bachelorthesis docent	83
Bijlage 21: goedgekeurd voorstel thesis.....	88

Inleiding

Onder een verpleegkundige voortgangsrapportage wordt het schriftelijk vastleggen van de zorgverlening per tijdseenheid bedoeld (Held, Hoop, 2004). De verpleegkundige voortgangsrapportage is van belang voor het vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en controleren van de zorg. Het is een belangrijke voorwaarde voor goede en verantwoorde patiëntenzorg, voor communicatie en coördinatie over de zorg en voor het waarborgen van de continuïteit in de zorgverlening (V&VN, 2011).

Ineffectieve communicatiemethoden zijn de meest voorkomende oorzaak van incidenten bij patiënten die voorkomen hadden kunnen worden. Een goede effectieve methodische voortgangsrapportage is daarom heel belangrijk voor de patiënt veiligheid (V&VN, 2011).

Goede voortgangsrapportages over patiënten zijn binnen enkele minuten te lezen en bevatten voldoende informatie om de zorg voor de patiënt veilig over te nemen (Oxtoby, 2005 en Jefferies. Johnson, 2010). Wanneer de documentatie over de patiënt gestructureerd en systematisch, verhoogt dit de nauwgezetheid van de voortgangsrapportages (Saranto, Kinnunen, 2009). De voortgang van de patiënt kan het beste worden bijgehouden wanneer er probleemgericht wordt gerapporteerd naar verpleegproblemen. (Blair, Smith, 2012).

Volgens Hayrinen en Lammintakanen (2010) dient er gerapporteerd te worden naar de NANDA diagnoses, doelen en interventies zodat verpleegproblemen kunnen worden behandeld of voorkomen. Bij iedere patiënt moet dan een passend verpleegplan beschikbaar zijn en daarnaast een observatielijst ten aanzien van de vitale functies.

Op de Interne Geneeskunde in het Orbis Medisch Centrum wordt er zowel in het MDO, als in de artsenvisite en de overdracht tussen de diensten veel waarde gehecht aan een duidelijke, objectieve voortgangsrapportage, zodat de situatie van de patiënt concreet kan worden ingeschat. Momenteel kan de gezondheidstoestand vanuit de voortgangsrapportage op Oost 51 niet altijd goed worden ingeschat. Verpleegkundigen ervaren de rapportage zoals deze nu is als een belemmering.

De doelstelling van deze bachelorthesis is om de voortgangsrapportage op afdeling Oost 51 in het OMC te verbeteren middels het implementeren van de probleemgestuurde rapportage methoden naar de NANDA diagnoses in het verpleegplan. Door het invoeren van de probleemgestuurde rapportagemethode wordt beoogd de kwaliteit van zorg te verbeteren doordat door de probleemgestuurde rapportagemethode voor meer eenduidigheid zal zorgen op de afdeling Oost 51. De voortgang van de patiënt kan beter worden bijgehouden, waardoor

de continuïteit van zorg voor de patiënt ook gegarandeerd kan worden. De patiënt wordt hierdoor behoed voor zaken die dubbel worden gedaan of vergeten worden.

Middels deze doelstelling is de volgende vraagstelling geformuleerd: *‘Hoe kan de probleemgestuurde rapportagemethode naar de NANDA diagnoses t.a.v. de interne patiënt in het OMC het beste geïmplementeerd en gehanteerd worden zodat de patiëntveiligheid en continuïteit van zorg gewaarborgd wordt?’*

Er is voor gekozen om binnen deze bachelorthesis te werken met het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). Dit model kent zes stappen en zorgt voor een proces- en planmatige invoering van de vernieuwing, met als doel dat deze een structurele plaats krijgt in het handelen en in de structuur van de afdeling Interne Geneeskunde in het Orbis Medisch Centrum.

In hoofdstuk 1 wordt antwoord gegeven op de vraag: *‘Hoe ziet het concrete voorstel van verandering eruit?’* Hierin is de onderwerpskeuze belicht die is verkregen middels een literatuurstudie in major 1, informele gesprekken op de afdeling en interviews t.a.v. best practice, waarna de wenselijke situatie is beschreven met de doelen en indicatoren.

In hoofdstuk 2 is het antwoord op: *‘Hoe wordt er op dit moment gewerkt en in welke mate wordt er afgeweken van de gewenste zorg?’* te vinden. Aan de hand van de indicatoren afgeleid uit de doelen is de huidige situatie middels een dossierstudie vergeleken met de wenselijke situatie. In hoofdstuk 3 is er onderzocht wat er leeft onder de verpleegkundigen en wat hun ervaring is met de rapportage. Er is antwoord verkregen middels semigestructureerde interviews op de vragen: *‘Wie zijn er betrokken bij de implementatie en wat zijn hun belangen’* en *‘Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij deze doelgroepen?’* In hoofdstuk 4 zijn er strategieën en interventies gekozen die concreet kunnen worden ingezet op Oost 51. Hierdoor is de vraag: *‘Welke interventies/strategieën kunnen geselecteerd worden bij deze implementatie op Oost 51?’* beantwoord. In hoofdstuk 5 wordt antwoord gegeven op de vraag: *‘Hoe ziet het implementatieplan eruit?’*, waarin duidelijk te zien is in welke fase van de implementatie welke strategie/interventie is toegepast. In hoofdstuk 6 is uiteindelijk de vraag beantwoord: *‘Hoe kan het beste geëvalueerd worden tijdens en na deze implementatie.’*

In de nabeschuiving zal de hoofdvraag worden beantwoord, waarbij in de discussie de diverse methoden worden besproken omtrent betrouwbaarheid en validiteit waaruit de aanbevelingen vloeien. Als volgt vindt u de reflectie waarin kritisch is gekeken naar het eigen leerproces en het implementatieproces. In de bijlagen vindt u onder andere de zoekstrategie, het goedgekeurde voorstel en de beoordelingslijsten.

Hoofdstuk 1: Concreet voorstel voor verbetering

Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor de gewenste verandering is de eerste stap in het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). Binnen dit hoofdstuk is te vinden waarom er voor dit onderwerp is gekozen, maar ook wat er precies geïmplementeerd moet worden, en wat de doelen hierbij zijn op patiënt- en procesniveau.

1.1. De onderwerpskeuze

In major 1 (begin september) is het zoeken naar een geschikt onderwerp voor deze bachelorthesis van start gegaan. Er is uiteindelijk met stagebegeleiders, de coördinerend verpleegkundige, elektronisch verpleegkundig dossier* verpleegkundigen, collega's en een lid van de EVD raad gesproken. De onderwerpskeuze zal worden besproken vanuit achtergronden uit de literatuur, de best practice en de sense of urgency van de afdeling.

**Hierna te noemen EVD*

❖ Achtergrond vanuit de literatuur

Sinds Florence Nightingale wordt de verpleegkundige rapportage al als een essentieel onderdeel van de verpleegkundige zorg gezien (Cheevakasemsoom, Chapman. 2006). De verpleegkundige voortgangsrapportage is van belang voor het vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en controleren van de zorg. Het is een belangrijke voorwaarde voor goede en verantwoorde patiëntenzorg, voor communicatie en coördinatie over de zorg en voor het waarborgen van de continuïteit in de zorgverlening (V&VN, 2011).

Verschillende beroepsbeoefenaren moeten aan de hand van de voortgangsrapportage de zorgverlening kunnen continueren. Volgens Holly en Poletick (2013) en Saranto en Kinnunen (2009) belemmert een verkeerde/onvolledige voortgangsrapportage daarom het hele zorgproces en de patiëntveiligheid. Ineffectieve communicatiemethoden zijn namelijk de meest voorkomende oorzaak van incidenten bij patiënten die voorkomen hadden kunnen worden. Een goede effectieve methodische voortgangsrapportage is daarom van groot belang voor de patiënt veiligheid volgens V&VN (2011).

Goede voortgangsrapportages over patiënten zijn binnen enkele minuten te lezen en bevatten voldoende informatie om de zorg voor de patiënt veilig over te nemen (Oxtoby, 2005 en Jefferies. Johnson, 2010). Wanneer de documentatie over de patiënt gestructureerd en systematisch wordt, verhoogt dit de nauwgezetheid van de voortgangsrapportages (Saranto, Kinnunen, 2009). Om een voortgangsrapportage hieraan te laten voldoen dient er een

methode te worden gebruikt. Effectief is het wanneer er probleemgericht wordt gerapporteerd, dit ondersteunt ook het klinisch redeneren van de verpleegkundige (Blair, Smith, 2012). Volgens Persoon (2006) wordt iedere patiënt opgenomen met specifieke problemen. Wanneer deze problemen zijn opgelost kan patiënt x naar huis. Diagnostiek, interventies en de evaluatie van deze problemen moeten dus de kern zijn van de behandeling. Wanneer wordt gerapporteerd per probleem kan de voortgang het beste gevolgd worden. Volgens Hayrinen en Lammintakanen (2010). dient er gerapporteerd te worden naar de NANDA diagnoses, doelen en interventies zodat verpleegproblemen kunnen worden behandeld of voorkomen. Bij iedere patiënt moet dan een passend verpleegplan beschikbaar zijn en een observatielijst ten aan zien van de vitale functies.

❖ Best practice

In beide ziekenhuizen (het Viecuri en het Atrium ziekenhuis) wordt er gerapporteerd naar ze naar de gezondheidsproblemen van de patiënt.

Enkele belangrijke punten die naar voren zijn gekomen uit de interviews:

- In beide ziekenhuizen wordt gerapporteerd naar de verpleegkundige diagnoses, waarbij feiten tellen in plaats van meningen. Binnen het Atrium wordt er bij de diagnoses nog gebruik gemaakt van de NOC met de likertschaal. Wanneer de patiënt lager scoort op de likertschaal dan 5, wordt er met de SOAP-methode gerapporteerd onder die diagnose. Iedere diagnose wordt minimaal één maal per 24 uur gescoord dan wel gerapporteerd, anders is deze diagnose niet relevant.
- Vele voordelen worden benoemd waaronder: de probleemgerichte rapportagemethode ondersteunt in professionaliteit, efficiëntere manier van rapporteren, overdrachtstijd verkort, betere onderbouwing waar verpleegkundige mee bezig is en hoe het handelen eruit ziet. Het zorgt voor een goede ordening en het prikkelt het klinisch redeneren. Probleemgericht rapporteren zorgt ook voor het regisseren van de zorg.
- Enkele verpleegkundige hebben het gevoel het te missen om alles op te schrijven. Wanneer er veel klikwerk is binnen het elektronische dossier, kost het meer tijd.
- Ten aanzien van de implementatie zijn er in beide ziekenhuizen klinische lessen gegeven. In het Viecuri vooral t.a.v. de verpleegkundige diagnostiek. Er zijn fakkeldragers voor het EVD en er is een EVD groep. Er is een E-learning module, ICT-handleiding en een richtlijn. In het Viecuri worden er audits gedaan op de

rapportage of de methodiek wordt gebruikt, in het Atrium wordt er een kwaliteitscheck gedaan naar vijf punten: de anamnese, het verpleegkundig diagnosticeren, het bijhouden van het plan, het rapporteren en de continuïteit

❖ **Sense of urgency Oost 51**

Op de Interne Geneeskunde in het OMC wordt er zowel in het MDO, als in de artsenvisite en de overdracht tussen de diensten veel waarde gehecht aan een duidelijk, objectieve voortgangsrapportage, zodat de situatie van de patiënt beter kan worden ingeschat.

Momenteel kan de gezondheidstoestand vanuit de voortgangsrapportage op Oost 51 niet altijd goed worden ingeschat. Verpleegkundigen ervaren de rapportage zoals deze nu is als een belemmering. De inspectie heeft vastgesteld dat de rapportage op de afdeling Oost 51 moet veranderen. Dit is ook wenselijk vanuit het oogpunt gezien het OMC gaat fuseren met het Atrium ziekenhuis.

1.2. De wenselijke situatie

Om de wenselijke situatie in kaart te brengen, namelijk de outcome voor de patiënt en de procescriteria voor de verpleegkundigen zijn er enkele methoden gebruikt. Dit is samengevat in onderstaande paragraaf.

❖ **De methoden voor de wenselijke situatie**

Allereerst is er in major 1 een literatuurstudie gedaan naar de verpleegkundige voortgangsrapportage genaamd: ‘een dagelijks terugkerend ritueel voor de verpleegkundige’. Thema’s die hierin naar voren kwamen waren onder andere de betekenis van de verpleegkundige voortgangsrapportage met functies en aandachtspunten en modellen die gebruikt kunnen worden voor de verpleegkundige voortgangsrapportage. Literatuur gebruikt bij deze thema’s is geraadpleegd vanuit Pubmed, Invert, NAZ, springerlink, de bibliotheek van Hogeschool Zuyd en het OMC.

In februari 2014 hebben er twee semigestructureerde interviews plaatsgevonden. De interviews werden afgenomen bij mevrouw Vaessen en mevrouw Hameleers. Mevrouw Vaessen is hoofd van de verpleegkundige adviesraad in het Viecuri Medisch Centrum te Venlo en kwam in aanmerking voor een interview doordat wij enkele jaren geleden hetzelfde heeft geïmplementeerd met de VAR in een ander systeem. Mevrouw Hameleers is coördinator verpleegkundige statusvoering in het Atrium ziekenhuis te Heerlen en heeft een belangrijke rol bij de rapportage daar. Zij is een van de contactpersonen van het OMC. De onderwerpen

aan bod komend in de interviews zijn verkregen uit de literatuurstudie, voornamelijk uit Blair & Smith (2012) en V&VN (2011).

Tevens hebben er enkele informele gesprekken plaats gevonden in het OMC met mevrouw Bernhardt. Zij is lid van de EVD-raad in het OMC waardoor zij participeert bij veranderingen in systemen, applicaties en producten in gegevensverwerking* en daarnaast heeft contacten bij het Atrium te Heerlen. Op de afdeling hebben gesprekken plaatsgevonden met de heer Milder, hij is coördinerend verpleegkundige en ziet graag de kwaliteit van de verpleegkundige voortgangsrapportage verbeteren, aangezien de inspectie ook heeft gesteld dat dit moet gebeuren. Met de EVD'ers op de afdeling is ook gesproken. **Hierna te noemen SAP.*

❖ De resultaten wenselijke situatie

De voortgangsrapportage dient op Oost 51 volledig, concreet, bondig, eenduidig, objectief, relevant en herleidbaar te zijn bij alle patiënten op de afdeling Interne Geneeskunde in het Orbis Medisch Centrum. Dit verschaft een verantwoording van de geleverde zorg. Om dit te bereiken moet iedere patiënt van een passend verpleegplan voorzien worden.

Verpleegplannen zijn in SAP gestandaardiseerd, maar dienen wel gespecificeerd te worden naar de individuele patiënt. Zo dienen verpleegkundige diagnoses, doelen en interventies overeen te komen bij de patiënt. Om dit te bereiken dient het verpleegplan te zijn gemaakt in samenspraak met de patiënt, waarmee het plan ook geëvalueerd kan worden. Tijdens iedere dienst moet het verpleegplan gewijzigd worden, bijvoorbeeld na de visite van de arts.

Als ondersteuning voor het klinisch redeneren is het goed om probleemgericht te rapporteren, hierdoor sluit de verpleegkundige voortgangsrapportage beter aan bij de individuele patiënt. Probleemgericht rapporteren kan in SAP naar de gezondheidsproblemen, ook wel bekend als de verpleegkundige diagnoses. Bij het rapporteren onder deze diagnoses dient er door alle verpleegkundigen alleen naar afwijkende of niet vanzelfsprekende gegevens gerapporteerd te zijn bij de patiënt. De gegevens dienen in relatie te staan met de zorgproblemen/verpleegkundige diagnoses en maatregelen. In de rapportage moet duidelijk zijn wat de verandering in de verpleegsituatie is, wat de actie van de verpleegkundige hierop was en de reactie van de patiënt op deze actie. (Bijvoorbeeld de patiënt heeft veel pijn, wat is de actie van de verpleegkundige en heeft de patiënt uiteindelijk minder pijn hierdoor). Dit bevordert de communicatie, bruikbaarheid en leesbaarheid van de verpleegkundige voortgangsrapportages.

❖ **Gestelde doelen uit wenselijke situatie**

Vanuit de resultaten bij de wenselijke situatie zijn doelen gesteld op outcomeniveau en naar procescriteria voor de verpleegkundigen.

Outcome voor de patiënt:

Met de verbetering van de verslaglegging op de Interne Geneeskunde, waaronder de verpleegkundige rapportage en het verpleegplan valt wordt beoogd de continuïteit van zorg te garanderen voor de patiënt. Voor de patiënt betekent dit concreet dat zijn ziekteverloop beter in beeld is, waardoor deze niet vaker zijn verhaal hoeft te doen. Bijkomend voordeel is dat er geen zaken dubbel worden gedaan of worden vergeten door een onjuiste registratie. De patiënt zal meer betrokken worden bij zijn eigen behandeling door de evaluatie van het verpleegplan.

Procescriteria voor verpleegkundigen:

Het verpleegkundig team op Oost 51 in het OMC dient volgens de werkwijze uit de wenselijke situatie de verslaglegging te doen.

Indicatoren

Uit de wenselijke situatie zijn enkele indicatoren opgesteld (V&VN, 2011 en Persoon, 2006)

- passend verpleegplan bij de patiënt;
- rapportage naar gezondheidsproblemen;
- rapportage naar afwijkende/ niet vanzelfsprekende gegevens die passen bij de gezondheidsproblemen;
- aard van verandering in verpleegsituatie, handelingen uitgevoerd, reactie van patiënt'
- volledig, concreet, bondig, eenduidig, objectief, relevant en herleidbaar.

De verpleegkundige voortgangsrapportage dient op Oost 51 verbeterd te worden niet alleen omdat de huidige manier als belemmering wordt ervaren, maar ook doordat de rapportage dan beter aansluit bij de fusie met het Atrium. Wenselijk is dat het verpleegplan meer wordt gespecificeerd naar de individuele patiënt en dat er meer naar afwijkende gezondheidsproblemen wordt geschreven in het verpleegplan, zodat de continuïteit van de zorg gegarandeerd kan worden voor de patiënt. Aan de hand van gestelde indicatoren zal in de volgende stap beschreven worden wat de feitelijke zorg is zoals deze nu geleverd wordt. De indicatoren zullen weergeven hoe deze afwijkt van de wenselijke situatie.

Hoofdstuk 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering.

In het vorige hoofdstuk was weergegeven waarom er voor dit onderwerp is gekozen en welke doelen er zijn gesteld binnen deze implementatie. In dit hoofdstuk is een inventarisatie gemaakt van de huidige werkwijze die wordt gebruikt bij de verpleegkundige voortgangsrapportage en het verpleegplan op Oost 51. De feitelijke zorg is geanalyseerd en in kaart gebracht middels een dossierstudie.

2.1. Methode voor analyse

Binnen het in kaart brengen van de feitelijke zorg is er een antwoord geformuleerd op onderstaande vraag: ‘Hoe wordt er op dit moment gewerkt en in welke mate wordt er afgeweken van de gewenste zorg?’ (Grol & Wensing, 2011).’

Voor het in kaart brengen van de huidige situatie op de afdeling Interne Geneeskunde/Oost 51 is er gebruik gemaakt van een dossierstudie in SAP in het elektronisch patiëntendossier. Bij deze inventarisatie is er aan de hand van de indicatoren t.a.v. de wenselijke situatie gekeken in welke mate de huidige situatie afwijkt. De indicatoren waren: passend verpleegplan bij de patiënt, rapportage naar gezondheidsproblemen, rapportage naar afwijkende/ niet vanzelfsprekende gegevens die passen bij de gezondheidsproblemen, aard van verandering in verpleegsituatie, handelingen uitgevoerd, reactie van patiënt en volledig, concreet, bondig, eenduidig, objectief, relevantie en herleidbaar.

Binnen deze studie heeft er inzage plaatsgevonden in de dossiers van patiënten gedurende drie dagen, iedere dag zijn er anderen patiëntendossiers bekeken. In totaal zijn er tien verschillende patiëntendossiers bekeken gedurende 24 uur waaronder drie verschillende diensten vielen. De dossiers van zeven Maag-Darm-lever patiënten zijn bestudeerd en de dossiers van drie Nefrologie patiënten zijn bestudeerd. Voortgangsrapportages van zeventien verschillende verpleegkundigen en stagiaires zijn bekeken gedurende de verschillende diensten, waarbij niet alleen de voortgangsrapportages zijn geïnventariseerd, maar ook het verpleegplan, aangezien een goed aansluitend verpleegplan essentieel is voor het slagen van de probleemgestuurde rapportage. De dossierstudie heeft plaatsgevonden in week negen en in week elf op doordeweekse dagen. Een compleet overzicht van resultaten hieruit is weergegeven in bijlage 2.

2.2. Resultaten

Per opgestelde indicator zullen de resultaten worden besproken.

Is er een passend verpleegplan?

Het verpleegplan dat is gekozen bij de patiënten op de afdeling Interne Geneeskunde past vrijwel altijd bij de opname indicatie. Echter niet alle diagnoses die in het verpleegplan staan zijn altijd relevant bij de individuele patiënt (bv. machteloosheid, angst of verstoorde slaap.) Interventies die gekoppeld zijn de aan de diagnoses passen bij de patiënten. Echter technisch gezien worden niet altijd de interventies gekoppeld aan de diagnoses, vooral wanneer deze later zijn toegevoegd. Een enkele maal staan er dubbele interventies in het verpleegplan of staan er interventies in die niet meer van toepassing zijn. Opgevallen is dat er op het overdrachtsformulier van de verpleegkundigen soms zaken staan die niet in het verpleegplan staan, zoals bijvoorbeeld een speciaal dieet van de patiënt. In de interviews zal navraag worden gedaan naar het maken van aanpassingen in de verpleegplannen.

Wenselijk → Het gehele verpleegplan past bij de patiënt. Diagnoses die geselecteerd worden zijn in samenspraak met de patiënt gemaakt. Het verpleegplan wordt iedere dienst gewijzigd.

Wordt er gerapporteerd naar de gezondheidsproblemen?

Hierbij is er gelet of de diagnoses uit het verpleegplan terug kwamen in de rapportages en of er dus geschreven wordt naar de gezondheidsproblemen van de individuele patiënt.

Bij de patiënt op de Interne Geneeskunde is opgevallen dat er veel wordt geschreven naar vaste gegevens zoals misselijkheid, pijn, defecatie, persoonlijke zorg, mobiliteit en controles. Opvallend is dat er ook zaken worden beschreven die zich bevinden in het Vrob. Dit enkele malen met waardes erbij. Een enkele maal is de nachtdienstverpleegkundige een probleem opgevallen bij de patiënt, waar daarna de rest van de dag niets meer over is gerapporteerd. In een andere rapportage van de vroege dienst is gezien dat er 's morgens niets is geschreven over de patiënt, behalve afspraken uit de visite. Enkele ziektegerelateerde zaken voorkomend in het verpleegplan missen enkele malen in de rapportage. Bijvoorbeeld oedemen waarvoor de patiënt gezwachteld wordt, aanwezigheid van icterus of jeuk bij een patiënt met pancreatitis. Diagnoses in het verpleegplan komen geregeld niet terug in de rapportage.

Wenselijk → Er is specifiek geschreven naar de diagnoses van de patiënt., waardoor er niet wordt geschreven naar een 'zakkaartje', maar naar patiëntspecifieke gegevens gerelateerd aan zijn ziekte. Gegevens uit het VROB worden niet genoteerd in de verpleegkundige rapportage,

wanneer deze niet relevant zijn. Bij relevantie worden klachten van patiënt uitgediept in actie van de verpleegkundige.

Wordt er gerapporteerd naar afwijkende/niet vanzelfsprekende gegevens?

Veranderingen in gezondheidsproblemen zoals pijn komen dikwijls naar voren in de rapportage. Opvallend vaak wordt er in de voortgangsrapportage geschreven dat er geen bijzonderheden zijn, dat men verder niets kon betekenen voor de patiënt en dat de patiënt geen klachten uitte. Hierbij worden de zaken t.a.v. de gezondheidsproblemen vaak beschreven met '+' en '-'. Hierbij verschilt het vaak hoeveel '+' en er staan. Er wordt ook gewerkt met 'g.b.': dit staat voor 'geen bijzonderheden' en wordt bijvoorbeeld geschreven wanneer de controles goed waren. Afwijkende zaken in de controles, maar ook ten aanzien van misselijkheid, eetlust/intake, dyspneu en bijvoorbeeld het infuus staan ook regelmatig genoteerd in de rapportage. Er wordt ook veelvuldig geschreven indien er geen misselijkheid of defecatie is, dit staat ook genoteerd in het VROB. Ook worden er zaken genoteerd als dat de medicatie is gegeven volgens rooster en dat het infuus volgens plan inloopt.

Wenselijk → Alleen afwijkende gegevens worden genoteerd, niet afwijkende gegevens bevinden zich ook in bijvoorbeeld het VROB.

Komt de verandering in verpleegsituatie, handelingen die zijn uitgevoerd en motivatie met reactie van patiënt naar voren in de rapportage?

Wanneer er een verandering in verpleegsituatie is (bijv. een irreguliere pols of pijn) is dit beschreven in de verpleegkundige rapportage. Onduidelijk is enkele malen wat de actie van de verpleegkundige hierop is, en wat uiteindelijk de reactie van de patiënt hierop was.

Wenselijk → Bij relevantie worden klachten van patiënten uitgediept en actie van de verpleegkundige met reactie van de patiënt hierop.

Is de rapportage volledig, concreet, bondig, eenduidig, objectief, relevant en herleidbaar? Bevat het geen meningen of oordelen?

De informatie die terug te vinden is in de verpleegkundige voortgangsrapportage beschrijft veelvuldig gezondheidsproblemen, maar is niet altijd volledig gericht op de individuele patiënt. Dikwijls wordt er geschreven met '+' en '-', waarbij de hoeveelheid '+' en sterk kan variëren. Informatie m.b.t. controles, defecatie en misselijkheid is herleidbaar naar het VROB. Meningen of oordelen komen in de rapportages niet naar voren. Een enkele maal is de

informatie niet kort en bondig, maar is er geschreven onder vele kopjes zoals info, vervolg en nogmaals vervolg.

Wenselijk → Gegevens van de patiënt worden niet meer geschreven met ‘+’ en ‘-’.

In dit hoofdstuk is weergegeven wat de huidige situatie is aan de hand van enkele indicatoren, opgesteld naar aanleiding van de doelen bij deze implementatie. Het onderscheid tussen de huidige en wenselijke situatie is weergegeven in onderstaande tabel. Dit geldt als conclusie van dit hoofdstuk.

Huidige situatie	Gewenste situatie
Verpleegplan past bij opname indicatie, maar niet alle diagnoses passen bij de individuele patiënt.	Het gehele verpleegplan past bij de patiënt. Diagnoses die geselecteerd worden zijn in samenspraak met patiënt gemaakt.
Maatregelen staan dubbel of niet gekoppeld aan diagnoses. Er missen maatregelen vanuit overdrachtsformulier en er staan maatregelen in het verpleegplan die niet meer van toepassing zijn.	Het verpleegplan wordt iedere dienst gewijzigd.
Er wordt geschreven naar gezondheidsproblemen die terug zijn te vinden op het ‘zakkaartje.’ Diagnoses zijn niet altijd terug te vinden in de rapportage en enkele ziektegerelateerde zaken voorkomend in het verpleegplan missen ook enkele malen. Er staan gegevens in die ook in het VROB bevinden met + en -	Er is specifiek geschreven naar de diagnoses van de patiënt. Waardoor er niet wordt geschreven naar een ‘zakkaartje’, maar naar patiëntspecifieke gegevens gerelateerd aan zijn ziekte. Gegevens uit het VROB worden niet genoteerd in de verpleegkundige rapportage, wanneer deze niet relevant zijn
Er worden gegevens genoteerd die afwijkend zijn, maar ook gegevens die niet afwijkend (GB) zijn.	Alleen afwijkende gegevens worden genoteerd, niet afwijkende gegevens bevinden zich ook in bv. het VROB.
Verandering in verpleegsituatie duidelijk, actie van verpleegkundige niet altijd en reactie van patiënt ook niet.	Actie van verpleegkundige op klachten van patiënt wordt uitgediept, met reactie van patiënt.
Er wordt geschreven met + en – , informatie is herleidbaar en bevat geen meningen of oordelingen.	Informatie wordt niet meer geschreven naar + en -

Tabel 1. Huidige situatie tegenover gewenste situatie

Hoofdstuk 3: Probleemanalyse doelgroep en setting

In het vorige hoofdstuk is weergegeven hoe de feitelijke zorg wordt uitgevoerd en in welke mate deze afwijkt van de gewenste zorg. In onderstaand hoofdstuk staat een analyse naar de doelgroep en de setting. Waarbij de bevorderende en belemmerende factoren zijn beschreven in de laatste paragraaf.

3.1. Methode voor analyse

Voor de probleemanalyse van de doelgroep en setting is er gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoek. Dit houdt in dat er semigestructureerde interviews hebben plaatsgevonden onder de verschillende doelgroepen bij deze implementatie. Vragen en topics zijn gebaseerd op de indicatoren waarna de huidige situatie is geanalyseerd. De interviews zijn opgenomen met een memorecorder en geanalyseerd op fragmentniveau. Het team verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde is onderverdeeld naar leeftijd, geslacht, werkervaring en specialisaties. Er zijn uiteindelijk negen verpleegkundigen van niveau vier en vijf geïnterviewd. Ten aanzien van de setting is informatie verkregen uit informele gesprekken en documenten van Intranet gaande over de fusie met het Atrium.

3.2. Doelgroep en setting

De doelgroep met hun belangen zijn hieronder weergegeven in een sociale kaart. Informatie hiervoor is verkregen uit een interview met de coördinerend verpleegkundigen van Oost 51, mevrouw Bernhardt en V&VN (2011).

Groep	Belang
Verpleegkundigen Interne Geneeskunde	- Zorg op maat kunnen bieden aan de patiënt op de Interne Geneeskunde door o.a. een specifiek verpleegplan, wat geëvalueerd kan worden met de patiënt. - Wanneer er gerapporteerd wordt naar de gezondheidsproblemen kan de voortgang van de patiënt beter worden bijgehouden. Hierdoor kan de continuïteit en veiligheid van zorg gegarandeerd worden. - Door een eenduidigere rapportage zijn de gegevens beter herleidbaar en transparanter, ook voor andere disciplines. Het zorgt voor een uniformere werkwijze.
EVD (mevrouw Bernhardt & Sterrolhouders)	- Hoger niveau van rapporteren op de afdeling bij het team verpleegkundigen. - Minder kritiek op manier van rapporteren en omgang met verpleegplan, maar meer positieve feedback naar verpleegkundigen over de rapportage. - Nieuwe vorm van rapporteren in het ziekenhuis op kleine schaal kunnen uittesten, zodat de rapportage in het Orbis

	uiteindelijk beter aansluit op de rapportage in het Atrium ziekenhuis.
Coördinerend verpleegkundigen Interne Geneeskunde	- Kwalitatieve verbetering van de verpleegkundige rapportage, waardoor patiënten meer tevreden zijn. En een kortere opname in het ziekenhuis hebben.
Patiënten Interne Geneeskunde	- Garantie van continuïteit in zorg, waardoor er geen zaken meer dubbel worden gedaan of vergeten.

Tabel 2. Sociale kaart

Het Orbis Medisch Centrum is gevestigd te Sittard-Geleen. De afdeling Interne Geneeskunde bevindt zich hier op Oost 51. De afdeling kent twee subafdelingen: de Nefrologie/interne kant ook wel D1 kant genoemd en de Gastrologie ook wel D2 kant genoemd. De D1 kant beslaat veertien bedden en bestaat uit drie units. De D2 kant beslaat twaalf bedden en bestaat uit twee units. Op de Interne Geneeskunde is de werkdruk normaal en van tijd tot tijd hoog, dit hangt sterk af van het aantal opnames, de mate van ziek zijn van de patiënten en de bezetting van de verpleegkundigen .

Op de afdeling werken twintig verpleegkundigen, één ziekenverzorgende, twee coördinerend verpleegkundigen, één unit manager, zeven stagiaires, één secretaresse en één ondersteunend medewerker. Het Orbis Medisch Centrum en het Atrium ziekenhuis te Heerlen zullen fuseren. Hiervoor loopt momenteel in de EVD raad een veranderingstraject in de ICT genaamd Switch. Begin september 2014 zal het nieuwe SAP van start gaan.

3.3 Resultaten analyse per doelgroep

❖ Verpleegkundigen

De verpleegkundigen geven aan dat de rapportage zoals deze nu is als niet optimaal, wisselend, matig en niet diepgaand ervaren, waarbij vaak belangrijkste informatie wordt gemist die vooral patiëntgebonden is. *‘Als iemand komt met een erysypelas komt, beschrijf hoe rood het been is of het dik is. Het hele ‘mik mak’ rijtje staat er wel in. Maar, specifieke klachten waar een patiënt mee is opgenomen, die mis ik soms nog wel eens.’* Ook wordt er informatie in terug gezien die als niet belangrijk wordt ervaren.

Belangrijk vinden verpleegkundigen het om binnen één oogopslag te kunnen zien hoe het met de patiënt gaat sinds de afgelopen 24 uur. *‘Gaaf het langzaam beter, of gaat het langzaam slechter?’*, maar ook dat er is geschreven naar de opname indicatie. Er wordt tevens waarde gehecht aan een vast rijtje van gegevens: *‘denk aan wat de artsen willen weten: intake,*

poepen, plassen, infusie, mobiliseren, pijn en misselijkheid. ' De gekozen diagnoses in het verpleegplan passen niet altijd bij de individuele patiënt, de geïnterviewde verpleegkundigen zien dit ook. Het probleem wordt er aan gewijd dat verpleegkundigen het standaard verpleegplan dat er is aanklikken en dit niet specificeren naar de individuele patiënt. *'Als iemand met buikklachten komt, wordt dat verpleegplan aangevinkt en that's it. Dan gaan we vanuit daar werken. Dat werkt onprettig.'* Afspraak is dat de verpleegplannen iedere dienst wordt gewijzigd en aangepast. Alle geïnterviewde verpleegkundigen erkennen dat dit weinig wordt gedaan, sommige geven toe dit zelf ook niet te doen tijdens de dagdienst.

Het zakkaartje is ook aangekaart in de interviews met de verpleegkundigen. Het gevaar hiervan wordt ingezien door de verpleegkundigen. Er wordt gezien dat mensen het kaartje stap voor stap aflopen en wat er niet opstaat als niet belangrijk ervaren. Het kaartje wordt ook gezien als lastig, omdat er vaak te veel informatie wordt geschreven.

Enkele verpleegkundigen vinden het kaartje wel prettig werken. Er wordt momenteel geschreven naar afwijkende informatie, maar ook naar informatie die goed gaat of in het VROB staat. Dit wordt door het merendeel van de geïnterviewde verpleegkundigen als dubbele registratie, als onhandig en zonde van de tijd ervaren. Desondanks vinden enkele verpleegkundigen dit juist wel fijn. *'Ik vind het een beetje dubbel op, en zeker bij patiënten die nooit pijn hebben. Als iemand komt met buikklachten, wil ik juist weten wanneer hij geen buikklachten heeft. Soms denk ik: moet dat hele rijtje? ... Ik vind het soms gewoon zonde van de tijd om het te rapporteren.'* Verpleegkundigen zien graag dat er meer wordt geschreven naar afwijkende zaken. Maar, er wordt ook genoemd dat wanneer er niet alleen naar afwijkende punten wordt geschreven bij de patiënt dit in zekere mate ook zorgt voor juridische dekking.

Wanneer verpleegkundigen zelf de rapportage zouden verbeteren zien de geïnterviewde verpleegkundigen graag dat er meer naar afwijkende zaken en beknopter wordt gerapporteerd. *'Dat je meer to the point schrijft naar de klachten van de patiënt.'* Een enkele verpleegkundige noemde zelf al dat hij graag zag dat er naar de verpleegplannen wordt gerapporteerd. Wanneer er wordt gerapporteerd naar de diagnoses in het verpleegplan, denken de geïnterviewde verpleegkundigen dat er dan minder informatie wordt vergeten. *'Het proberen waard.'* Enkelen noemen het als overzichtelijker worden, een enkeling denkt dat het juist onoverzichtelijker wordt. Alle geïnterviewde verpleegkundigen zien het verpleegplan zoals deze nu is als belemmering, omdat dit nu niet goed wordt bijgehouden.

❖ Coördinerend verpleegkundigen

De coördinerend verpleegkundigen beschrijven de verpleegkundige rapportage zoals deze nu is als beperkt; er worden essentiële zaken gemist, en er wordt dubbel gerapporteerd. *'In ons verpleegplan geven we aan wat we willen observeren bij de patiënt, we vinken ook af dat we hebben geobserveerd. Maar vervolgens registreren we niet wat we gezien hebben.'*

Terug willen ze zien de zaken die nodig zijn om het medisch beleid te maken, de observaties die afgesproken worden en de resultaten hieruit. Ze vinden het jammer dat de standaard verpleegplannen niet specifiek worden gemaakt bij de individuele patiënt. *'Dingen eruit halen, maar ook andere dingen toevoegen. Doe je dat niet, dan denk ik niet dat je goed bezig bent.'* Het gevaar van het zakkaartje wordt gezien. *'Het klakkeloos invullen van het geen wat van jou verwacht wordt.'* De dubbele registratie wordt nu gezien als een noodzakelijk kwaad en is afgesproken in de teambespreking van maart 2014. Uiteindelijk moet dit wel verdwijnen. Sociale factoren die meespelen bij de verbetering zien de coördinerend verpleegkundigen erin als een hot item, maar ook dat er altijd kartrekkers en achterblijvers zijn. Er zijn namelijk verpleegkundigen die minder goed kunnen werken met de computers en SAP.

❖ EVD Verpleegkundigen

De EVD-verpleegkundigen van de afdeling ervaren de verpleegkundige rapportage zoals deze nu is als heel algemeen. Ze verkrijgen te weinig informatie uit de rapportage zoals die nu is. De heer Mulder zei: *'Als ik iets over mijn patiënt wil weten zou ik in eerste instantie niet eens naar de verpleegkundige rapportage gaan, maar gelijk naar het decursus waarin de arts schrijft. Hierin is het veel gestructureerder opgesteld.'* In de rapportage dient de opname indicatie beschreven te worden met klachten van de patiënt en acties van de verpleegkundige. Het verpleegplan moet patiëntgebonden zijn. Het verpleegplan wordt volgens de EVD'er weinig tot niet overdag gewijzigd. Wanneer het rustig is op de afdeling wordt dit snel vergeten. Vanuit het zakkaartje wordt nu vooral geschreven met '+' en '-'. Bedoeling was echter om erachter te komen waar de pijn bijv. zit bij de patiënt, wat de klachten zijn en wat de actie is van de verpleegkundige hierop, zodat er geen dubbele registratie voorkomt.

Vanuit de EVD-raad is mevrouw Bernhardt geïnterviewd. Zij gaf aan het belangrijk te vinden dat er in de rapportage geschreven is naar het onderwerp (diagnose dan wel maatregel) en dat het concreet wordt beschreven. Onzin verhalen die niet relevant zijn dienen niet beschreven te worden. De verpleegplannen worden slecht bijgehouden. Mevrouw Bernhardt zei:

'Verpleegplannen worden slecht bijgehouden, men denkt vaak dat het iets is voor in de

nachtdienst. Maar dit is niet zo. Je bent op dat moment verantwoordelijk voor de patiënt, dus ook voor het verpleegplan.'

Vanaf 1 december 2014 dienen verpleegkundigen te werken in het nieuwe SAP waarbij de NOC schaal is ingebouwd. In dit nieuwe SAP is het verpleegplan overzichtelijker en de layout van de werklijsten is ook aangepast.

3.4. Bevorderende en belemmerende factoren per doelgroep

Doelgroep: Verpleegkundigen		
Factoren	Bevorderend	Belemmerend
<i>Individueel</i>	- Doelgroep ervaart voortgangsrapportage als: matig, wisselend en niet optimaal vinden. Ze missen belangrijke informatie. - Doelgroep wil meer rapporteren naar de afwijkende gegevens. - Doelgroep ziet in dat het verpleegplan nog niet optimaal gebruikt wordt. - Doelgroep erkent dat er nu dubbel wordt geregistreerd. En dat er onnodige zaken worden gerapporteerd. - Doelgroep staat open voor verandering t.a.v. verpleegkundige voortgangsrapportage - Het zakkaartje wordt als niet effectief gezien, hierdoor wordt teveel informatie genoteerd en specifieke informatie gemist	- Niet iedereen uit doelgroep kan overweg met SAP en het verpleegplan. - Er is gebleken dat gemaakte afspraken omtrent de rapportage niet altijd worden nageleefd. Uit de interviews kwam als voorbeeld het rapporteren op maatregel niveau. - Niet iedereen binnen deze doelgroep vindt het erg dat er dubbel geregistreerd wordt, er wordt waarde gehecht aan een vast rijtje gegevens. - Niet iedereen binnen de doelgroep ziet de vernieuwing omtrent probleemgericht rapporteren naar de NANDA diagnoses in als een verbetering. Een enkeling omschreef het als onoverzichtelijk en tijdrovend. - Niet iedereen binnen doelgroep schrijft de rapportage op de patiëntenkamer, steeds vaker wordt deze geschreven op het einde van de dienst.
<i>Sociaal</i>	- Het vernieuwen van de verpleegkundige rapportage is een 'hot topic' op de afdeling. - Het team ervaart de verpleegkundige rapportage zoals die nu is als last en belemmering. - De dubbele registratie zoals die nu plaats vindt, moet in de toekomst van de baan. - Op de afdeling hebben	- in het teamoverleg van maart 2014 is afgesproken om de rapportage vollediger te maken dat de dubbele registratie nu geaccepteerd wordt. - De waarde van het verpleegplan, in combinatie met de werkljst wat hieruit vloeit, wordt niet altijd ingezien. Hierdoor wordt het verpleegplan niet iedere dienst gewijzigd en klopt het plan niet bij de individuele patiënt.

	verpleegkundige ieder een eigen STER rol en zijn sommigen actief betrokken bij vernieuwingen.	- Het team bestaat uit verschillende groepen waaronder achterblijvers
<i>Organisatorisch</i>	- Er is een EVD raad beschikbaar en een SAP hulplijn.	- Er starten momenteel verschillende vernieuwingen op de afdeling. - Werkdruk en tijd, het gevoel van te weinig verpleegkundigen op de afdeling. - Momenteel aantal verpleegkundig langdurig ziek, waardoor er verschillende flexpoolers aanwezig zijn op afdeling.
Doelgroep: Coördinerend verpleegkundigen		
	Bevorderend	Belemmerend
<i>Individueel</i>	- Doelgroep ervaart verpleegkundige rapportage nu beperkt en mist essentiële zaken - Doelgroep ziet dat verpleegplan nu niet wordt gespecificeerd. - Doelgroep wil dat er efficiënter gewerkt wordt.	- Doelgroep heeft veel taken als coördinerend verpleegkundigen waardoor zij niet altijd beschikbaar zijn op afdeling - Doelgroep ziet graag snel verbeteringen
<i>Sociaal</i>	- Doelgroep staat open voor verandering - Ervaring met verbetertrajecten en actief betrokken.	- Dubbele registratie afgesproken in teamoverleg, zien dit als noodzakelijk kwaad.
<i>Organisatorisch</i>	- Verbetering van rapportage sluit aan bij fusie met Atrium en is vereiste van inspectie - Tweede coördinerend verpleegkundige op afdeling sinds maart 2014.	- Doelgroep is momenteel bezig met verschillende verbetertrajecten (bijv. medicatie veiligheid)
Doelgroep: EVD		
	Bevorderend	Belemmerend
<i>Individueel</i>	- Actief bezig met verbeteringen binnen SAP vanuit bv. project Switch - Ervaringsdeskundige m.b.t. EVD	- Momenteel vooral druk met project Switch en niet met andere verbetertrajecten.
<i>Sociaal</i>	- EVD'ers op afdeling schrijven regelmatig in nieuwsbrief over	- EVD'ers op afdeling geven weinig directe feedback aan individuen over rapportage of verpleegplan.

	nieuwtjes/herinneringen m.b.t. verpleegplan.	
Organisatorisch	- De implementatie sluit aan bij ontwikkelingen van de fusie tussen het Atrium en het OMC - Er zijn verpleegkundigen op afdeling actief betrokken bij EVD projecten (bijv. met het maken van verpleegplannen)	- Uit een mail vanuit de raad van bestuur maart 2014 blijkt dat ICT initiatieven buiten het ICT project 'Switch' bevroren worden. - Het VROB werkt langzaam, het aanpassen van verpleegplannen wordt ervaren als tijdsrovend. - Pas in het nieuwe SAP, wat van start gaat vanaf 'december 2014 zijn de verpleegplannen aangepast/verbetert en is de Likertschaal ingebouwd, deze biedt een verantwoording voor handelen, wanneer er alleen wordt geschreven naar afwijkende zaken bij de patiënt. - Hogere werkdruk door fusie met Atrium

Tabel 3. Bevorderende en belemmerende factoren implementatie

Uit de analyse van de huidige zorg blijkt dat er momenteel sterk wordt afgeweken van de gewenste zorg. Het probleemgericht rapporteren kan nooit werken als er geen passende en gespecificeerde verpleegplannen zijn bij de patiënten op Oost 51, daarom richt deze implementatie zich bewust eerst op de eerste indicator van de wenselijke zorg: 'een passend verpleegplan.' Wanneer dit wenselijk verloopt, kan worden overgegaan op de andere indicatoren genoemd in stap 1.

Uit het bovenstaande hoofdstuk mag geconcludeerd worden dat de doelgroep bestaat uit het verpleegkundige team, de coördinerend verpleegkundigen, de EVD-verpleegkundigen op de afdeling en de EVD-verpleegkundigen uit de EVD-raad. Hierbij spelen verschillende belangen een rol, waarbij ook meespeelt dat er zowel belemmerende als bevorderende factoren een invloed uitoefenen. De verpleegkundigen willen meer naar afwijkende zaken schrijven en ervaren het als belemmering hoe er nu gerapporteerd wordt, maar afspraken die er reeds gemaakt zijn worden nog niet goed nageleefd. Hierbij wordt het verpleegplan nog niet op waarde geschat, waardoor het niet goed wordt bijgehouden/aangepast. Naar aanleiding van deze factoren zullen in het volgende hoofdstuk specifieke strategieën gekozen worden passend bij indicator 1. Deze zullen vooral educatief en motiverend van aard zijn. Waarbij er ook aparte strategieën gekozen zijn voor de andere indicatoren van de gewenste zorg.

Hoofdstuk 4: ontwikkeling/ selectie strategieën.

Met behulp van een analyse is inzicht verkregen door wie het meest wordt afgeweken van de nieuwe werkwijze en wat de belangrijkste factoren zijn die implementatie en blijvende toepassing kunnen bevorderen dan wel belemmeren. Hierop zijn strategieën en interventies geselecteerd. Het op maat maken van de interventies is niet eenvoudig, omdat er vaak geen een op een relatie bestaat tussen een knelpunt en een strategie. (Grol & Wensing, 2011)

4.1. Methode

Binnen de literatuur zijn een groot aantal verschillende strategieën te onderscheiden die gericht zijn op implementatie. Bij deze implementatie is gekozen voor de officiële indeling van de Cochrane Effective Practise and Organisation of Care Group. Vanuit dit model worden complexe strategieën met meerdere concrete implementatieactiviteiten gecombineerd, ten behoeven van de verschillende knelpunten.

Binnen de strategieën per doelgroep zijn duidelijk meerdere interventies gekozen die zich richten op een passend verpleegplan, waarlangs ook interventies zijn gekozen passend bij het andere deel van de verslaglegging: de rapportage.

4.2. Strategieën per doelgroep

Doelgroep: Verpleegkundigen	
Strategie	Interventie
Verspreiding educatief materiaal	Uit de interviews bleek nog niet overweg te kunnen met het verpleegplan in SAP. Om het kennis tekort op te heffen over het verpleegplan in SAP worden protocollen van intranet hierover nogmaals doorgestuurd naar de afdeling. En uitgeprint.
Kleinschalige educatieve bijeenkomst	Er wordt een presentatie gegeven aan het verpleegkundig team over de eerste 3 stappen in het verbetertraject. Dit om iedereen inzicht te geven in de resultaten van de interviews en de dossierstudie. Hierna wordt een educatieve bijeenkomst gegeven over het belang van het verpleegplan en de verpleegkundige diagnostiek. Zodat de verpleegkundigen de waarde hiervan beter inzien. Hierbij worden knelpunten uitgelicht die ervaren worden. Enerzijds wordt theorie behandeld, anderzijds wordt ICT uitleg gegeven
Lokale consensusprocessen	In de presentatie over het belang van het verpleegplan en de relatie tot de verpleegkundige rapportage worden discussies uitgelokt met de aanwezigen om bewustwording te realiseren over hun gedrag.

Individuele scholing	Tijdens de fase in het verbetertraject dat het verpleegplan echt tijdens iedere dienst moest worden bijgehouden worden iedere dienst 2 verpleegkundigen geselecteerd. Zij krijgen begeleiding op maat. Deze individuele scholing dient ook plaats te vinden tijdens pilot 2. En de voorbereiding hierna toe.
Massamedia	Voor iedere presentatie wordt de doelgroep op de hoogte gesteld door middel van posters over de presentatie, datum, tijd en locatie. Deze informatie wordt ook nogmaals gemaild en in de nieuwsbrief van de afdeling gezet maandelijks. Voor de bewustwording bij de doelgroep wordt de tabel met het verschil tussen de huidige en wenselijke situatie naar iedereen gemaild en opgehangen op posterformaat in de verpleeglounge. Er wordt een poster opgehangen als reminder tijdens fase van verpleegplan.
Feedback voor monitoring van kwaliteit	Tijdens de kleinschalige educatieve bijeenkomst wordt duidelijk het verschil tussen de huidige en wenselijke situatie uitgelicht. Intercollegiale toetsing is ook ingeschakeld om de sociale beïnvloeding positief te gebruiken. 2 verpleegkundigen vullen dagelijks de kwaliteitsmonitor in over het verpleegplan en geven andere verpleegkundigen feedback tijdens pilot 2. Dit is ook de bedoeling tijdens pilot 2.
Herinneringen	Verpleegkundigen worden enerzijds mondeling, anderzijds door middel van posters herinnerend aan het wijzigen van het verpleegplan. Maar, ook aan de informatie die zich bevindt in de rapportage van hun patiënten.
Doelgroep: Coördinerend verpleegkundigen	
Strategie	Interventie
Lokale consensusprocessen	In de presentatie over het belang van het verpleegplan en de relatie tot de verpleegkundige rapportage worden discussies uitgelokt met de aanwezigen om bewustwording te realiseren over hun gedrag.
Feedback voor monitoring van kwaliteit	Tijdens de fase van het verbetertraject worden zij als lokale opinie leiders ingeschakeld die het verpleegkundig team feedback geven tijdens de dienst over het verpleegplan en de rapportage. Er wordt steekproefsgewijs 2 keer per maand het verpleegplan bekeken van enkele patiënten. Gelet wordt hierbij op de afspraken die er gemaakt zijn.

	Tijdens werkoverleggen/ teamvergaderingen wordt het thema: het verpleegplan en de rapportage besproken aan de hand van het implementatie plan met indicatoren. (Er wordt aandacht besteed aan het project.)
Doelgroep: EVD	
Strategie	Interventie
Verspreiding educatief materiaal	Na de fase waarin de verpleegplannen beter werden bijgehouden wordt een educatieve richtlijn verspreid onder de verpleegkundigen met afspraken omtrent de rapportage.
Grootschalige educatieve bijeenkomst	Voor de start van het nieuwe SAP begin december worden er educatieve bijeenkomsten aangeboden over het nieuwe SAP, de nieuwe lay-out en mogelijkheden van het verpleegplan, de werklijsten en de rapportage.
Individuele scholing	EVD'ers op afdeling bieden begeleiding op maat tijdens de fase waarin het verpleegplan beter wordt bijgehouden.
Voorbeeldrol	Bewust bezig zijn met rapportage en verpleegplannen. Prikkelen van verpleegkundig team om feedback te geven aan elkaar.
Feedback voor monitoring van kwaliteit	Tijdens de fase van het verbetertraject worden zij als lokale opinie leiders ingeschakeld die het verpleegkundig team feedback geven tijdens de dienst over het verpleegplan en de rapportages. Er wordt steekproefsgewijs 2 keer per maand het verpleegplan bekeken van enkele patiënten d.m.v. de kwaliteitsmonitor.
Veranderingen in EVD	Begin december 2014 gaat het nieuwe SAP van start waarin het verpleegplan, de werklijsten en de rapportage zijn geoptimaliseerd. Dit is bewerkstelligt vanuit project 'switch'.

Tabel 4. Strategieën per doelgroep

Uit het bovenstaande hoofdstuk mag geconcludeerd worden dat de strategieën die gekozen zijn bij deze implementatie vooral educatief en motiverend van aard zijn. Binnen de onderverdeling van de doelgroepen zijn de bevorderende factoren ook vooral benut. Er is hierbij gekozen voor educatieve bijeenkomsten en lokale consensusprocessen voor de bewustwording. Individuele scholing en intercollegiale toetsing zal worden gebruikt voor de motivatie van de verpleegkundigen en de monitoring. In het volgende hoofdstuk zijn strategieën terug vinden in een implementatieplan, waarbij onderscheidt gemaakt is tussen pilot 1: 'een passend verpleegplan' en pilot 2: 'probleemgericht rapporteren.'

Hoofdstuk 5: het implementatiemodel aan de hand van het veranderingsproces

In het voorgaande hoofdstuk zijn de strategieën beschreven die zijn gekozen om de belemmerende factoren te beïnvloeden en de bevorderende factoren te gebruiken. In dit hoofdstuk staan deze strategieën in een implementatieplan op maat voor de afdeling Interne Geneeskunde in het OMC.

*De cursief gedrukte tekst in het implementatieplan richt zich op pilot 2. Deze strategieën worden niet uitgevoerd door Vera Salden, maar door een projectgroep.

Fase oriëntatie (Bewust zijn, interesse en betrokkenheid)			
Betrokkenen	Wat	Hoe	Wanneer
Vera Salden Coördinerenden Stagebegeleiders EVD'ers op afdeling	Bespreken onderwerp kwaliteitsverbetering thesis en literatuurstudie.	Gesprek	September 2013
Vera Salden	Onderzoek naar wenselijke situatie: verpleegkundige voortgangsrapportage (Stap 1 Grol & Wensing, 2011)	Literatuurstudie	Oktober 2013
Vera Salden EVD'ers Coördinerenden	Bespreken resultaten literatuurstudie en vernieuwing	Gesprek	Januari 2014
Vera Salden Stagebegeleiders	Bespreken proces thesis, plan van aanpak komende weken	Gesprek	Februari 2014
Vera Salden Verpleegkundig team	Bewustwording over belang verpleegkundige voortgangsrapportage en keuze onderwerp voor verbetering	Presentatie & uitnodiging naar team (Poster en Mail)	19-2-2014
Fase Inzicht (Kenniss, inzicht eigen werkwijze)			
Betrokkenen	Wat	Hoe	Wanneer

Vera Salden Verpleegkundig team Coördinerenden	Informatievoorziening over verbetertraject onderwerp.	Nieuwsbrief afdeling	Februari 2014
Vera Salden EVD Coördinerenden Stagebegeleiders Contacten uit Atrium & Viecuri	In kaart brengen wenselijke situatie met doelen en indicatoren	Gesprekken Literatuurstudie Best practice	Februari 2014
Vera Salden Verpleegkundig team	Vergelijken huidige situatie en wenselijke situatie aan de hand van indicatoren	Dossierstudie	Februari en maart 2014
Vera Salden Stagebegeleiders Docent begeleider	Ontwikkeling interviewguide voor analyse doelgroep	Interviewguide	Maart 2014
Vera Salden EVD'ers Coördinerenden	Afname interviewguide t.a.v. analyse doelgroep	Semigestructureerde interviews Poster over start hiervan!	Gedurende 3 weken eind maart – april 2014
Vera Salden Verpleegkundig team Coördinerenden	Inzicht eigen werkwijze	Presentatie over verschil huidige en wenselijke situatie + knelpunten Informatie via mail over analyse fase op 1 a4	Begin april 2014
<i>EVD raad EVD'ers op afdeling Verpleegkundig team</i>	<i>Verspreiding richtlijn rapportage – met afspraken</i>	<i>Educatief materiaal</i>	<i>Juli 2014</i>
<i>EVD raad EVD'ers op afdeling Verpleegkundig team</i>	<i>Informatie over nieuwe SAP</i>	<i>Massamedia, Educatief materiaal</i>	<i>September – oktober 2014</i>
Fase Acceptatie			
Betrokkenen	Wat	Hoe	Wanneer

Vera Salden Verpleegkundig team	Intentie of besluit om te veranderen	Verschil wenselijke en huidige situatie opgehangen in verpleeglounge	Begin April 2014
Vera Salden Verpleegkundig team	Kennis vergroten over verpleegplan in SAP en het belang hiervan. (met afspraken hierover!)	Kleinschalige educatieve bijeenkomst + verspreiding educatief materiaal & massamedia: Poster A3	Midden april 2014
EVD Raad Verpleegkundig team	Scholing over nieuwe SAP (verpleegplan, werklijsten, verpleegverslag)	Grootschalige educatieve bijeenkomst	November 2014
EVD verpleegkundigen afdeling Verpleegkundig team	Nieuwe richtlijn met afspraken verpleegkundige rapportage Oost 51 (probleemgericht rapporteren naar NANDA diagnoses)	Educatief materiaal verspreiden & Massamedia!	November 2014
Fase verandering (invoering in praktijk)			
Betrokkenen	Wat	Hoe	Wanneer
Vera Salden Verpleegkundig team	Verpleegplan beter bijhouden in SAP → iedere dienst wijzigen In samenspraak met patiënt.	Pilot 1	Eind April- Mei 2014
Vera Salden Lokale opinie leiders	Monitoren van kwaliteit en feedback omtrent verpleegplan	Individuele scholing op werkplek & invullen kwaliteitsmonitor	Eind April- Mei 2014
Vera Salden Lokale opinieleiders	Tijdens pilot 1 dagelijkse controleren of verpleegplannen zijn gewijzigd.	De dagelijkse evaluatie om 13:45	Eind april - begin mei 2014
EVD raad EVD'ers afdeling Verpleegkundig team	Probleemgericht rapporteren volgens wenselijke situatie	Pilot 2	Vanaf start nieuwe SAP 2014

<i>EVD'ers op afdeling Lokale opinieleiders</i>	<i>Monitoren van kwaliteit en feedback omtrent probleemgericht rapporteren</i>	<i>Individuele scholing op werkplek</i>	<i>Vanaf start nieuwe SAP 2014</i>
<i>EVD'ers Lokale opinieleiders</i>	<i>Tijdens pilot 2 dagelijkse controle of er probleemgericht wordt gerapporteerd in verpleegplan</i>	<i>Dagelijkse evaluatie om 13:45</i>	<i>Vanaf start nieuwe SAP 2014</i>
Fase behoud van verandering (integratie in routines)			
Betrokkenen	Wat	Hoe	Wanneer
Opinieleiders Verpleegkundig team	Controle effect pilot 1 : verpleegplan beter bijhouden a.d.h.v. stellingen	Evaluatieformulier	Mei 2014
Vera Salden	Bespreken resultaten pilot 1.	Presentatie	Eind Mei 2014
Opinieleiders	Steekproefsgewijs 2 maal per maand controle verpleegplannen	Korte dossier analyse: kwaliteitsmonitor	Iedere maand na mei 2014
Opinieleiders Verpleegkundig team	Intercollegiale toetsing over verpleegplan	Tijdens werk- en teamoverleg en dienst	Vanaf start pilot 1
Voortrekker Opinieleiders	Selectie enthousiaste voortrekker voor project overname	Mail en overleg tijdens diensten en met coördinerend verpleegkundigen	Begin Juni 2014
Opinieleiders	<i>Controle effect pilot 2</i>	<i>Evaluatie → dossierstudie en evaluatieformulier</i>	<i>Maand na start nieuwe SAP</i>
Opinieleiders	<i>Bespreken resultaten pilot 2</i>	<i>Presentatie</i>	<i>Na het einde van pilot 2.</i>
Opinieleiders Verpleegkundig team	<i>Intercollegiale toetsing over probleemgerichte rapportage</i>	<i>Tijdens werk- en teamoverleg en dienst.</i>	<i>Vanaf start pilot probleemgericht rapporteren</i>

Tabel 5. Implementatieplan Oost 51

In bovenstaand hoofdstuk is het implementatieplan weergegeven waarin de strategieën/interventies zijn terug te zien. In het volgende hoofdstuk staat een evaluatie van de pilot 1 en het proces.

Hoofdstuk 6: Evaluatie en bijstelling van het plan.

Na het afsluiten van het verbeterplan is het van belang te achterhalen of de verbeterstrategieën in de praktijk daadwerkelijk succesvol zijn geweest. In dit hoofdstuk zal worden uitgelegd hoe er is na gegaan of de doelen omtrent de proeffase van het verpleegplan zijn behaald en hoe de doelgroep dit veranderingsproces heeft ervaren. Verder is in dit hoofdstuk te vinden hoe de rest van het project geëvalueerd dient te worden.

6.1. Methode voor evaluatie

In deze paragraaf wordt uitgelegd welke methoden zijn gebruikt om pilot 1 te evalueren. De methode voor de verdere evaluatie van het project staat in de paragraaf gaande over de uitvoering en integratie in routines.

Tijdens pilot 1 is twee weken geprobeerd het verpleegplan beter bij te houden door vooraf gemaakte afspraken. Tijdens deze twee weken is tijdens iedere vroege dienst door twee verpleegkundigen een dossierstudie van het verpleegplan bij één patiënt op iedere unit gedaan. Deze dossierstudie berustte op de afspraken die voorafgaand aan de pilot waren gemaakt en passend zijn bij de indicator over het verpleegplan. Dit was samengevat in een tabel ook wel een kwaliteitsmonitor genoemd. Concreet betekent het dat op het einde van iedere dienst er 5 kwaliteitsmonitoren waren ingevuld, aangezien er 5 units zijn.

De verpleegkundigen kregen voorafgaand instructies, deze zijn te vinden in bijlage 13. Punten uit deze kwaliteitsmonitor zijn gebaseerd op de wenselijke situatie. De kwaliteitsmonitor staat in bijlage 14. Tijdens de pilot periode van 13 dagen zijn er dus 65 kwaliteitsmonitoren ingevuld. Een uitwerking hiervan is te vinden in bijlage 15. Het proces is geëvalueerd onder het verpleegkundig team aan de hand van stellingen in een evaluatieformulier. De stellingen zijn gebaseerd op de gestelde doelen, de strategieën en interventies. Dit evaluatieformulier staat in bijlage 16. Het is na de pilot aan alle verpleegkundigen/stagiaires uitgedeeld, de respons was 84,6 %. In bijlage 17 staat een uitgebreide uitwerking van de analyse van deze evaluatieformulieren weergegeven in cirkeldiagrammen.

6.2. Evaluatie pilot 1

De definities van de optimale zorg (beschreven in hoofdstuk 1 bij de wenselijke situatie) en de ontwikkelde indicatoren spelen een belangrijke rol bij het plannen en uitvoeren van de evaluatie. Dankzij het vergelijken van deze scores voor en na het uitvoeren van de eerste pilot over het verpleegplan kunnen al de eerste conclusies hieruit worden getrokken over het succes van de toegepaste strategieën. (Wollersheim, 2011)

❖ Resultaten vanuit kwaliteitsmonitor

Tijdens de pilot bleek maar bij 3 verpleegplannen de opname-indicatie niet overeen te komen met het verpleegplan. Tijdens de analyse van de huidige zorg was ook al gebleken dat de opname-indicatie en het gekozen verpleegplan vrijwel altijd overeenkomen. Hierin heeft dus geen achteruitgang plaatsgevonden. Tijdens de pilot bleken de diagnoses in het verpleegplan van de patiënt bijna altijd nog relevant en actueel te zijn. Opvallend was wel dat op drie drukke dagen er steeds uit één kwaliteitsmonitor kwam dat de diagnoses niet actueel waren en op twee rustige dagen zeiden 5 kwaliteitsmonitoren dat de diagnoses niet actueel waren. In vergelijking met de analyse van de huidige zorg staan er nu bij meer patiënten actuele diagnoses in het verpleegplan. Tijdens de pilot is geen achteruitgang gesignaleerd binnen de doelen die zijn toegekend aan de diagnoses van de patiënt. Voor de pilot scoorde de verpleegplannen van de patiënten slecht op de mate van actueel zijnde maatregelen. Tijdens de pilot bleek dit nog steeds een aandachtspunt te zijn, er werd wel niet geheel slecht in gescoord. Slechts bij 4 van de 65 gecontroleerde verpleegplannen bleek er dubbele maatregelen in het verpleegplan van de patiënt te staan, hierin is dus een grote vooruitgang gesignaleerd. De verpleegkundige maatregelen zijn hierbij ook vaker gekoppeld aan een diagnose dan voor de pilot. Bij de analyse van de huidige zorg scoorde de verpleegplannen hier namelijk slecht in, vooral maatregelen die later werden toegevoegd hingen onderaan het verpleegplan/niet gekoppeld aan een diagnose. Enkele specifieke punten (dieet en gewicht) uit het overdrachtsformulier werden tijdens de pilot nog gemist in het verpleegplan, de verpleegkundigen hadden deze zelf op de kwaliteitsmonitor genoteerd. Hier werd nu niet geheel slecht in gescoord, maar het blijft een aandachtspunt. De cycli die zijn toegekend aan de maatregelen kloppen vrijwel altijd, er is geen achteruitgang in gesignaleerd.

De laatste drie dagen van de pilot bleek dat (bijna) alle gecontroleerde verpleegplannen passend waren bij de patiënt.

❖ Resultaten vanuit evaluatieformulier verpleegkundigen

Na de pilot heeft het verpleegkundig team een evaluatieformulier ingevuld waarin stellingen stonden. 81 % heeft aangegeven na de pilot voldoende inzicht en vaardigheden te hebben om de verpleegplannen volgens de nieuwe afspraken in te vullen. Een verpleegkundige gaf aan dit niet te hebben en wenste nog verdere persoonlijke begeleiding. Verder geeft 90,1 % aan zich meer bewust te zijn van het belang van een passend verpleegplan bij een patiënt. Desondanks geeft toch 59,1 % aan het nog lastig te vinden om iedere dienst het verpleegplan te wijzigen. Waarbij wel 95,5% vindt dat de gemaakte afspraken over het verpleegplan duidelijk zijn. 76,5 % vindt het prettig dat er nu meer aandacht wordt besteed aan het goed bijhouden van het verpleegplan. Het grootste gedeelte van de verpleegkundigen en stagiaires (54,5%) heeft zich neutraal geuit over de stelling dat de poster hun eraan herinnert om het verpleegplan te wijzigen. 31,8 % was wel uitgesproken positief over het effect van deze reminder. Het merendeel van de verpleegkundigen, 81,8. % , begrijpt dat de verpleegkundige rapportage alleen kan veranderen als het verpleegplan past bij iedere patiënt. Verder kan gezegd worden dat 81,8% van de verpleegkundigen het belangrijk vindt dat men elkaar feedback geeft op elkaars verpleegplannen. Geen enkele verpleegkundigen of stagiaire gaf aan dit niet belangrijk te vinden. Het grootste gedeelte van de verpleegkundigen en stagiaires (40,9 %) staat neutraal tegenover de stelling of ze meer individuele scholing zouden willen zien. Hier tegenover zou 36,5% wel graag meer individuele scholing zien op de werkplek over de verpleegplannen.

6.3. Uitvoering en integraties in routines

❖ Verpleegplan

Voor de verdere evaluatie van het verpleegplan dient er tweemaal per maand (vanaf maand juni) gedurende een half jaar een dag in de week te zijn dat er door twee verpleegkundigen op iedere unit een kwaliteitsmonitor wordt ingevuld. De coördinerend verpleegkundigen dienen twee verpleegkundigen aan te wijzen die de kwaliteitsmonitor invullen die dag. Resultaten hieruit dienen besproken te worden in het teamoverleg en de eerste twee maanden (juni en juli) eenmaal per maand in het werkoverleg op de woensdag. Hierin dient ook besproken te worden of de verpleegkundigen elkaar feedback geven op elkaars verpleegplannen, aangezien uit de evaluatie van de pilot naar voren was gekomen dat de verpleegkundigen dit wenselijk vinden. Als reminder moet in de maand juni tijdens de twee werkbesprekingen de afspraken van het verpleegplan nog kort worden doorgesproken. De verpleegkundigen van het EVD dienen er ook op te letten dat er wordt gewerkt vanuit de nieuwe afspraken.

❖ Andere doelen implementatie

Eind mei 2014 heeft er overleg plaatsgevonden met de coördinerend verpleegkundigen en is er een mail doorgestuurd naar het team voor geïnteresseerden te vinden voor de project overname, dit betekent vooral de monitoring van het verpleegplan in het begin. De andere doelen uit de wenselijke situatie hebben betrekking op het probleemgericht rapporteren. Hier zijn o.a. de twee EVD-verpleegkundigen voor aangewezen om dit verder te dragen aangezien zijn ook verbonden zijn met de nieuwe ontwikkelen in SAP en project Switch. Wanneer vanuit het implementatieplan de interventies starten m.b.t. het probleemgericht rapporteren dient er ook continu geëvalueerd te worden. Tijdens en na pilot 2 (deze duurt één maand!) dient er een dossierstudie plaats te vinden aan de hand van de indicatoren die gebruikt zijn bij de analyse van de huidige zorg. Deze dossierstudie gebeurt het liefst op de helft en op het einde van de pilot op meerdere dagen tijdens verschillende diensten op zowel de Nefrologie- als de MDL-kant. Op het einde van de pilot dient er, net zoals op het einde van pilot 1, onder de verpleging een evaluatieformulier verspreid te worden. Dit dient gebaseerd te zijn op de doelen en de interventies en de resultaten hieruit dienen besproken te worden in het dan eerst volgende teamoverleg.

Vanuit de eerste evaluatie na pilot 1 kan geconcludeerd worden dat er een flinke vooruitgang is te zien in het bijhouden van het verpleegplan bij de patiënten. Er dient wel nog aandacht te zijn voor enkele factoren in het verpleegplan: actuele maatregelen en specifieke punten toevoegen van het verpleegplan uit het overdrachtsformulier. De doelen die nog niet behaald zijn worden overgenomen door de EVD verpleegkundigen en andere geïnteresseerde verpleegkundigen. Hier zal naartoe worden gewerkt wanneer de voorbereiding van het nieuwe SAP van start is gegaan in september 2014. In het volgende hoofdstuk is de nabeschuiving te vinden waarin een conclusie, discussie en aanbevelingen te vinden zijn.

Nabeschouwing

In de nabeschouwing wordt als eerste een algehele conclusie uit het implementatieproces gegeven. Daarbij worden aanbevelingen naar de afdeling toe beschreven en komen discussiepunten aanbod.

❖ Conclusie

De hoofdvraag bij deze bachelorthesis is: *'Hoe kan de probleemgestuurde rapportagemethode naar de NANDA diagnoses t.a.v. de interne patiënt in het OMC het beste geïmplementeerd en gehanteerd worden zodat de patiëntveiligheid en continuïteit van zorg gewaarborgd wordt?'*

Uit best practice en literatuur V&VN (2011) en Hayrinen & Lammintakanen (2010) is het wenselijk dat bij iedere patiënt een up-to-date verpleegplan aanwezig is, waardoor er naar NANDA diagnoses gerapporteerd kan worden wanneer er afwijkende zaken spelen bij de patiënt. Hierin dienen klachten van de patiënt uitgediept te worden en de actie van de verpleegkundige hierop met uiteindelijk de reactie van de patiënt hierop. Dit alles zodat de rapportage op Oost 51 eenduidiger wordt en de voortgang van de patiënt beter bij te houden is. Uit de analyse van de feitelijke situatie op Oost 51 bleek dat patiënten niet altijd een passend en gespecificeerd verpleegplan hadden. Hierbij werden niet alleen afwijkende gezondheidsproblemen beschreven, maar ook een vast rijtje gegevens.

Belemmerende factoren waren niet alleen de motivatie van de verpleegkundigen, maar ook kennis over het verpleegplan en de werkdruk. Per doelgroep zijn strategieën en interventies geselecteerd. Het verpleegkundige team kreeg enkele educatieve bijeenkomsten om hun kennis uit te breiden en hun motivatie te vergroten door bewustwording. Reminders en tevens feedback hadden ook als doel om het verpleegkundige team gemotiveerd te houden. De coördinerenden kennen vooral een belangrijke taak t.a.v. de monitoring van het proces en evaluatie op langere termijn. Waar de EVD'ers op de afdeling juist een belangrijke taak kenden tijdens de monitoring van de eerste pilot fase van het verpleegplan. En tijdens de gehele fase voorafgaand aan pilot 2 tijdens de invoering van het nieuwe SAP.

Uit pilot 1 bleek dat het verpleegkundig team zeker gemotiveerd was, maar dat langdurig zieken en de onderbezetting van het personeel op de afdeling wel belemmerend waren. Tijdens pilot 1 waren er verschillende dagen te weinig verpleegkundigen op de afdeling en werkten er diverse flexpoolers op de afdeling. Evengoed heeft iedereen heel hard zijn best gedaan voor de pilot, dit resulteerde in erin dat de laatste 3 dagen alle verpleegplannen klopte volgens de kwaliteitsmonitor. Geconcludeerd kan worden dat er een sterke verbetering is te zien in de verpleegplannen. In het implementatieplan is wel rekening gehouden met een langere periode waarop de aandacht meer gevestigd is op een passend verpleegplan bij de patiënten op Oost 51. Een passend verpleegplan is namelijk een van de belangrijkste voorwaarden voor probleemgericht rapporteren. Wanneer het nieuwe SAP van start gaat zullen EVD'ers en opinieleiders educatieve bijeenkomsten houden en zal er een tweede pilot van start gaan.

❖ Aanbevelingen

Voor onderzoek:

Er is in deze bachelorthesis niet onderzocht hoe de patiënten de verslaglegging ervaren, of zij het wenselijk vinden hier meer bij betrokken te worden. En of zij meer inzagen wensen in hun eigen verpleegplan. Er heeft dus geen actieve patiëntenparticipatie plaatsgevonden. Dit is wel wenselijk in het kader van het probleemgericht rapporteren, omdat er binnen deze methode de patiënt meer betrokken kan worden.

Voor in de praktijk:

- In het verpleegplan verdienen actuele diagnoses en maatregelen nog de aandacht te samen met het toevoegen van specifieke punten uit het overdrachtsformulier.
- De verpleegkundigen wensen elkaar meer feedback te geven op elkaars verpleegplannen, hier dient men in gestimuleerd te worden.
- Er dient regelmatig nog aandacht uit te gaan naar de nieuwe afspraken omtrent het verpleegplan voor de borging. (bijlage 12)
- De andere doelen met betrekking tot de voortgangsrapportage dienen opgepakt te worden wanneer de voorbereidingen voor het nieuwe SAP starten. De doelgroep dient continu geïnformeerd en geprikkeld te worden hierover in bijvoorbeeld in werkbijeenkomsten en team overleggen.

❖ Discussie

Bij de onderwerpskeuze hebben twee semigestructureerde interviews plaatsgevonden in het Atrium en het Viecuri. In beide ziekenhuizen wordt gerapporteerd naar de gezondheidsproblemen in het verpleegplan, maar in beide ziekenhuizen wordt er geen gebruik gemaakt van SAP zoals dat in het OMC wel het geval is. De methode is wellicht hetzelfde, maar waarschijnlijk zullen er in SAP andere knelpunten meespelen bij het probleemgericht rapporteren dan in de twee ziekenhuizen waar de interviews hebben plaatsgevonden.

De dossierstudie is gedaan aan de hand van betrouwbare indicatoren afgeleid uit de doelen van de wenselijke situatie. Deze indicatoren zijn goedgekeurd door de EVD'ers op de afdeling. De dossierstudie heeft alleen plaats gevonden door mevrouw Salden. Wellicht is hierdoor een eenzijdige blik geleverd, alhoewel er wel op verschillende punten is gelet. Wanneer mevrouw Salden de patiënten niet goed kende (alleen van overdrachtsformulier) was het lastig om in te vullen of de diagnoses/maatregelen in het verpleegplan nog actueel waren.

Ten aanzien van de semigestructureerde interviews bij de doelgroep heeft een onderverdeling plaatsgevonden naar leeftijd, werkervaring, geslacht en opleiding. Door de werkplanning en tijdsdruk hebben er geen interviews kunnen plaatsvinden met de oudere verpleegkundigen (> 50 jaar) op de afdeling (zij werken parttime). Wel hebben er interviews plaatsgevonden met MBO en HBO verpleegkundigen in verschillende leeftijdscategorieën.

Bij de strategieën zijn interventies gekozen die uiteindelijk niet altijd het juiste effect hebben bereikt. Zo zijn er verschillende educatieve bijeenkomsten gehouden. Deze bijeenkomsten konden niet worden gegeven in een teamoverleg, aangezien dit niet plaatsvond in het tijdspad voor de bachelorthesis. Er is daarom voor gekozen om deze educatieve bijeenkomsten op verschillende dagen tijdens de diensten te houden. Hierdoor kon maar de helft van het verpleegkundig team bereikt worden, de rest kreeg de informatie via de mail. Hier kwam geen respons op, onduidelijk is dus of iedereen de informatie heeft gelezen. Het bereiken van het hele verpleegkundig team bleek dus lastig. Alle mogelijke methoden zijn wel toegepast (posters, informatievoorziening in de nieuwsbrief, presentaties en informatie via de mail).

Tot slot is gebleken uit de evaluatie van de eerste pilot dat het team verpleegkundigen niet geheel positief tegenover reminders stond. De poster bleek niet het gewenste resultaat te hebben en op herinneringsmail kwam vrijwel altijd 0 respons. Onduidelijk is welke reminder wel geschikt is tijdens pilot 2.

Reflectie

In deze reflectie kijk ik terug op de ervaring die ik heb opgedaan tijdens het uitvoeren van dit implementatieproces en het uitwerken van de bachelorthesis. Hierbij gaat het erom wat mij goed is afgegaan, wat ik heb geleerd en wat de knelpunten/verbeterpunten zijn.

Daarbij reflecteer ik op de vijf rollen die je als verpleegkundige op HBO-niveau moet kunnen vervullen. De reflectie heb ik uitgewerkt volgens de stappen van Korthagen.

❖ Handelen

Bij de eindopdracht van HBO-V heb ik beoogd een passend onderwerp te kiezen op een afdeling, waar echt een sence of urgency voor bestond. In het derde leerjaar had ik namelijk een onderwerp gekozen, waar de sence of urgency matig voor was. Ik wilde er tijdens deze bachelorthesis op letten dat ik haalbare doelen stelde voor het project en voor mijzelf, ondanks het grote onderwerp. Ook wilde ik de doelgroep voldoende betrekken bij het project met verschillende strategieën en interventies. Vanuit vorige projecten heb ik geleerd dat ik niet altijd voldoende communiceer met anderen, en zelf graag het meeste werk verzet. Tijdens het schrijven deze bachelorthesis wilde ik hierop letten, dit door voldoende mijn sleutelfiguren erbij te betrekken.

Tijdens mijn minorperiode bleek dat de sence of urgency tot veranderen wel heel groot was. De coördinerend verpleegkundige bleek snel/direct verandering te willen zien, waardoor de EVD'ers op de afdeling een zakkaartje ontwikkelden dat haaks stond op probleemgericht rapporteren. Hierdoor vreesde ik dat mijn implementatieproces moeilijker zou worden dan vooraf ingeschat. Mijn sleutelfiguren bleken namelijk ook niet heel enthousiast over mijn voorstel voor verandering. Normaal gesproken ben ik mijns inziens geen perfecte leider, anderen aanspreken op hun gedrag vind ik lastig. Hiervoor acht ik mijzelf soms te onzeker. Ik wilde tijdens deze bachelorthesis dan ook bereiken dat ik mijn doelgroep voldoende van feedback verschaft werd, waardoor ze ook op hun gedrag worden aangesproken.

❖ Terugblikken op handelen

Mijn eerste doel dat ik had gesteld was de selectie van een passend onderwerp met voldoende sence of urgency. Dit bleek een schot in de roos, mede doordat de leidinggevenden graag zo snel mogelijk verandering wilden zien. Tijdens de bachelorthesis fase zijn de verschillende rollen geïntegreerd. De rol van zorgverlener heb ik tijdens het laatste jaar van mijn opleiding uitgevoerd door geheel zelfstandig te kunnen functioneren op een unit bij ons op de afdeling,

waarbij ik aanspreekpunt kon zijn voor mijn patiënten. Ook door bewust om te gaan met het verpleegkundige dossier tijdens het verbetertraject heb ik dit bereikt. Binnen de rol van regisseur heb ik de regie op mij genomen over dit implementatietraject. Ik heb mensen geselecteerd, taken verdeeld en mensen gewezen op verantwoordelijkheden. Tijdens alle stappen had ik voor mijzelf duidelijk wat er moest gebeuren op de afdeling. Dit bleek achteraf uit een goede en vooral realistische planning, doordat ik de planning tijdens het project heb aangepast en niets overhaast heb gedaan. Hierbij heb ik in de rol van ontwerper ideeën omgezet in praktische toepasbaarheid en heb ik verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Voor mijzelf en ook voor het team was het duidelijk wat het verschil was tussen de huidige en wenselijke situatie: waar we met iedereen naar toe wilden. In de rol van coach heb ik diverse educatieve bijeenkomsten gehouden, maar heb ik ook tijdens pilot 1 intercollegiale toetsing toegepast, doordat verpleegkundigen elkaars verpleegplannen moesten controleren. Hierbinnen heb ik gemerkt hoe lastig ik het vind om geen zaken uit handen te nemen bij de verpleegkundigen. Tijdens de pilotfase heb ik voldoende begeleiding geboden, doordat ik steeds bij verpleegkundigen peilde of zij nog vragen of hulp nodig hadden. De rol van beroepsbeoefenaar, welke ingaat op beroepsinnovatie, heb ik ook ruimschoots bereikt tijdens de bachelorthesis. Ik heb tijdens het implementatieproces constant gewerkt aan kwaliteitsverbetering en innovatie op de afdeling. Het loslaten van oude gewoonte bleek lastig op de afdeling, hier heb ik op ingespeeld door steeds de doelgroep te prikkelen met bijvoorbeeld posters en voldoende informatie, maar ook door feedback.

Per doelgroep heb ik strategieën toegepast, waarbij de meeste strategieën betrekking hadden op de belemmerende factoren zoals motivatie en kennis. Ook heb ik gebruik gemaakt van sociale beïnvloeding op de afdeling, doordat de verpleegkundigen elkaar verpleegplannen moesten controleren. Tijdens het gehele implementatieproces heb ik de doelgroep op de hoogte gehouden door educatieve bijeenkomsten, maar ook door stukjes die ik schreef in de nieuwsbrief van de afdeling en diverse mails die ik verstuurde. Tijdens de diensten besprak ik het onderwerp regelmatig met collega's, zodat het een hot topic bleef. Mijn leiderskwaliteiten heb ik laten zien in de rol van regisseur zoals hierboven beschreven, maar ook door voldoende informatie te verschaffen en toch verpleegkundigen aan te spreken op hun gedrag. Tijdens een educatieve bijeenkomst heb ik leidinggevende ingeschakeld op de afdeling om de verpleegkundige aan te spreken op hun gedrag en voor meer bewustwording te zorgen. Dit had een positief effect.

❖ **Bewustwording essentiële aspecten**

Tijdens deze bachelorthesis heb ik voldoende mijn project afgebakend. Toen het project namelijk te groot dreigde te worden, ben ik het gesprek aangegaan met leidinggevenden. Uiteindelijk hebben we er toen voor gekozen om het project op te splitsen in tweeën en diverse doelen te verschuiven naar later in 2014, wanneer het nieuwe SAP van start zal gaan. Ik ben mij ervan bewust dat ik altijd moeite heb met een maximum aantal pagina's, maar deze bachelorthesis heb ik mij hier netjes aan gehouden. Ik heb bij ieder hoofdstuk gekeken naar welke informatie essentieel was en welke overbodig. Hierdoor heb ik uiteindelijk alle hoofdstukken kunnen inkorten. Wat deze bachelorthesis mij heeft gebracht is dat ik op tijd hulp inriep van collega's en mijn docentbegeleider. Dit was vaak alleen nodig als bevestiging dat ik op de goede weg zat. Leerpunt voor mij blijft dus niet te veel twijfelen aan de keuzes die ik maak, eigenlijk kende ik de stappen van implementatie wel redelijk, maar ik werd onzeker door keuzes van mede klasgenoten.

❖ **Alternatieven ontwikkelen**

Wanneer ik een volgende keer een implementatietraject start wil ik realistischer in het begin kijken naar mijn doelen en de grote van het project. Nu vind ik het jammer dat ik mijn implementatietraject moet overdragen en bepaalde doelen nog niet behaald zijn. Een volgende keer zou ik liever een kleiner onderwerp kiezen waarvan ik weet dat ik het zelf succesvol tot een einde kan brengen. Het twijfelen aan mijzelf, ondanks dat ik in de praktijk goed functioneer blijft dus een leerpunt. Naar mijn mening ben ik hierin wel gegroeid, doordat ik van collega's heb gehoord dat ik positief mondig ben en aangeef wat ik wil leren, maar hier wil ik zeker op blijven letten en geloven in mijn eigen kunnen.

Literatuurlijst

Deze gehele literatuurlijst is gebruikt voor de wenselijke situatie in kaart te brengen. Er is alleen niet naar alle bronnen geciteerd in de tekst.

Boer, D de. (2006). Verpleegkundige rapportage: wat schrijf je op, wat niet? *Nursing*, 12 (6). P. 24 –27.

Boog, W. (2002). *Inleiding in de verpleegkunde een aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Hoofdstuk 5. Bohn Stafleu van Loghum.

Blair, W. Smith, B. (2012) Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse* 41(2): 160–168. Verkregen op 7/8/2013 van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22800381>

Buijsse, R. (2011). Vier waarschuwingen tekortschietende verslaglegging. *TVZ tijdschrift voor verpleegkundigen*, 121. (5). P. 32- 34

Cheevakasemsoom, A. Chapman, Y. Francis, K. Davies, C. (2006). The study of documentation complexities. *International journal of nursingpractise*, 12. P. 366- 374

Grotenvorst, A. Lambregts, J. Schuurmans, M. V&V projectgroep 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*

Hayrinen, K. Lammintakanen, J. Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation – nursing process model and standarized terminologies as keys to visebele and transparent nursing. *International journal of medicine informatics*, 79. P. 554-564

Held, M.F. Hoop, de A. (2004). *Plannen van verpleegkundige zorg*. Baarn

Holly C, Poletick EB. (2013) A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *J ClinNurs*.

Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of NursingPractice*, 16: 112–124. Verkregen op 7/10/2013 van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+meta-study+of+the+essentials+of+quality+nursing+documentation>.

Kohle-Erscher, A. Chatterjee, P. Osmanbehoglu, H.U, Hochheiser, H. Bartos, C. (2012). Evaluating the barriers to point-of-care documentation for nursing staff. *CIN: computers, informatics, nursing*, 30 (3). P. 126 -133

Laitinen, H. Kaunonen, M. AstedtKurki, P. (2009) Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19. P. 489–497. Verkregen op 7/10/2013 van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Patiënt-focused+nursing+documentation+expressed+by+nurses>.

Nieweg, R. Degeling, A. Eelsing, J.. (et al) (2012). Verpleegkundige overdracht: een ondergeschoven kindje in de opleiding?! *Onderwijs en gezondheidszorg*, 36. (6). P, 24 – 25

Nieweg, R. Paans, W. Schans, van der C. Sermeus, W. (2010). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of clinical nursing*, 20. P. 2386–2403. Verkregen op 7/10/2013 van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=What+factors+influence+the+prevalence+and+a+ccuracy+of+nursing+diagnoses+documentation+in+clinical+practice%3F+A+systematic+literature+review>.

Oxtoby, K. (2005). Zijn uw zorgdossiers in orde? *Verpleegkundig perspectief*, 21. (5). P. 48 – 54

Palm J. (2005) *Omgaan met hersenletsel*. Hfst. 3 Koninklijke van Gorcum: Assen

Persoon, A. (2006) Rapporteren per probleem. *Nieuwsbrief VVG*. P 4 – 5

RosendalDarmer, M. Ankersen, L. GeisslerNielsen. B. Landberger, G. Lippert, E. Egerod, I. (2006) Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, 15. P. 525–534 Verkregen op 7/10/2013 van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Nursing+documentation+audit+%E2%80%93+the+effect+of+a+VIPS+implementation+programme+in+Denmark>.

Saranto K, Kinnunen UM. (2009) Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *J Adv Nurs*, 65 (3) p. 464 – 476

Vermeer, K. (2012). Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid. *Nederlands tijdschrift voor evidencebasedpractise*, 5.

Verstraeten, M. (2012) 5 valkuilen bij verslaglegging. *Nursing*, 18 (9). P.57 - 59

V&VN. (2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging 2011*. Verkregen op 8 – 10 – 2013 van:

http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ERWLR5lzp_8%3D&tabid=1852

Wang N, Hailey D, Yu P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs*. 67(9) P. 1858-75.

Wollersheim, H. (2011). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*. Bohn Stafleu van Loghum: Houten.

Bijlage 1: zoekstrategie literatuur

Vanuit de PICO heb ik gekeken naar de ‘Mesh’ termen die ik hieraan kon toekennen voor de search in Pubmed. Uiteindelijk heb ik de volgende zoektermen die hieronder staan weergegeven geselecteerd. Ik heb gewerkt met ‘tiab’, dit hield in dat ik ook heb gezocht op de andere termen die onder de ‘Mesh’ term vallen. Dit betekent dat artikels waar de ‘Mesh’ term nog niet aan was toegekend nu ook gevonden konden worden.

De combinatie van de ‘Mesh’ termen en ‘tiab’ woorden leverde 57 artikels op, waaruit ik 4 artikels heb geselecteerd. Ik heb besloten om vervolgens de ‘outcome’ weg te laten, omdat dit naar mijn ziens een beperkende factor was. Wanneer deze is weggelaten in combinatie met een nieuwe ‘Mesh’ term te hebben toegevoegd bleek dat ik uitkwam op 4704 resultaten. Daarom heb ik de keuze gemaakt om te filteren op systematische reviews. Dit leverde 148 resultaten op. Hieruit heb ik 5 reviews geselecteerd.

- **Pio**

- **P:** Patiënt (*in OMC op verpleegafdeling*)

Engels: Patient

Zoektermen: Patient

I : Verpleegkundige rapportage

Nederlands: (Verpleegkundige) rapportage of verslaglegging

Engels: Nursingreporting, Nursing records, Nursingdocumentation

Zoektermen: Nurses (Mesh)“Nurse”[tiab] OR “Nurses”[tiab] OR “Nursing Personnel”[tiab]

Nursing records (Mesh) “Nursing Records”[tiab] OR “Nursing Record”[tiab]

Nursing Process (Mesh)“Nursing process”[tiab] OR “Nursing Processes”[tiab] OR “Nursing care”[tiab] OR “Patient care planning”[tiab]

Patient handoff

“Patient handoff”[tiab] OR “Patient Handoffs”[tiab] OR “Patient Handover”[tiab] OR “Patient Handovers”[tiab] OR “Clinical Handoffs”[tiab] OR “Clinical Handoff”[tiab] OR “Clinical Handover”[tiab] OR “Clinical Handovers”[tiab] OR “Nursing Handoff”[tiab] OR “Nursing Handoffs”[tiab] OR “Nursing Handover”[tiab] OR “Nursing Handovers”[tiab]

O: Waarborgen patiëntveiligheid, continuïteit& kwaliteit van zorg

Engels: Ensure patient safety , Continuity of patient care,Health Care Quality Assurance

Zoektermen: Patient Safety (Mesh) “Patient Safeties”[tiab] OR “Patient Safety”[tiab]

Continuity of Patient Care (Mesh) “Continuity Patient Care” [tiab] OR “Patient Care Continuity”[tiab] OR “Continuum of Care”[tiab] OR “Care Continuum”[tiab] OR “Continuity of Care”[tiab] OR “Care Continuity”[tiab] OR “Continuity of Patient Care”[tiab]

Health Care Quality Assurance (Mesh) “Healthcare Quality Assurance”[tiab] OR “Assurance Healthcare Quality”[tiab] OR “Assurances Healthcare Quality”[tiab] OR “Healthcare Quality Assurances”[tiab] OR “Quality Assurances Healthcare”[tiab] OR “Quality Assurance Healthcare”[tiab] OR “Health Care Quality Assurance”[tiab] OR “Healthcare Quality Assessment”[tiab] OR “Assessment Healthcare Quality”[tiab] OR “Assessments Healthcare Quality”[tiab] OR “Healthcare Quality Assessments”[tiab] OR “Quality Assessments Healthcare”[tiab] OR “Quality Assessment Health Care”[tiab] OR “Health Care Quality Assessment”[tiab] OR “Quality Assessment Healthcare”[tiab]

Nursing diagnoses (Mesh) “Diagnosis, Nursing”[tiab] OR “Diagnoses Nursing”[tiab] OR “Nursing Diagnoses”[tiab]

• Zoekstrategie

<u>Databank</u>	<u>Pubmed</u>
Zoektermen	Patient Safety (Mesh) “Patient Safeties”[tiab] OR “Patient Safety”[tiab] Nurses (Mesh) Nurse[tiab] OR Nurses[tiab] OR “Nursing Personnel”[tiab] Nursing Process (Mesh) “Nursing process”[tiab] OR “Nursing Processes”[tiab] OR “Nursing care”[tiab] OR “Patient care planning”[tiab] Continuity of Patient Care (Mesh) “Continuity Patient Care” [tiab] OR “Patient Care Continuity”[tiab] OR “Continuum of Care”[tiab] OR “Care Continuum”[tiab] OR “Continuity of Care”[tiab] OR “Care Continuity”[tiab] OR “Continuity of Patient Care”[tiab] Nursing records (Mesh) “Nursing Records”[tiab] OR “Nursing Record”[tiab]

Resultaten	57
Artikels	• Cheevakasemsoom, A. Chapman, Y. Francis, K. Davies, C. (2006). The study of documentation complexities. • Kohle-Erscher, A. Chatterjee, P. Osmanbehoglu, H.U, Hochheiser, H. Bartos, C. (2012). Evaluating the barriers to point-of-care documentation for nursing staff. • Laitinen, H. Kaunonen, M. AstedtKurki, P. (2009) Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. • Hayrinen, K. Lammintakanen, J. Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation – nursing process model and standarized terminologies as keys to visebele and transparent nursing.
Betrouwbaarheid	Alle artikelen zijn reviews. De artikels zijn niet ouders dan 10 jaar.
& validiteit	Literatuur gebruik voor de reviews gaat ook niet verder terug dan 10 jaar van 2013.
<u>Databank</u>	<u>Pubmed</u>
Zoektermen	Patient handoff “Patient handoff”[tiab] OR “Patient Handoffs”[tiab] OR “Patient Handover”[tiab] OR “Patient Handovers”[tiab] OR “Clinical Handoffs”[tiab] OR “Clinical Handoff”[tiab] OR “Clinical Handover”[tiab] OR “Clinical Handovers”[tiab] OR “Nursing Handoff”[tiab] OR “Nursing Handoffs”[tiab] OR “Nursing Handover”[tiab] OR “Nursing Handovers”[tiab] Nursing records (Mesh) “Nursing Records”[tiab] OR “Nursing Record”[tiab] Nursing (Mesh) Nursing[tiab] OR Nursings[tiab] Nursing process (Mesh) “Nursing process”[tiab] OR “Nursing Processes”[tiab] OR “Nursing care”[tiab] OR “Patient care planning”[tiab]
Resultaten	148 in combinatie met systematische review selecteert. Anders 4704 resultaten.

Artikels	• Blair, W. Smith, B. (2012) Nursing documentation: Frameworks and barriers. <i>Contemporary Nurse</i> 41(2): 160–168. • Holly C, Poletick EB. (2013) A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. <i>J ClinNurs</i>. • Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. <i>J AdvNurs</i>. 2011 Sep;67(9):1858-75. • Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. <i>J AdvNurs</i>. 2009 Mar;65(3):
Betrouwbaarheid & validiteit	Deze bronnen zijn allemaal breed uitgezette reviews, waarin verschillende methoden naast elkaar zijn gelegd. Literatuur hierin komt uit verschillende landen. Auteurs hebben veelal samen gewerkt met een projectgroep.
<u>Databank</u>	<u>Pubmed</u>
Zoektermen	Documentation (Mesh) Health Care Quality Assurance (Mesh) “Healthcare Quality Assurance”[tiab] OR “Assurance Healthcare Quality”[tiab] OR “Assurances Healthcare Quality”[tiab] OR “Healthcare Quality Assurances”[tiab] OR “Quality Assurances Healthcare”[tiab] OR “Quality Assurance Healthcare”[tiab] OR “Health Care Quality Assurance”[tiab] OR “Healthcare Quality Assessment”[tiab] OR “Assessment Healthcare Quality”[tiab] OR “Assessments Healthcare Quality”[tiab] OR “Healthcare Quality Assessments”[tiab] OR “Quality Assessments Healthcare”[tiab] OR “Quality Assessment Health Care”[tiab] OR “Health Care Quality Assessment”[tiab] OR “Quality Assessment Healthcare”[tiab] Nursing Process (Mesh) “Nursing process”[tiab] OR “Nursing Processes”[tiab] OR “Nursing care”[tiab] OR “Patient care planning”[tiab] Nursing records (Mesh) “Nursing Records”[tiab] OR “Nursing Record”[tiab]

Resultaten	39
Artikels	• Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. • RosendalDarmer, M. Ankersen, L. Geissler Nielsen. B. Landberger, G. Lippert, E. Egerod, I. (2006) Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark.
Betrouwbaarheid & validiteit	Eerste artikel is een metastudie uit 2010. Auteurs kennen verschillende titels. Tweede artikel is een retroperspectief onderzoek.
<u>Databank</u>	<u>Pubmed</u>
Zoektermen	Documentation (Mesh) Nursing diagnoses (Mesh) “Diagnosis, Nursing”[tiab] OR “Diagnoses Nursing”[tiab] OR “Nursing Diagnoses”[tiab]
Resultaten	269
Artikels	• Nieweg, R. Paans, W. Schans, van der C. Sermeus, W. (2010). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review.
Betrouwbaarheid & validiteit	Artikel is een review uit 2010. Auteur: Nieweg kent verschillende publicaties waarin zij zich heeft verdiept of in de overdracht of in de verpleegkundige rapportage.
<u>Databank</u>	<u>Invert</u>
Zoektermen	Begonnen met verpleegkundige rapportage. Uit de resultaten blijkt dat verslaglegging het trefwoord is. Daarom gezocht op : Verslaglegging & gezocht op overdracht.
Resultaten	46

Artikels	• Boer, D de. (2006). Verpleegkundige rapportage: wat schrijf je op, wat niet? • Buijsse, R. (2011). Vier waarschuwingen tekortschietende verslaglegging. • Nieweg, R. Degeling, A. Eelsing, J.. (et al) (2012). Verpleegkundige overdracht: een ondergeschoven kindje in de opleiding?! • Persoon, A. (2006) Rapporteren per probleem. • Vermeer, K. (2012). Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid. • Verstraeten, M. (2012) 5 valkuilen bij verslaglegging. • V&VN. (2011). <i>Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging 2011</i>.
Betrouwbaarheid & validiteit	Artikels komen uit goede tijdschriften, zoals Nursing of TVZ. In het artikel bij Vermeer, K. is een beschrijving naar een onderzoek van Nieweg, R. Deze auteur kent verschillende publicaties naar zowel de overdracht als de verpleegkundige rapportage. De richtlijn is ontwikkelt door een vakgroep van V&VN uit 2011.
<u>Databank</u>	<u>NAZ: Nederlandse artikelendatabank voor de zorg</u>
Zoektermen	Verpleegkundige rapportage: 0 hits Rapportage 51 hits – daarbinnen geselecteerd Verslaglegging: 20 hits dubbel en niet bruikbaar
Resultaten	51
Artikels	• Oxtoby, K. (2005). Zijn uw zorgdossiers in orde? <i>Verpleegkundig perspectief</i>, 21. (5). P. 48 – 54
Betrouwbaarheid & validiteit	Artikel komt uit bekend vaktijdschrift. Echter de uitgave is uit 2005. Maar, is wel gebaseerd op standaarden voor de verpleegkundige rapportage uit Engeland. Daarvoor het artikel toch als nuttig beschouwd.

Bibliotheek:

1: Hogeschool Zuyd

Boog, W. (2002). *Inleiding in de verpleegkunde een aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Hoofdstuk 5. BohnStafleu van Loghum.

2. OMC:

Held, M.F. Hoop, de A. (2004). *Plannen van verpleegkundige zorg*. Baarn

Google:

Grotenvorst, A. Lambregts, J. Schuurmans, M. V&V projectgroep 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*

Google Books:

Palm J. (2005) *Omgaan met hersenletsel*. Hfst. 3 Koninklijke van Gorcum: Assen

Overig:

E-learning module OMC

Contacten met Atrium en het Viecuri.

Bijlage 2: analyse huidige zorg samenvatting

Datum: -

Patiënt X: -

Indicatoren: 1: Passend verpleegplan bij de patiënt
2: Rapportage naar gezondheidsproblemen
3: Rapportage naar afwijkende/ niet vanzelfsprekende gegevens die passen bij de gezondheidsproblemen
4: Aard van verandering in verpleegsituatie, handelingen uitgevoerd & motivatie, reactie van patiënt
5: volledig, concreet, bondig, eenduidig, objectief, relevantie en herleidbaar(is de informatie begrijpelijk, staan er geen onnodige meningen/ oordelen in)

1= Het verpleegplan dat is gekozen bij de patiënten op de afdeling Interne Geneeskunde past vrijwel altijd bij de opname indicatie. Echter niet alle diagnoses die in het verpleegplan staan zijn altijd relevant bij de individuele patiënt (bv. machteloosheid, angst of verstoorde slaap. Interventies die gekoppeld zijn de aan de diagnoses passen bij de patiënten. Echter technisch gezien worden niet altijd de interventies gekoppeld aan de diagnoses, vooral wanneer deze later zijn toegevoegd. Een enkele maal staan er dubbele interventies in het verpleegplan of staan er interventies in die niet meer van toepassing zijn. (bijvoorbeeld wanneer de patiënt eerst nog een infuus had, maar dit verwijderd is).

Opgevallen is dat er op het overdrachtsformulier van de verpleegkundigen soms zaken staan die niet in het verpleegplan staan, zoals bijvoorbeeld een speciaal dieet van de patiënt of consulten/ICC van andere disciplines. Er is gezien bij een patiënt dat de UBC volgens de afspraak op Interne Geneeskunde was ingevoerd in het verpleegplan met datum. Desondanks heeft de urine blaaskatheter/ UBC wel langer dan de termijn volgens het protocol erin gezeten bij de patiënt. Maar, er is ook gezien dat de UBC onder maatregel niveau was toegekend zonder datum en los van verpleegkundige diagnose. Een enkele maal is ook gezien dat er een dubbele diagnose in het verpleegplan stond (bv. ondervoeding) Diagnoses waren namelijk geselecteerd vanuit 2 gestandaardiseerde verpleegplannen die pasten bij de patiënt.

2 = Bij de analyse van de rapportages is er een onderverdeling gemaakt t.a.v. de vroege, late en nachtdienst. Hierbij is er gelet of de diagnoses uit het verpleegplan terug kwamen in de

rapportages en of er dus geschreven wordt naar de gezondheidsproblemen van de individuele patiënt.

Bij de patiënt op de Interne Geneeskunde is opgevallen dat er veel wordt geschreven naar misselijkheid, pijn en defecatie van de patiënt. Waarbij ook in de ochtend wordt beschreven hoe de persoonlijke zorg van de patiënt is verlopen. Hierbij is enkele malen beschreven dat de patiënt 'een handje hulp kreeg in de adl.' Een enkele maal is gezien dat er wel een diagnose was toegekend: zelfzorg tekort in wassen, maar hierover niet was geschreven in de ochtend bij patiënt. De mobiliteit van de oudere patiënt werd ook vaak beschreven. Opvallend is dat er ook zaken worden beschreven die zich bevinden in het Vrob. Enkele malen met waardes erbij. Controle waardes worden ook vaak beschreven. Een enkele maal is de nachtdienstverpleegkundige een probleem opgevallen bij de patiënt, waar daarna de rest van de dag niets meer over is gerapporteerd. In een andere rapportage van de vroege dienst is gezien dat er 's morgens niets is geschreven over de patiënt, alleen afspraken uit de visite. Enkele ziektegerelateerde zaken voorkomend in het verpleegplan missen enkele malen in de rapportage. Bv. oedemen waarvoor de patiënt gezwachteld wordt, aanwezigheid van icterus of jeuk bij een patiënt met pancreatitis of een bolle buik bij een patiënt met ascites. Diagnoses in het verpleegplan komen geregeld niet terug in de rapportage. Bv. Angst, machteloosheid, risico op obstipatie of vermoeidheid, maar ook een enkele maal misselijkheid. De diagnose risico op ondervoeding wordt geregeld genoemd in rapportages onder de tekst 'intake'. Daar en tegen staat er ook enkele malen informatie over de patiënt in de rapportage zoals therapie ontrouw zijn t.a.v. medicatie of incontinentie die niet is terug te leiden naar een diagnose in het verpleegplan.

In de late dienst is gezien dat er ook vooral is geschreven naar mictie, defecatie, mobiliseren en pijn. Waarbij ook enkele malen enkele individuele patiëntenproblemen naar voren komen zoals verwardheid (waarvoor DOS score werd ingevuld) en de productie van een UBC. Hierbij is weer gezien dat er waardes worden ingevuld in het verpleegverslag die ook zijn terug te vinden in het VROB. In de dag nacht wordt veelal geschreven naar het wakker zien van de patiënt, wisselgigging of het omdraaien van het dag/nacht ritme. Vele diagnoses uit het verpleegplan zijn niet terug te vinden in de rapportage van de nachtdienst, simpelweg omdat de meeste patiënten dan slapen.

3 = Veranderingen in gezondheidsproblemen zoals pijn komen dikwijls naar voren in de rapportage. Opvallend vaak wordt er in de voortgangsrapportage geschreven dat er geen

bijzonderheden zijn, dat men verder niets kon betekenen voor de patiënt en dat de patiënt geen klachten uitte. Hierbij worden de zaken t.a.v. de gezondheidsproblemen vaak beschreven met + en -. Hierbij verschilt het vaak hoeveel +’en er staan. Er wordt ook gewerkt met g.b. dit staat voor geen bijzonderheden en wordt bijvoorbeeld geschreven wanneer de controles goed waren. Afwijkende zaken in de controles, maar ook ten aanzien van misselijkheid, eetlust/intake, dyspneu en bv. het infuus staan ook geregeld genoteerd in de rapportage. In de rapportage is bv. gezien wanneer een patiënt erg veel pijn had en niet kon plassen hierop actie is ondernomen. Afwijkende zaken ten aanzien van de mictie of UBC productie en de defecatie staan ook geregeld genoteerd. Echter er wordt ook veelvuldig geschreven indien er geen misselijkheid of defecatie is, dit staat ook genoteerd in het VROB. Wanneer er een valincident is geweest bij een patiënt staat dit ook gerapporteerd, onduidelijk is dan of er een VIM is ingevuld.

Maar, er worden ook zaken genoteerd als dat de medicatie is gegeven volgens rooster en dat het infuus volgens plan inloopt. Een enkele maal is er ook geschreven dat het bed rechter is gezet voor de patiënt en dat de patiënt veel belde.

4= Verpleegkundige handelingen worden veelvuldig beschreven in de rapportage, reacties van de patiënt hierop komen niet geregeld terug. Onduidelijk is ook enkele malen wanneer er pijn of misselijkheid is gesignaleerd wat de verdere actie hierop was. Maar, er is ook gezien in de rapportage dat wanneer er bv. gesignaleerd wordt dat de patiënt therapie ontrouw is t.a.v. de medicatie dat hierop actie is ondernomen. Of wanneer er een irregulaire pols is, wat de actie hierop was. Zelf in de nachtdienst is beschreven wanneer de patiënt een slechte mobiliteit heeft dat de vroege dienst een aanvraag moet doen voor de fysiotherapeut. De verandering van de verpleegsituatie is dus geregeld terug te zien in de rapportage, maar de motivatie van de verpleegkundige bij bepaalde handelingen is niet altijd terug te vinden.

5= De informatie die terug te vinden is in de verpleegkundige voortgangsrapportage beschrijft veelvuldig gezondheidsproblemen, maar is niet altijd volledig gericht aan de individuele patiënt. Dikwijls wordt er geschreven met + en -, waarbij de hoeveelheid +’en sterk kan variëren. Informatie m.b.t. controles, defecatie en misselijkheid is herleidbaar naar het VROB. Meningingen of oordelen komen in de rapportages eigenlijk niet naar voren. Een enkele maal is de informatie niet kort en bondig, maar is er geschreven onder vele kopjes zoals info, vervolg en nogmaals vervolg.

Hoofdvragen	Subvragen	Tijd
Hoe ziet de rapportage er bij u uit?	➔ Soap, NOC. (Atrium) ➔ NANDA (Viecuri)	8 min
Wat is uw ervaring met het rapporteren naar de problemen van de patiënt?	Hoelang wordt deze methode al gebruikt? Welke methode was er hiervoor? Wat waren de reacties van de verpleegkundigen bij de invoering van deze methode? Wat kunt u zeggen over effectiviteit (van de NOC hierbinnen)?	8 min
Welke voordelen ervaart u bij deze methode?	Wat zijn voordelen voor de patiënt? Wordt de patiënt betrokken bij het rapporteren?	8 min
Welke nadelen ervaart u bij de methode?	-	8 min
Ervaren verpleegkundigen op de afdeling knelpunten bij deze methode?	Zijn er knelpunten m.b.t. vorm, inhoud, procedure, dagelijkse bezigheden, attitude etc.?	8 min
Als u deze rapportage opnieuw mag invoeren, wat zou u dan anders doen?	Wat ging goed? Beter?	8 min

Bijlage 3: interviewguide Best practise interviews

Openingsvraag:

Wat is uw indruk van de probleemgestuurde rapportage in het Atrium/Viecuri?

Bijlage 4: samenvatting beide Best practise interviews

Viecuri ziekenhuis	Atrium ziekenhuis
<i>Methode:</i> Er wordt gerapporteerd naar de verpleegkundige diagnoses, en interventies die hier een onderdeel van zijn, die samen met de patiënt zijn geselecteerd. Wat wenst de patiënt? Feiten tellen, meningen niet.	<i>Methode:</i> Er wordt gerapporteerd naar de verpleegkundige diagnoses waarbij gescoord wordt met de NOC via de likert schaal.
<i>Voordelen:</i> ondersteunt in professionaliteit verpleegkundige en in het werkproces. Er wordt tijd gewonnen, efficiënter gerapporteerd, financiële winst. Overdrachtstijd verkort. Betere onderbouwing waar verpleegkundige mee bezig is en hoe hun handelen eruit ziet.	<i>Voordelen:</i> goede ordening, prikkelt klinisch redeneren van verpleegkundige. Goede opslag voor denken en doen van verpleegkundige. Zorgt voor niet alleen rapporteren, maar ook regisseren van zorg (continu bijstellen van verpleegplan en evalueren) vollediger en eenduidiger, draagt bij aan de continuïteit.
<i>Nadelen:</i> De oudere verpleegkundigen die niet zijn opgeleidt met deze methodiek . Gevoel bij mensen dat ze het missen om alles op te schrijven.	<i>Nadelen:</i> Er kan op veel verschillende plaatsten iets geschreven worden over het zelfde gezondheidsprobleem of verpleegkundige handeling. Soms veel klikwerk, kost het meer tijd.
<i>Hoe geïmplementeerd:</i> Er worden klinische lessen ingegeven. Er zijn fakkeldragers EVD op de afdeling. Deze komen enkele malen per jaar samen. Er is een EVD groep. Een e-learning module, ICT handleiding. Een rapportage richtlijn waarin verpleegkundige diagnostiek is uitgelegd. Er worden audits gedaan op	<i>Hoe geïmplementeerd:</i> Kwaliteitscheck op afdeling: Dit is een random meting van 4 dossiers waarbij gemeten wordt op 5 punten: de anamnese, het verpleegkundig diagnosticeren, het bijhouden van het plan, het rapporteren en de continuïteit.

dossiers om te kijken of methodiek gebruikt wordt.	
--	--

Bijlage 5: interviewguide bij stap 3 onder verpleegkundigen

Hoofdvraag: Hoe beschrijven verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde hun

ervaring met de huidige verpleegkundige voortgangsrapportage?

Openingsvraag: Hoe ervaar je de verpleegkundige voortgangsrapportage zoals deze nu is?		
Hoofdvragen	Subvragen	Tijd
Wat vind jij belangrijk in de voortgangsrapportage?	Uit dossierstudie: - Het verpleegplan past wel de opname indicatie, maar specifieke diagnoses passen niet altijd bij de patiënt. Wat vindt jij hiervan + oorzaak? - Er wordt nu geschreven naar zaken uit het ‘zakkaartje’, opgevallen is dat ziektegerelateerde zaken/diagnoses desondanks missen in de rapportage. Wat vindt jij hiervan + oorzaak? - Er wordt nu niet alleen geschreven naar afwijkende, maar ook naar gegevens die goed gaan (deze bevinden zich ook in het VROB). Wat vind jij hiervan + oorzaak? (denk aan + en -)	<u>4 min</u>
Ervaar je problemen/knelpunten bij de verpleegkundige rapportage?	t.a.v. inhoud, vorm of procedure die gevolgd moet worden?	<u>4 min</u>
Als je de verpleegkundige voortgangsrapportage mag verbeteren, wat zou je dan verbeteren?	Wat zou zorgen voor meer structuur?	<u>4 min</u>
Wat vind jij van de vernieuwing?	- Wat spreekt jou hierin aan, wat is goed? - Waar heb jij nog vragen bij m.b.t. deze vernieuwing?	<u>4 min</u>

Bijlage 6: samenvatting interviews bij stap 3 verpleegkundigen en EVD'er van afdeling

Hoe ervaar je de verpleegkundige voortgangsrapportage zoals deze nu is?

- Bij sommige mensen vind ik deze goed. Maar, bij sommige mensen vind ik deze iets minder goed. Sommige weten precies wat ze moeten rapporteren, maar met name leerlingen die pas bezig zijn rapporteren gewoon heel beknopt. Of zaken dat ik denk die hoeven er niet in.
- Vrij algemeen en niet optimaal.
- Er missen belangrijke zaken, vaak kleine details. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen belangrijke zaken en minder belangrijke zaken.
- Er wordt consequent gerapporteerd naar bepaalde zaken, maar patiënt gebonden zaken missen.
- Rapportage is al verbeterd, er wordt meer geschreven. Collega's die met 'gb' schrijven vind ik jammer. Mis zaken in relatie tot opname indicatie.
- Mis belangrijke zaken en er wordt weinig op maatregel niveau gerapporteerd.
- Wisselend er worden onnodige dingen vermeld in de rapportage.
- Niet compleet, niet diepgaand en wisselend.

Wat vind jij belangrijk in de voortgangsrapportage

- In een oogopslag kunnen zien hoe gaat met de patiënt en met name ook wat zijn de veranderingen zijn sinds opname. Gaat het langzaam aan beter of gaat het achteruit..
- Afwijkende zaken en klachten. → rest staat in VROB, dit is dubbele registratie en hoeft niet.
- Vast rijtje gegevens werd meerdere malen genoemd door verpleegkundigen.
- Dat je uit de rapportage kan afleiden hoe ziek iemand is.
- De ziekte van de patiënt dat die terug te zien in de rapportage.

Het verpleegplan past wel de opname indicatie, maar specifieke diagnoses passen niet altijd bij de patiënt. Wat vindt jij hiervan + oorzaak?

- Standaard verpleegplan wordt gekozen en er wordt niet ingekeken wat er verder in de losse kopjes staat. Uit gemakzucht en tijdsgebrek. Verpleegplannen worden niet tijdig gewijzigd; met name katheters en infusen staan er langer in dan een patiënt deze heeft. Wordt vaak vergeten dit te wijzigen.
- Het standaard verpleegplan wordt helemaal gekozen en niet meer gespecificeerd. Je schiet dan het doel voorbij. Het is niet mijn hoogste prioriteit overdag, ben er nog niet helemaal eigen mee om het aan te passen.

- Het gehele standaard verpleegplan wordt vaak letterlijk overgenomen. Belangrijkste punten komen dan niet naar voren. Per dienst zou bekeken moeten worden of het nog klopt wat erin staat.
- Verpleegplan wordt niet gespecificeerd. Het wijzigen gebeurt weinig, patiëntenzorg gaat voor.
- Het verpleegplan aanpassen kom ik vaak niet aan toe door tijdsgebrek.
- Ik wijzig deze nooit, ik weet het niet. Vind het wijzigen omslachtig.

Er wordt nu geschreven naar zaken uit het 'zakkaartje', opgevallen is dat ziektegerelateerde zaken/diagnoses desondanks missen in de rapportage. Wat vindt jij hiervan + oorzaak?

- Mensen denken niet na als ze het kaartje hebben wat erin moet staan en denken snel klaar te zijn. Ze denken dan niet verder.
- Mis ook zaken in de visite, mensen denken niet verder dan het kaartje.
- Er komt hierdoor te veel informatie in het verpleegverslag.
- Ik vind het belangrijke dat bepaalde punten uit het kaartje altijd genoemd worden.
- Kwalijke zaak. Er wordt gerapporteerd vanuit het kaartje en werklijsten, als hier iets niet in staat wordt dit vergeten.
- ik vind het zakkaartje lastig in gebruik.
- Er wordt nu wel uitgebreider geschreven.

Er wordt nu niet alleen geschreven naar afwijkende, maar ook naar gegevens die goed gaan (deze bevinden zich ook in het VROB). Wat vindt jij hiervan + oorzaak?

- Dubbele registratie, niet nodig. (werd soms genoemd)
- Ik vind het fijn, weet dat het dubbel is. Maar dan weet ik tenminste dat het gebeurd/gevraagd is.
- Belangrijk dat als er iets afwijkend is dat dit er meteen uitspringt. Nu staan er veel dubbele gegevens in het verpleegverslag.
- Ik vind het wel handig.
- De patiënten liggen hier omdat ze ziek zijn, ik wil afwijkende zaken weten. De arts ook!
- Overzichtelijk, maar weet niet of alle informatie wel nodig is.
- Je weet dat het dan wel gebeurd is (de informatie uit verpleegverslag) → voor juridische indekking. Ook schrijven wat goed gaat.

Ervaar je problemen/knelpunten bij de verpleegkundige rapportage?

- Vervelend dat mensen niet op kamers rapporteren en de computers in de gang dan bezet zijn. Op een isolatie kamer rapporteer ik meestal zelf ook niet.
- Mis de beschrijving van de klinische blik van de verpleegkundige.
- Ik mis zaken tijdens de visite van de arts.
- Bedside terminals werken op de patiëntenkamers niet altijd optimaal en typen niet fijn.

Als je de verpleegkundige voortgangsrapportage mag verbeteren, wat zou je dan verbeteren?

- een vast tekstblok, zodat je altijd dezelfde informatie hebt.
- meer to the point schrijven.
- Beknopte rapportage met belangrijkste punten erin.
- Het kaartje mag blijven.
- Rapporteren naar de verpleegplannen en afwijkende zaken.
- Meer naar afwijkende zaken schrijven.
- Opbouw veranderen, vaste afspraken maken.

Wat vind jij van de vernieuwing?

- Handig, makkelijker om informatie te filteren. Belemmerend is nu het verpleegplan, nog niet altijd optimaal bij de patiënten.
- Dan vergeet je misschien minder zaken, beter voor kwaliteit. Praktisch misschien niet zo handig qua klikwerk in systeem.
- Weet niet of dit een vooruitgang is.
- Up-to-date verpleegplan is dan belangrijk en patiënt kan ook klachten hebben die niet onder een huidige verpleegkundige diagnoses vallen.
- Spreekt mij aan → ziekteverloop beter te zien.
- Het proberen waard.
- Ik zie er wel tegenop, maar snap dat de kwaliteit verbeterd wordt.

Bijlage 7: interviewguide coördinerenden

Onderwerp	Hoofdvragen	Trefwoorden	Tijd
Rapportage met indicatoren	Wat vinden jullie belangrijk in de voortgangsrapportage?	- Het verpleegplan past wel de opname indicatie, maar specifieke diagnoses passen niet altijd bij de patiënt. (bv. Angst of machteloosheid) Wat vindt jij hiervan + oorzaak? - Er wordt nu geschreven naar zaken uit het ‘zakkaartje’, opgevallen is dat ziektegerelateerde zaken/diagnoses desondanks missen in de rapportage. Wat vindt jij hiervan + oorzaak? - Er wordt nu niet alleen geschreven naar afwijkende, maar ook naar gegevens die goed gaan (deze bevinden zich ook in het VROB). Wat vind jij hiervan + oorzaak? (denk aan + en -)	<u>8 min</u>
Problemen en knelpunten	Welke problemen/ of knelpunten spelen er bij de verpleegkundige rapportage op oost 51?	- Klachten over rapportage? - Welke sociale factoren op de afdeling kunnen het verbetertraject beïnvloeden positief/negatief? (hoe gaat het team om met veranderingen?) - Wat denk je dat organisatorisch het verbetertraject zal beïnvloeden positief/ negatief?	<u>8 min</u>
Vernieuwing	Wat vinden jullie van de vernieuwing?	Wat zien jullie als goed en waar stel je vraagtekens bij?	<u>5 min</u>
Belangen	Wat is het belang voor de <u>verpleegkundigen</u> / <i>coördinerend verpleegkundigen</i> volgens jullie dat de verpleegkundige rapportage verandert?	-	<u>5 min</u>

Bijlage 8: samenvatting interview coördinerenden

Ervaring met rapportage?

- Die is nu te beperkt, er worden essentiële dingen niet gerapporteerd, er worden dingen dubbel gerapporteerd
- Heel beknopt.

Wat vinden jullie belangrijk in de voortgangsrapportage?

- Zaken die nodig zijn om het medisch beleid te kunnen maken. Dat zijn dus de dingen die je in de visite moet bespreken. De observaties die je afsprekt dat je doet, om te kijken wat zijn de resultaten daarvan. Wat observeer je en wat doe je daar mee
- het verpleegplan aanpassen. Bijzonderheden beschrijven bij de patiënt.
- De zorg rondom een patiënt (denk aan ADL).

Het verpleegplan past wel de opname indicatie, maar specifieke diagnoses passen niet altijd bij de patiënt. (bv. Angst of machteloosheid) Wat vindt jij hiervan + oorzaak?

- Standaard is om het sneller te kunnen verwerken, maar daarna moet je hem wel specifieker maken. Dingen eruit halen, maar ook andere dingen toevoegen.
- Zodra er iets veranderd, moet je het aanpassen. Dus na een visite als er zaken zijn veranderd. Op het moment dat een patiënt slecht wordt en er andere handelingen bijkomen, moet je het aanpassen. Een verblijfskatheter bv. moet je toevoegen.

Er wordt nu geschreven naar zaken uit het 'zakkaartje', opgevallen is dat ziektegerelateerde zaken/diagnoses desondanks missen in de rapportage. Wat vindt jij hiervan + oorzaak?

- Er wordt te weinig geschreven naar het resultaat van een handeling.
- Klakkeloos overnemen wat op het kaartje staat is een probleem. Direct op de patiëntenkamer registreren helpt om geen zaken te vergeten.
- Het verpleegplan ernaast gebruiken werkt ook goed.

Er wordt nu niet alleen geschreven naar afwijkende, maar ook naar gegevens die goed gaan (deze bevinden zich ook in het VROB). Wat vind jij hiervan + oorzaak?

- Noodzakelijk kwaad, omdat er zaken vergeten worden om te rapporteren. Dubbele registratie wordt daarom voor nu geaccepteerd.
- Iemand ligt hier niet voor 'gb'.

Welke problemen/ of knelpunten spelen er bij de verpleegkundige rapportage op oost 51?

- Er wordt iets geschreven door een verpleegkundige en 5 min later weer door een andere verpleegkundige. En verpleegkundigen rapporteren dingen voor elkaar, bijv. een handeling.

Klachten over rapportage?

- Geen klachten, maar het is moeilijk te herleiden wat er door de dag heen gebeurt bij een patiënt.

Welke sociale factoren op de afdeling kunnen het verbetertraject beïnvloeden positief/negatief? (hoe gaat het team om met veranderingen?)

- Elke verandering geeft weerstand. Er zijn kartrekkers op de afdeling, maar ook achterblijvers. En collega's die toch minder goed nog met computers overweg kunnen.
- Het is een hot topic op de afdeling.

Wat denk je dat organisatorisch het verbetertraject zal beïnvloeden positief/ negatief?

- Er moet gedacht worden aan de fusie.

Wat vinden jullie van de vernieuwing?

- Liever vandaag dan morgen.
- Goed om het onder de aandacht te brengen.

Wat is het belang voor de verpleegkundigen / coördinerend verpleegkundigen volgens jullie dat de verpleegkundige rapportage verandert?

- Uniforme werkwijze creëren.
- *Efficiënter werken, hogere kwaliteit van zorg. En meer tevreden patiënten.*

Bijlage 9: interviewguide EVD raad

Hoofdvragen	Trefwoorden	Tijd
Wat vindt jij belangrijk in de verpleegkundige rapportage?	- Wat wil je hierin terug zien? - Wat niet?	<u>5 min</u>
Wat vindt jij van het project omtrent de verbetering v.d. rapportage op Oost 51?	- Wat spreekt jou aan, wat niet? - Wat is het belang voor jou als lid van de EVD raad dat de rapportage verbetert?	<u>5 min</u>
Orbis en Atrium gaan fuseren, momenteel speelt er een veranderingsproces genaamd Switch. In welke mate moet het Orbis en het Atrium op dezelfde manier gaan rapporteren?	- Wat zijn de doelen nu? - Wat speelt er organisatorisch?	<u>5 min</u>
Kun je mij de veranderingen van Sap nogmaals uitleggen?	- Komt er een ICT cursus?	<u>5 min</u>

Bijlage 10: samenvatting interview EVD raad

Wat vindt jij belangrijk in de verpleegkundige rapportage?

- Op onderwerp registreren (diagnose of maatregel) en geen onzinverhalen (patiënt had bezoek of patiënt ging roken).

Wat vindt jij van het project omtrent de verbetering v.d. rapportage op Oost 51?

- Goed project. We zijn zelf met het Atrium ook bezig om de verpleegplannen aan te passen. De verpleegplannen worden slecht bijgehouden op de afdelingen.
- Kwaliteit van zorg moet verbeteren uiteindelijk.

In welke mate moet het Orbis en het Atrium op dezelfde manier gaan rapporteren?

- De rapportage gaat helemaal veranderen. Er komen veel meer mogelijkheden voor te rapporteren. Bovendien gaan wij waarschijnlijk toch werken met de NOC. Dus rapporteren op basis van de uitkomst met als basis de Likertschaal.

Kun je mij de veranderingen van Sap nogmaals uitleggen?

- Het verpleegplan gaat veranderen en de rapportage ook. We houden nog de platte rapportage zoals we deze nu hebben, maar je krijgt veel meer filtermogelijkheden. Je kan dan rapporteren op basis van je probleem je doel, de NOC komt erin en op de maatregel. Dat kunnen wij nu ook al, maar dadelijk is het meer een geheel. De lay out van het verpleegplan gaat veranderen. We kijken nu van links naar rechts en straks klapt deze eigenlijk dicht. Dan lees je van boven naar onderen, het wordt toch wel overzichtelijker. De werklijst gaat veranderen, ook qua lay out. De decubituscore gaat veranderen, we hebben nu de bradenschaal, straks wordt dit een score via de landelijke richtlijnen. En dan nog wat kleine aanpassingen.

Bijlage 11: poster verpleegplan



Bijlage 12: afspraken voorafgaand aan pilot 1

Afspraken verpleegplan Oost 51

1. Iedere patiënt moet een verpleegplan hebben wat past bij de opname indicatie → dit dient gespecificeerd te worden.
2. Iedere dienst wordt het verpleegplan aangepast/gewijzigd bij patiënten op jou eigen unit. (bv. in ochtend na visite met arts) → in samenspraak met patiënt.
3. Verpleegkundige diagnoses zijn actueel of een risico bij de patiënt. (ze zijn nog van toepassing)
4. Gekozen doelen kloppen bij de diagnoses van de patiënt.
5. Verpleegkundige maatregelen zijn nog actueel → er staan geen maatregelen in die niet meer van toepassing zijn.
6. Er staan geen dubbele maatregelen of diagnoses in.
7. Specifieke punten uit overdrachtsformulier worden toegevoegd aan verpleegplan (bv. speciaal dieet)
8. Verpleegkundige maatregelen zijn gekoppeld aan de verpleegkundige diagnoses.
9. Cycli kloppen bij de maatregelen.

Bijlage 13: informatie invullen kwaliteitsmonitor

Komende 2 weken (t/m 4 april 2014) vindt de pilot plaats m.b.t. het beter bijhouden van het verpleegplan. Gemaakte afspraken staan bij jullie op de mail en hangen hier op in de verpleeglounge.

Iedere dienst moet het verpleegplan worden gecontroleerd en indien nodig gewijzigd. (Zie poster!)

Tijdens de vroege dienst wordt gemonitord of iedereen dit doet. Op de werkplanning zien jullie wie is gekozen om deze kwaliteitsmonitor in te vullen.

Instructies kwaliteitsmonitor:

Wie: Iedere dienst zijn er 2 verpleegkundigen of stagiaires die de kwaliteitsmonitor invullen. Wie dit is staat op de werkplanning aangegeven door middel van een *. Iedere dag is dit een verpleegkundige of stagiaire die op de gastro staat en een verpleegkundige of stagiaire die op de nefro staat.

Bedoeling: De verpleegkundige op de gastro vult bij 1 patiënt op unit 4 en bij een patiënt op unit 5 de kwaliteitsmonitor. Dit invullen kost hoog uit 10 min. Zodat op het einde van de vroege dienst er twee ingevulde kwaliteitsmonitoren zijn van de gastro kant.

De verpleegkundig of stagiaire op de nefro kant doet dit ook bij een patiënt op unit 1, bij 1 patiënt op unit 2 en bij 1 patiënt op unit 3. Hij/Zij levert op het einde van de dienst dus 3 ingevulde kwaliteitsmonitoren in.

Het invullen: Het formulier is opgebouwd uit een aantal punten, jij controleert of deze punten aanwezig zijn: JA invullen of niet aanwezig zijn: NEE invullen. Je laat het verpleegplan bij de patiënt dus scoren op deze punten.

Waar vind ik de monitor: De kwaliteitsmonitor bevindt zich in de envelop achter dit instructie formulier. En staat bij ieder van jullie op de mail.

Hoe laat invullen: De twee verpleegkundigen of stagiaires vullen de kwaliteitsmonitor liefst in rond het einde van de dienst (**Na half 3**). Zodat iedereen de kans heeft gehad om de verpleegplannen up-to-date te maken bij de patiënten van de eigen unit.

Waar inleveren: Inge vulde kwaliteitsmonitoren dienen ingeleverd te worden **om half 4** in het kluisje van mij (Vera Salden): Code voor het kluisje is 1010. Op het kluisje is duidelijk te zien welke van mij is.

Waarom invullen: de gekozen verpleegkundigen/stagiaires vullen deze kwaliteitsmonitor in zodat gezien kan worden of er vooruitgang is in het beter bijhouden van het verpleegplan. Gegevens worden gebruikt bij de evaluatie.

Bijlage 14: kwaliteitsmonitor

Kwaliteitsmonitor

Datum:

Unit:

Passend verpleegplan		
Factoren	Ja	Nee
Opname indicatie en gekozen verpleegplan kloppen bij elkaar		
Verpleegkundige diagnoses zijn nog actueel/risico bij patiënt. (zijn nog van toepassing!)		
Gekozen doelen kloppen bij de diagnoses en patiënt		
Verpleegkundige maatregelen zijn nog actueel (staan geen maatregelen meer in die niet meer van toepassing zijn!)		
Verpleegkundige maatregelen staan dubbel		
Verpleegkundige maatregelen zijn gekoppeld aan een diagnose		
Specifieke punten uit overdrachtsformulier zijn toegevoegd in verpleegplan (bv. speciaal dieet)		
Cycli kloppen bij de maatregelen.		
Verpleegkundige ervoer dienst als (mondeling vragen tijdens evaluatie om 13:45): <i>Ja (Rustig)</i> <u>Nee (Druk)</u>		

Bijlage 15: samenvatting ingevulde kwaliteitsmonitor

Factoren	Pilot periode
Opname indicatie en gekozen verpleegplan kloppen bij elkaar.	Tijdens de gehele pilot periode kwam slechts bij 3 van de 65 ingevulde kwaliteitsmonitoren eruit dat het verpleegplan niet paste bij de opname indicatie. Tijdens de analyse van de huidige zorg was ook al gebleken dat de opname-indicatie en het gekozen verpleegplan vrijwel altijd overeenkomen. Hierin heeft dus geen achteruitgang plaats gevonden.
Verpleegkundige diagnoses zijn nog actueel/risico bij patiënt.	Bij 8 van de 65 kwaliteitsmonitoren bleek dat de diagnoses in het verpleegplan bij de patiënt niet actueel waren. Driemaal was dit het geval op unit 1 en driemaal op unit 5, tweemaal op andere units. Dit was op dag 1, 3, 7, 8 en 10 van de pilot. Opvallend uit de resultaten was dat op drie drukke dagen uit steeds één kwaliteitsmonitor kwam dat de diagnoses niet actueel waren en op twee rustige dagen zeiden 5 kwaliteitsmonitoren dat de diagnoses niet actueel waren. In vergelijking met de analyse van de huidige zorg staan er nu bij meer patiënten actuele diagnoses in het verpleegplan.
Gekozen doelen kloppen bij de diagnoses en patiënt.	Bij 3 van de 65 kwaliteitsmonitoren bleek dat de gekozen doelen niet kloppen bij de diagnoses en de patiënt. Eenmaal op unit 1, eenmaal op unit 4 en eenmaal op unit 5. Dit was op dag 5, 7 en 10. Twee dagen werd de dienst als rustig ervaren en op dag 7 als druk. Uit de analyse van de huidige zorg was ook al gebleken dat de doelen vrijwel altijd kloppen bij de diagnoses en de patiënt, tijdens de pilot is dus geen achteruitgang gesignaleerd.
Verpleegkundige maatregelen zijn nog actueel.	Bij 11 van de 65 kwaliteitsmonitoren bleek dat maatregelen in het verpleegplan bij de patiënt niet meer actueel waren. Driemaal op unit 1, eenmaal op unit 2, driemaal op unit 4 en viermaal op unit 5. Dit was op dag 1, 3, 5, 7, 8 en 10. Op de meerderheid van deze dagen werd de dienst als druk ervaren. Opvallend wederom was dat op twee dagen, dag 7 en 10, de maatregelen bij 5 patiënten niet actueel waren. De diensten werd echter wel als rustig ervaren. Bij de analyse van de huidige zorg scoorde de verpleegplannen hier slecht in. Uit de kwaliteitsmonitoren blijkt de score niet geheel slecht, maar het blijft een van de factoren die veel aandacht verdient.
Verpleegkundige maatregelen staan dubbel.	Slechts uit 4 van de 65 ingevulde kwaliteitsmonitoren bleek dat er dubbele maatregelen in het verpleegplan stonden van de patiënt. Opvallend hierbij was dit tweemaal op unit 3 en eenmaal op unit 1 en 4. Dit was op dag 3, 5, 7, en 10 van de pilot. Bij 3 dagen hiervan werd de dienst als druk ervaren. Bij de analyse van de huidige zorg scoorde de

	verpleegplannen hier slecht in, uit de kwaliteitsmonitoren was hierin een grote vooruitgang te zien.
Verpleegkundige maatregelen zijn gekoppeld aan een diagnose	Uit 13 van de 65 ingevulde kwaliteitsmonitoren bleek dat de maatregelen niet gekoppeld waren aan een diagnose. Dit was driemaal op unit 1, tweemaal op unit 2, tweemaal op unit 3 en vijfmaal op unit 4. Opvallend was hierbij dat het op de meeste dagen rustig was. Bij de analyse van de huidige zorg scoorde de verpleegplannen hier slecht in, vooral maatregelen die later werden toegevoegd hingen onderaan het verpleegplan/niet gekoppeld aan een diagnose. Hier is nu een vooruitgang in te zien.
Specifieke punten uit overdrachtsformulier zijn toegevoegd in verpleegplan	Uit 16 van de 65 kwaliteitsmonitoren bleek dat enkele specifieke punten uit het overdrachtsformulier niet waren toegevoegd aan het verpleegplan. Dit was op dag 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, vrijwel alle dagen bijna. Waarbij de diensten in evenwicht waren qua ervaren drukte. Vijfmaal waren er geen specifieke punten toegevoegd aan het verpleegplan op unit 1, vijfmaal op unit 2, driemaal op unit 3, tweemaal op unit 4 en maar eenmaal op unit 5. Opmerkelijk was dat de verpleegkundigen zelf op de kwaliteitsmonitoren hadden geschreven enkele malen welke punten zij vooral misten. Hieruit kwam naar voren dat het dieet en het gewicht vaak werd gemist. Bij de analyse van de huidige zorg scoorde de verpleegplannen hier slecht in, de score is nu niet geheel slecht. Maar, de scoren kan nog verder verbeterd worden. En dit punt verdient dan ook aandacht.
Cycli kloppen bij de maatregelen.	Uit 5 van de 65 kwaliteitsmonitoren bleek dat de cycli niet klopte in het verpleegplan bij de patiënt. Dit was op dag 3,5 en 7. Tweemaal op unit 1 en op de andere units ieder eenmaal. Waarbij twee dagen de dienst als druk werd ervaren en eenmaal de dienst als rustig werd ervaren. Hierbij klopte er wel bij 3 ingevulde kwaliteitsmonitoren de cycli niet. Bij de analyse van de huidige zorg werd hier niet slecht in gescoord, nu is deze score ook niet slecht. Er is geen achteruitgang gesignaleerd.

Bijlage 16: evaluatieformulier pilot verpleegplan

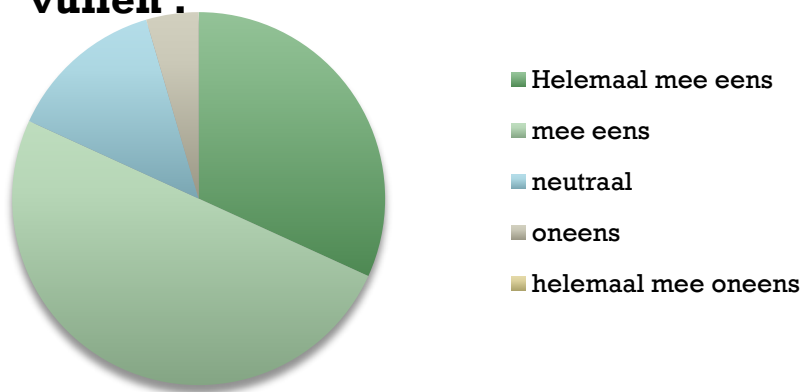
Geef bij onderstaande stellingen aan of je het er helemaal mee eens bent of helemaal mee oneens bent. Deze evaluatie wordt naast de kwaliteitsmonitor gebruikt ter evaluatie van deze voorfase pilot.

Stellingen	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Ik heb voldoende inzicht en vaardigheden om verpleegplannen volgens de nieuwe afspraken in te vullen.					
Ik ben mij meer bewust van het belang van een passend verpleegplan bij een patiënt (mede door de controle van mede verpleegkundigen via de kwaliteitsmonitor.)					
Ik vind het lastig om iedere dienst het verpleegplan te wijzigen.					
Gemaakte afspraken over het verpleegplan zijn duidelijk					
Ik vind het prettig dat er nu meer aandacht wordt besteed aan het goed bijhouden van het verpleegplan					
De poster helpt mij eraan herinneren dat ik het verpleegplan moet wijzigen bij mijn patiënten					
Ik begrijp dat de verpleegkundige rapportage op Oost 51 alleen kan veranderen als het verpleegplan bij iedere patiënt passend is en gespecificeerd.					
Ik vind het belangrijk dat we elkaar feedback geven op elkaars verpleegplannen					
Ik zou graag meer individuele scholing zien tijdens de dienst voor het wijzigen van de verpleegplannen.					

Lever deze evaluatievellen in bij V. Salden of indien V. Salden er niet is in haar kluisje: code 1010

Bijlage 17: uitwerking in cirkeldiagrammen evaluatieformulier

**Stelling 1: voldoende inzicht en
vaardigheden om verpleegplannen
volgens de nieuwe afspraken in te
vullen .**



nee eens

nee

**Stelling 3: ik vind het lastig om
iedere dienst het verpleegplan
te wijzigen.**



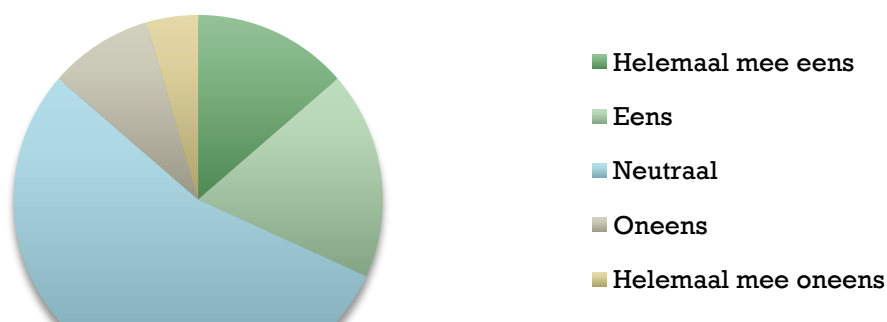
**Stelling 4: gemaakte
afspraken over het
verpleegplan zijn duidelijk**

Helemaal mee

Stelling 5: ik vind het prettig dat er nu meer aandacht wordt besteed aan het goed bijhouden van het verpleegplan



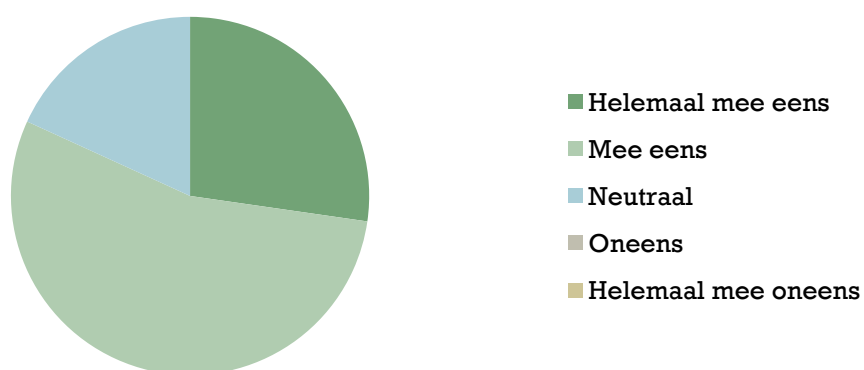
Stelling 6: de poster helpt mij eraan herinneren dat ik het verpleegplan moet wijzigen bij mijn patiënten.



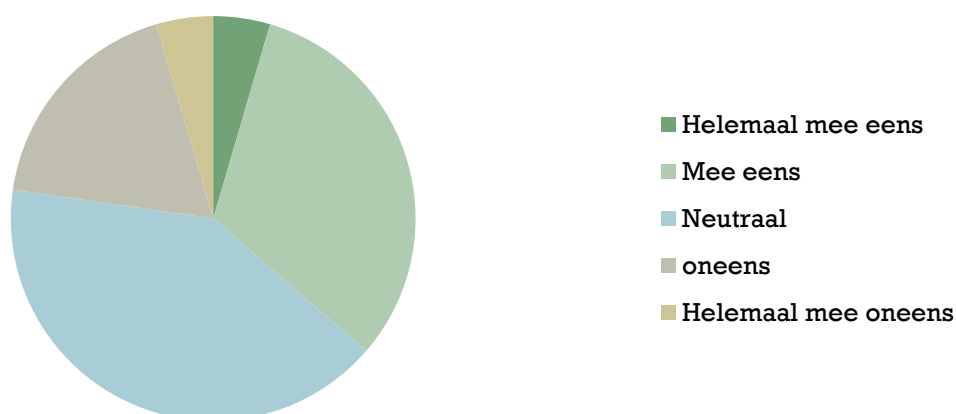
Stelling 7: ik begrijp dat de verpleegkundige rapportage op Oost 51 alleen kan veranderen als het verpleegplan bij iedere patiënt passend en gespecificeerd is.



**Stelling 8: ik vind het belangrijk dat we
elkaar feedback geven op elkaars
verpleegplannen.**



**Stelling 9: ik zou graag meer individuele
scholing zien tijdens de dienst voor het
wijzigen van het verpleegplan.**



Bijlage 18: beoordelingsformulier thesis stagebegeleiders.

Bijlage 16: Beoordelingsformulier bachelorthesis werk- / praktijkbegeleider

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider: *Jorgos Lucassen*
Zorginstelling: *OMC afd. oost 51*
Naam student: *Vera Souden*
Studentnummer: *1020315*

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bruikbare bachelorthesis geleverd voor de praktijk	<u>Voldaan</u> Toelichting:	Niet voldaan Toelichting:
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	<u>Voldaan</u> Toelichting: <i>Vera heeft de werkbegeleiding goed op de hoogte gehouden van alles!</i>	Niet Voldaan Toelichting:
3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelorthesis ontwikkeld en vorm gegeven	<u>Voldaan</u> Toelichting: <i>Dit is in samenspraak gebeurd</i>	Niet Voldaan Toelichting:
4. De student heeft voor overdracht gezorgd	<u>Voldaan</u> Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:

5. De informatie in de bachelorthesis berust op een juiste weergave van de praktijk	<u>Voldaan</u> Toelichting: goed onderzoek gedaan Past opvallend goed bij de praktijk	Niet Voldaan Toelichting:
---	---	---

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Adviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelorthesis op de werkvloer:

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

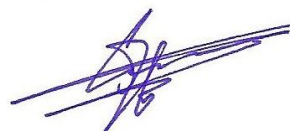
Naam beoordelaar: Jorgos Lucassen

Datum: 23/5/2014

Persoonlijke toelichting (indien gewenst) werk- / praktijkbegeleider:

Vera,
Je hebt een mooi product afgeleverd! ondanks dat je zelf graag een andere uitkomst had gehad. Je hebt veel werk hiervoor gedaan en dit is ook goed te zien.
Als afdeling kunnen we hier zeker mee verder!
Heel veel succes verder!!

Jorgos.



Bijlage 19: beoordeling Peerassessor

De Thesis heeft een mooie opmaak en is volgens de richtlijnen van Zuyd Hogeschool. In de samenvatting is kort de doelstelling beschreven en samenvatting gegeven van de gehele thesis. Ook de summary is aanwezig. Voorwoord is geschreven naar eigen stijl en de inhoudsopgave is volledig. De inleiding bestaat uit achtergronden vanuit de literatuur, gevolgd met de sense of urgency, doelstelling en leeswijzer. Netjes! Ook is er een beschrijving van Grol & Wensing toegevoegd in de inleiding.

Vanuit literatuur en best practice is de gewenste situatie beschreven. Tevens zijn er doelen en passende indicatoren opgesteld. De feitelijke zorg wordt duidelijk weergegeven a.d.h.v. een analyse van de dossierstudie. In een schema word specifiek weergegeven wat het verschil is tussen huidige en gewenste situatie. De doelgroepen met hun belangen zijn weergegeven en hierbij zijn belemmerende en bevorderende factoren opgesteld. Ook zijn de interviews kort beschreven die uitgebreid te vinden zijn in de bijlage. Na hoofdstuk 3 wordt kort verteld waar de implementatie zich op richt. Misschien zou je hier nogmaals je doel kunnen weergeven. De strategieën en interventies zijn opgesteld vanuit de belemmerende en bevorderende factoren, sluiten goed aan!

De planning is duidelijk weergegeven in een schema en er is een verdeling gemaakt tussen pilot 1 en 2.

in de evaluatie is duidelijk weergegeven hoe pilot 1 werd geëvalueerd. Tevens wordt er verteld hoe het plan verder dient te worden geëvalueerd. Misschien kun je bij evaluatie erbij zetten vanuit welke doelen er moet worden geëvalueerd of vanuit welke nulmeting dat er moet worden geëvalueerd. Na en voor de pilot.

In de conclusie wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag. Er worden aanbevelingen gedaan en er zijn discussie punten opgesteld. De eerste aanbeveling vanuit de praktijk begrijp ik niet helemaal misschien kun je de zinsbouw veranderen of eventueel nog wat toelichten.

De literatuurlijst is na mijn weten geschreven volgens APA.

Kortom je geschreven implementatieplan is toegeschreven naar de sense of urgency van de afdeling en is ook al voor een deel uitgevoerd door middel van een pilot. Goed gedaan!

Chinou Sillekens

Bijlage 20: beoordelingsformulier bachelorthesis docent

Naam student: Vera Salden

Studentnummer: 10102315

Naam docentbegeleider (1^e beoordelaar): Mevrouw Van Gastel

Datum beoordeling:

Naam 2^e beoordelaar: Mevrouw De Rooij

Datum beoordeling:

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelorthesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn.	Toegekende punten: Feedback:
<u>Inhoud: Maximaal punten 90</u> Voorwoord: Maximaal 2 punten Voorwoord is persoonlijk. Geeft inzicht in de positionering van de thesis (opleiding, in kader waarvan geschreven) en bevat een dankwoord. Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten	Toegekende punten: Feedback: Toegekende punten:

De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelorthesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.	Feedback:
Inleiding: Maximaal 10 punten	Toegekende punten:
Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven. Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.	Feedback:
Implementatiemodel : Maximaal 2 punten	Toegekende punten:
De stappen van het implementatiemodel zijn kort weergegeven.	Feedback:
Onderwerpkeuze: Maximaal 3 punten	Toegekende punten:
De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven. Een aantal concrete doelen op outcome (patient) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.	Feedback:
Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten	Toegekende punten:
Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.	Feedback:
Resultaten De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.	
Conclusie De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.	
Analyse feitelijke zorg Docent kan voor de analyse feitelijke zorg en probleemanalyse doelgroep en setting samen maximaal 15 punten verdelen	Toegekende punten:
Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.	Feedback:
Resultaten	

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. Conclusie Conclusie is beschreven. Probleemanalyse doelgroep en setting Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. Conclusie Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen. Conclusie Conclusie is beschreven. Implementatieplan: Maximaal 5 punten Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).	Toegekende punten: Feedback:
Evaluatie: Maximaal 10 punten. Methode De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven. Resultaten	Toegekende punten: Feedback:

Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd. Conclusie Conclusie is beschreven.	
Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model. Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.	Toegekende punten: Feedback:
Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel. In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.	

Beoordeling bachelorthesis:

1^e beoordelaar:

2^e beoordelaar:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelorthesis =

Eventuele opmerkingen:

Het punt voor de bachelorthesis moet minimaal een 5,5 zijn, voordat de student de eindpresentatie en de onderbouwing van de thesis in de praktijk mag uitvoeren. Hierbij de is beoordeling van de 2^e beoordelaar meegenomen.

Voor de eindpresentatie en onderbouwing in de praktijk (beoordeeld door 1^e beoordelaar/docentbegeleider in overleg met de praktijk) kan de student een punt halen op een schaal van 0-10 punten. Het behaalde cijfer dient een voldoende te zijn en hierna gaat de beoordeling van de bachelorthesis naar Bureau Onderwijs. De student heeft dan een apart cijfer voor de bachelorthesis en een apart cijfer voor de presentatie.

Handtekening 1^e beoordelaar:

Datum:

Handtekening 2^e beoordelaar:

Datum:

Bijlage 21: goedgekeurd voorstel thesis

Student: Vera Salden **Studentnummer:** 1020315

Docentbegeleider: Mevrouw Van Gastel **Tweede beoordelaar:** Mevrouw De Rooij

Onderdeel	Uitwerking student
Voorbereiding Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	• Mevrouw Van Gastel Zij is mijn docentbegeleider. Ik kan haar raadplegen voor advies over de stappen van Groll en Wensing. Zij geeft feedback en beoordeelt mijn thesis. • Mevrouw Bertram en de heer Lucassen Zij zijn mijn stagebegeleiders en kunnen mij helpen bij het implementatietraject op de afdeling. Tevens ontvang ik van hun beide feedback. • De heer Milder Hij is de coördinerend verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde en zeer betrokken bij verbetertrajecten van studenten. Hij kan zijn visie geven op het project en mij tot nieuwe inzichten brengen. Tevens kent hij diverse contacten in het ziekenhuis die handig kunnen zijn. • Mevrouw Bernhardt Zij is lid van de evd raad en staat tussen de ict en de verpleegafdelingen. Zij heeft kennis over wat belangrijk is t.a.v. de verpleegkundige rapportage, heeft contacten met het Atrium ziekenhuis en wil meehelpen bij het implementeren. • Mevrouw Van Den Biggelaar en de heer Mulder Zij hebben als ster-rol EVD en hebben mij deels dit onderwerp aangereikt. Zij zijn gemotiveerd om mij te ondersteunen in het verbetertraject. • Collega's afdeling Interne Geneeskunde OMC De Sence of Urgency is door hun duidelijk geworden. Zij helpen mij o.a. bij het verkrijgen van informatie over de doelgroep en setting. Tevens zijn zij onmisbaar wanneer de feitelijke implementatie start. • Mevrouw Sillekens

Titel

Zorg dat de voorlopige titel past bij de inhoud van de thesis. Eventueel titel met ondertitel.

Inleiding

Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk. Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelorthesis. Als je een implementatie doet, laat dit dan ook blijken uit de hoofdvraag. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen kunnen maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.

Zij is mijn peerassessor en geeft mij feedback tijdens het implementatieproces.

- **De heer Van Herwaarden**

Hij is capaciteitsmanager verpleegcentrum en geïnteresseerd in mijn onderzoeksresultaten.

Toegeschreven naar de patiënt zijn gezondheidsproblemen.

Implementatie van de probleemgerichte voortgangsrapportage op de Interne Geneeskunde in het Orbis Medisch Centrum te Sittard-Geleen.

De voortgangsrapportage beschrijft het schriftelijk vastgelegde verloop van de verpleegkundige zorgverlening per tijdseenheid. Het is een belangrijke voorwaarde voor het verlenen van goede en verantwoorde patiëntenzorg, voor de communicatie over en de coördinatie van die zorg, en voor het waarborgen van de continuïteit in de zorgverlening volgens V&VN. (2011)

Het is een essentieel onderdeel van de verpleegkundige zorg Cheevakasemsoom, A. Chapman, Y. et al (2006). Des al niet te min is het niet populair onder de verpleegkundigen hedendaags en wordt het ervaren als een last. Het wordt minder belangrijk gevonden dan de tastbare verpleegkundige zorg uit Blair, W. Smith, B. (2012).

Momenteel blijkt dat op de afdeling Interne Geneeskunde in het OMC de voortgangsrapportages dikwijls onvolledig zijn. Ze beschrijven vaak routines, er wordt ook vaak dubbel gerapporteerd. De voortgangsrapportages missen detail en diepte doordat ze bijvoorbeeld snel geschreven zijn en niet op de patiëntenkamer. Hoofd- en bijzaken zijn soms moeilijk te onderscheiden. De voortgang van de patiënt t.a.v. de verpleegproblemen is lastig bij te houden, omdat er niet probleemgericht wordt gerapporteerd. Momenteel wordt er 'verhalend' gerapporteerd dit is volgens Blair, W. Smith, B. (2012) de minst effectieve methode. Deze methode kost veel tijd en er worden (zoals blijkt op Oost 51) vaak onnodige zaken gerapporteerd. Het verpleegkundig proces wordt

hierdoor niet goed weergegeven. Een effectievere methode zou de probleemgestuurde methode zijn.

Probleemstelling

Er wordt momenteel niet gebruik gemaakt van een eenduidige rapportage methode op Oost 51 in het OMC.

Doelstelling

Het doel is dat na afloop van het implementatietraject er gebruik gemaakt wordt van een effectieve eenduidige rapportage methode door verpleegkundigen (het procesniveau) zodat de patiëntveiligheid en de continuïteit van de zorg gewaarborgd blijft (patiëntniveau).

Hoofdvraag:

Op welke manier kan een eenduidige methode voor de voortgangsrapportage t.a.v. de interne patiënt in het OMC het beste geïmplementeerd en gehanteerd worden zodat de patiëntveiligheid en continuïteit van zorg gewaarborgd wordt?

Deelvragen

1. Wat is de wenselijke situatie omtrent de voortgangsrapportage en welke veranderingen moeten er plaats vinden op Oost 51 in het OMC?
2. Welke rapportage methode verdient de voorkeur op afdeling Oost 51 in het OMC?
3. Wat is de huidige situatie omtrent de voortgangsrapportage op Oost 51 in het OMC?
4. Welke personen zijn er betrokken bij het implementatieproces en wat zijn hun belangen en doelen?
5. Welke factoren (bevorderend en belemmerend) spelen mee tijdens dit implementatie proces?
6. Welke interventies/strategieën kunnen ingezet worden om de nieuwe methode in te voeren op afdeling Oost 51?
7. Hoe ziet de concrete implementatieplanning eruit en op welke manier zal deze worden geëvalueerd?

Beschrijf de stappen van Grol en Wensing in het kort
Beschrijf de stappen van Grol en Wensing in het kort.

Voorstel voor verbetering: Keuze van het onderwerp
Beschrijf de keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk.

8. Hoe kan een eenduidige methode voor de voortgangsrapportage het beste geïntegreerd worden in de dagelijkse routine?

Stap 1: Ontwikkelen voorstel voor verandering
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen (kwantitatief en kwalitatief)
Stap 3: Probleemanalyse doelgroep en setting (kwalitatief)
Stap 4: Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën
Stap 5: Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan
Stap 6: Integratie in routines
Stap 7: Evaluatie en indien nodig bijstellen van plan (kwantitatief en kwalitatief)

Vanuit de praktijk

Uit participerende observatie en gesprekken blijkt dat er op afdeling Oost 51 momenteel geen eenduidige effectieve methode voor de voortgangsrapportage is. Hierdoor wordt er vaak dubbel, onvolledig, of te veel gerapporteerd. Dit kost onnodig veel tijd en de rapportage kan detail en diepte missen. De rapportage sluit momenteel niet aan bij wat andere disciplines willen weten over de patiënt, bv. de artsen. Het verpleegproces wordt ook niet goed weergegeven doordat er gerapporteerd wordt op een verhalende manier.

Vanuit de theorie

Sinds Florence Nightingale wordt de verpleegkundige rapportage al als een essentieel onderdeel van de verpleegkundige zorg gezien Cheevakasemsoom, A. Chapman, Y. et al (2006). Volgens V&VN. (2011) is een adequate verpleegkundige rapportage een belangrijke voorwaarde voor het verlenen van goede en verantwoorde patiëntenzorg, voor de communicatie over en de coördinatie van die zorg, en voor het waarborgen van de continuïteit in de zorgverlening.

Voor de voortgangsrapportage zijn verschillende methoden. De minst effectieve die is beschreven is de verhalende methode. Deze wordt momenteel gebruikt op de afdeling Interne Geneeskunde in het OMC. Effectiever is het wanneer er probleemgericht wordt gerapporteerd naar de NANDA diagnoses. Hierbinnen kan nog gebruik gemaakt worden van SOAP of het liefst

volgens de FOCUS methode. Hierdoor kan de voortgang van de patiënt beter gemonitord worden naar de behandeling en de verpleegproblemen uit Blair, W. Smith, B. (2012).

De wenselijke situatie zal middels een literatuurstudie deels in kaart worden gebracht. Tevens zal er gebruikt gemaakt worden van best practice vanuit het Atrium in Heerlen en het MUMC in Maastricht.

Wenselijke situatie

Methode

Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze (methode). bv. middels een literatuurstudie, werkbezoeken, interviews.

Analyse feitelijke zorg

Methode

Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.

Voor het in kaart brengen van de huidige situatie zal er gebruik worden gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Dit betekent dat er diepte interviews zullen plaats vinden met enerzijds contactpersonen uit het Atrium ziekenhuis te Heerlen, anderzijds met Judith Bernhardt en Roger Milder uit het OMC te Sittard-Geleen.

Voorgaand aan deze interviews zullen topic lijsten gemaakt worden.

Er zal ook vanuit kwantitatieve onderzoeksresultaten gewerkt worden, deze zullen verkregen worden middels een enquête die verspreid zal worden onder de verpleging op Oost 51. Resultaten van deze enquête weergegeven in percentages in het programma Excel. Participerende observatie en informele gesprekken zullen ook worden gebruikt.

Doelgroep:

Het implementatietraject vindt plaats op afdeling Oost 51, interne geneeskunde, in het OMC onder de verpleegkundigen en stagiaires.

Betrokkenen:

Probleemanalyse doelgroep en setting

Methode

Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.

- Verpleegkundigen op afdeling Oost 51, interne geneeskunde, in het OMC.
- Coördinerend verpleegkundige: Roger Milder
- Afdelingsmanager
- EVD Raad: Judith Bernhardt
- EVD'ers op de afdeling: Sanne van den Biggelaar en Brian Mulder
- Patiënten/zorgvragers op de afdeling Interne Geneeskunde in het OMC.

Deze doelgroep (niet de patiënten) valt onder te verdelen in verschillende segmenten:

Innovators, Early Adopters, Late Majority, Laggards.

Uit resultaten van de enquêtes, interviews en observaties zullen bevorderende en belemmerende factoren omtrent de methodische verpleegkundige voortgangsrapportage naar voren komen.

Vanuit de bevorderende en belemmerende factoren uit de analyse fase zullen interventies en strategieën worden gekozen. Deze zullen volgens EPOC uit Grol en Wensing beschreven worden.

Bij het evalueren van dit implementatietraject wordt gebruik gemaakt van procesevaluatie. Procesevaluatie is van belang om antwoord te geven op vragen met betrekking tot de haalbaarheid en de toepasbaarheid van de invoering, eventueel resulterend in een aanpassing van de implementatieactiviteiten. Hiervoor is informatie nodig over de feitelijke uitgevoerde activiteiten en over de deelname en ervaringen van deelnemers.

Strategieën en interventies

Methode

Beschrijf hoe je tot de strategieën en interventies komt (methode). Bv dat je passende strategieën mbv EPOC (uit Grol en Wensing, 2011) kiest.

De procesevaluatie wordt gebruikt voor:

- Het beschrijven van de ontwikkelde implementatiestrategie;
 - Hoe ziet de ontwikkelde implementatiestrategie er precies uit?
 - Welke inzet van middelen, tijd en dergelijke moet worden geleverd?
- Het controleren van de daadwerkelijke toepassing van en blootstelling aan de strategie;
 - Zijn alle activiteiten volgens plan uitgevoerd?
 - In welke mate heeft de doelgroep daadwerkelijk deelgenomen aan de geplande activiteiten?
 - Biedt bovenstaande een verklaring voor het eventueel niet bereiken van de gestelde doelen?
- Het beschrijven van ervaringen van de deelnemers met het veranderingsproces;

Evaluatie

Methode

Beschrijf de evaluatiemethoden die je wilt gebruiken of die je adviseert.

Literatuurlijst en bronnen
Volg de APA regels.

- Hoe ervaart de doelgroep de implementatiestrategie?
- Hoe ervaart de doelgroep de hieruit voortvloeiende veranderingen?
- Welke problemen of knelpunten treden op tijdens het invoeren van de gewenste veranderingen?

Blair, W. Smith, B. (2012) Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse* 41(2): 160–168. Verkregen op 7/8/2013 van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22800381>

Cheevakasemsoom, A. Chapman, Y. Francis, K. Davies, C. (2006). The study of documentation complexities. *International journal of nursing practise*, 12. P. 366- 374

Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business.

V&VN. (2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging 2011*. Verkregen op 8 – 10 – 2013 van: http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ERWLR5lzp_8%3D&tabid=1852