

Comfort Rounding ter verbetering van de verpleegkundige zorg

Een kwalitatief onderzoek naar de meningen van verpleegkundigen over Comfort Rounding binnen het Maastricht Universitair Medisch Centrum+

Comfort Rounding to improve nursing care

A qualitative study into nurses' opinions about Comfort Rounding within Maastricht University Medical Center+

Auteurs: **J.M.I. Lamkin** (1727966), **N. Benyahia** (1636413) en **E.M. Smeets** (1703994)

Bachelorthesis versie nr. 1.0
Opleiding: HBO-Verpleegkunde Voltijd
Onderwijsinstelling: Zuyd Hogeschool, locatie Heerlen
Praktijkinstelling: Maastricht Universitair Medisch Centrum+
Thesisbegeleider: A.M.R. Schols
Opdrachtgever: R. Secchi
Praktijkopleiders: J. Vaessen, R.B.G. Brouwens en D. Ghijsens-Billen

Maastricht, 21 mei 2021

Samenvatting

Inleiding: Doordat de verpleegkundige zorg in de ziekenhuizen sterk is veranderd en de zorgvragen steeds complexer worden en toenemen, ervaren verpleegkundigen een hogere werkdruk. Dit leidt tot het minder goed uitvoeren van basiszorg op de verpleegafdelingen. Door op een gestructureerde wijze ieder uur verpleegkundige basiszorg uit te voeren kan de kwaliteit van de patiëntenzorg verbeterd worden en de verpleegkundige werkdruk verminderen. Een methode hiervoor wordt Comfort Rounding genoemd. De centrale doelstelling van deze bachelorthesis is om inzicht te krijgen in de meningen van verpleegkundigen omtrent Comfort Rounding en de verpleegkundige randvoorwaarden, waardoor een advies kan worden gegeven om Comfort Rounding mogelijk te laten implementeren op de verpleegafdelingen.

Methode: Middels beschrijvend kwalitatief onderzoek is antwoord verkregen op de onderzoeksvraag. Om de juiste data te verzamelen zijn focusgroepen gehouden waaraan verpleegkundigen, die voldeden aan de gestelde inclusie- en exclusiecriteria, deelnamen. Middels transcriberen en coderen werd de verzamelde data geanalyseerd.

Resultaten: Uit de data-analyse is gebleken dat merendeel van de deelnemers positieve meningen uiten over Comfort Rounding. Echter benoemden zij ook de nadelen ervan en stelden randvoorwaarden zoals het eerst uitvoeren van een pilot en het aanstellen van een centraal aanspreekpunt om het daadwerkelijk te kunnen implementeren.

Discussie & Conclusie: Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de verpleegkundigen openstaan voor een mogelijke implementatie van het concept Comfort Rounding. Volgens de verpleegkundigen kan Comfort Rounding leiden tot het meer uitvoeren van persoonsgerichte zorg, een hogere patiënttevredenheid en verpleegkundige tevredenheid. Echter lijken volgens de deelnemende verpleegkundigen een gebrek aan personeel en tijd de twee grootste belemmerende factoren voor het implementeren van Comfort Rounding.

Advies & Inbedding: Naar aanleiding van dit onderzoek wordt geadviseerd vervolgonderzoek te doen naar de mate waarin Comfort Rounding momenteel al onbewust wordt uitgevoerd door de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen. Daarnaast wordt aanbevolen om na het bovengenoemde vervolgonderzoek de implementatie ervan te starten aan de hand van een pilot en na afloop van deze pilot de veranderbaarheid van de verpleegkundigen in kaart te brengen.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorthesis "Comfort Rounding ter verbetering van de verpleegkundige zorg". In het bijbehorende praktijkgericht onderzoek over Comfort Rounding, dat is uitgevoerd op de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (Maastricht UMC+), speelt het onderzoekend vermogen een centrale rol. De vraag voor het verbeterproject is voortgekomen uit de praktijk en heeft geresulteerd in onderbouwde aanbevelingen voor de praktijk. Deze bachelorthesis is geschreven in het kader van Afstuderen Advies BN2020 aan de opleiding Verpleegkunde aan Zuyd Hogeschool te Heerlen en in opdracht van het Maastricht UMC+.

De bijbehorende stage hebben wij voltooid op de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie in het Maastricht UMC+. Gedurende deze stage zijn we bezig geweest met het schrijven van deze bachelorthesis en onze verdere persoonlijke ontwikkeling als verpleegkundige in opleiding.

Graag willen wij een woord van dank richten aan de praktijkleerplaats waar wij de afgelopen maanden met veel plezier hebben gewerkt en nieuwe kennis hebben opgedaan. Verder willen wij in het bijzonder de opdrachtgever, praktijkbegeleiders en collega's bedanken voor hun goede begeleiding en prettige samenwerking. Tot slot bedanken wij onze docentbegeleider Angel Schols voor het geven van kritische feedback en het beantwoorden van vragen.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Jarmo Lamkin, Naziha Benyahia en Lisa Smeets

Maastricht, 2021

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Voorwoord	3
Inleiding	6
1. Theoretisch kader	9
1.1 Kwaliteit van de zorg	9
1.2 Basiszorg	11
1.3 Comfort Rounding.....	11
1.4 DINAMO-Model.....	13
2. Methode	14
2.1 Onderzoeksbenadering.....	14
2.2 Setting & Participanten	14
2.3 Dataverzameling.....	15
2.4 Data-analyse	16
2.5 Ethische overwegingen	17
3. Resultaten.....	19
3.1 Beperkte ervaringen Comfort Rounding.....	19
3.2 Verschillende meningen Comfort Rounding.....	19
3.3 Huidige zorgverlening.....	21
3.4 Wisselende ervaring werkdruk.....	23
3.5 Twijfels haalbaarheid Comfort Rounding.....	24
3.6 Ideeën uitvoering Comfort Rounding	26
3.7 Randvoorwaarden uitvoering Comfort Rounding.....	27
4. Discussie & Conclusie	29
4.1 Discussie.....	29
4.2 Conclusie	32
5. Advies & Inbedding.....	33
Literatuurlijst.....	35
Bijlage 1: Interviewguide.....	42
Bijlage 2: Toestemmingsbrief.....	44
Bijlage 3: Beslissing WMO-plichtig onderzoek.....	51

Bijlage 4: Codeboom	53
Bijlage 5: DINAMO-quicksan	58
Bijlage 6: Zoekstrategie	63
Bijlage 7: Verklaringen geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens	68
Bijlage 8: Verklaringen Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit.....	71

Inleiding

Door de toenemende vergrijzing van de bevolking zijn patiënten vaak ouder en krijgen hierdoor vaker te maken met chronische zorgvragen en co-morbiditeit (Maurits, De Veer & Francke, 2016). Dit leidt tot complexere patiëntenzorg en een toenemende werkdruk voor het zorgpersoneel (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018). Het aantal 65-plussers is in de afgelopen decennia toegenomen en het percentage jongeren is sterk afgenomen (Volksgezondheid en Zorg, 2019). Deze vergrijzing kan leiden tot een toename in het aantal zorgvragen (Beldhuis & Olde Engberink, 2017). Het aantal ziekenhuisopnamen is in de afgelopen jaren fors gestegen, maar de gemiddelde ligduur is steeds korter geworden. De gemiddelde ligduur daalde van 8,5 dagen in 2000 tot 5,2 dagen in 2012 (Gijsen & Limburg, 2016). Doordat de zorgvraag toeneemt, patiënten zo kort mogelijk in het ziekenhuis dienen te verblijven en de “laag-complexe” ziekenhuiszorg naar de eerste lijn is verschoven, vindt voornamelijk de hoog-complexe patiëntenzorg in de tweede lijn (ziekenhuis) plaats (Beldhuis & Olde Engberink, 2017). Aangezien de verpleegkundige zorg in de ziekenhuizen sterk is veranderd en de zorgvragen steeds complexer worden en toenemen (De Veer, 2016), wordt er steeds meer van verpleegkundigen gevergd. Ook stellen nieuwe technologische ontwikkelingen, maatschappelijke veranderingen en meer regie voor de patiënt nieuwe eisen aan de verpleegkundige zorg (Beldhuis en Olde Engberink, 2017; (Woo, Lee & Tam, 2017).

Doordat de verpleegkundige zorg verandert en er een tekort is aan verplegend personeel binnen de ziekenhuizen, neemt de werkdruk onder de verpleegkundigen toe (Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2017). Onderzoek laat zien dat bijna 90% van de verpleegkundigen, die werkzaam zijn in ziekenhuizen, de werkdruk als (te) hoog ervaart en dat 40% van hen aangeeft te willen stoppen met het uitoefenen van het beroep (Reijerse, 2015).

Verpleegkundigen op verpleegafdelingen in het ziekenhuis spelen een essentiële rol bij het leveren van patiëntenzorg (Van der Mark & Van Oostveen, 2020). Het verpleegkundig handelen heeft namelijk dikwijls een directe impact op het beloop van de ziekte en de behandeling van de patiënt. Eén van de belangrijkste kerntaken van het verpleegkundig handelen is het uitvoeren van basiszorg (Verpleegkundigen & Verzorgenden, 2020). Basiszorg wordt gedefinieerd als de fundamentele zorg van patiënten waarbij aandacht is voor veiligheid, comfort, communicatie,

waardigheid, ademhaling, privacy, voeding, mobiliseren, incontinentie, persoonlijke verzorging en aankleden en ontspanning (Kitson, Muntlin Athlin & Conroy, 2014). Door een te hoge werkdruk op zowel interne als op chirurgische afdelingen wordt vooral de basiszorg minder goed uitgevoerd. Het onvolledig verlenen van basiszorg beïnvloedt de kwaliteit, veiligheid en tevredenheid van de patiëntenzorg (Ball, Morellen, Rafferty, Morrow & Griffiths, 2014).

Door op een gestructureerde wijze verpleegkundige basiszorg uit te voeren kan de kwaliteit van de patiëntenzorg verbeterd worden en de werkdruk van de verpleegkundigen omlaag worden gehaald. Een methode hiervoor wordt Comfort Rounding genoemd (Flowers, Wright & Langdon, 2016). Middels het concept Comfort Rounding wordt ieder uur basiszorg uitgevoerd bij de patiënt (Douma, Jongen, & Scholten., 2018). De resultaten van internationale studies laten zien dat Comfort Rounding tot een hogere verpleegkundige tevredenheid leidt (Flowers et al., 2016), een hogere patiënttevredenheid (Kirk & Kane, 2016), een verbetering in het tijdsmanagement van de verpleegkundigen (Rondinelli, Ecker, Crawford, Seelinger & Omery, 2012) en een afname van het belgebruik van patiënten wat tot een rustigere werkomgeving resulteerde (Fabry, 2015; Gardener et al., 2009). Daarbij kan Comfort Rounding leiden tot een verminderd risico op decubitus, een verminderd risico op valincidenten en een beter pijnmanagement (Flowers et al., 2016). In Nederland is het concept Comfort Rounding slechts een beperkt aantal keren onderzocht, waarvan één keer op de Acute Opname Afdeling (AOA) in het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (Maastricht UMC+).

Uit informele communicatie blijkt dat de verpleegkundigen van de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie van het Maastricht UMC+ al jaren een hoge werkdruk ervaren. De verpleegkundigen klagen over een te krappe bezetting en de bijkomende verpleegkundige taken door de steeds complexere zorg, waardoor zij niet de gewenste kwaliteit van zorg kunnen leveren aan de patiënten. Uit literatuur blijkt dat Comfort Rounding kan bijdragen aan de reducering van de hoge werkdruk en aan de verbetering van de kwaliteit van zorg (Fabry, 2015). Voordat het concept Comfort Rounding geïmplementeerd kan worden binnen de afdelingen, dient eerst onderzoek gedaan te worden naar de verpleegkundige meningen hieromtrent.

De centrale doelstelling van deze bachelorthesis is om inzicht te krijgen in de meningen van verpleegkundigen omtrent Comfort Rounding en de verpleegkundige randvoorwaarden, waardoor een advies kan worden gegeven om Comfort Rounding mogelijk te laten implementeren op de verpleegafdelingen. Een implementatie van Comfort Rounding kan leiden tot een vermindering van de verpleegkundige werkdruk en een verbetering van de kwaliteit van zorg op de desbetreffende verpleegafdelingen. Middels kwalitatief onderzoek wordt getracht een antwoord op de volgende vraagstelling te verkrijgen: Hoe staan verpleegkundigen van de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie binnen het Maastricht UMC+ tegenover de mogelijke implementatie van het concept Comfort Rounding?

Het Maastricht UMC+ is een academisch ziekenhuis dat zich richt op het doen van onderzoek. De '+' in de naam houdt verband met de focus op gezondheidsbevordering en ziektepreventie (Maastricht UMC+, z.d.). De resultaten van dit praktijkgerichte onderzoek zullen bijdragen aan het concretiseren van de verpleegkundige koers “Wij Verpleegkundigen veranderen de Zorg” en het onderdeel persoonsgerichte zorg binnen het programma “Onze Zorg van de Toekomst” van het Maastricht UMC+. Het strategisch doel van “Onze Zorg van de Toekomst” is het verbeteren van de uitkomsten van de zorg én de ervaring van patiënten binnen het Maastricht UMC+.

Deze bachelorthesis is verdeeld in vijf hoofdstukken. In hoofdstuk een wordt het theoretisch kader omschreven. Hierin worden bestaande theorieën, ideeën en modellen met betrekking tot het onderwerp uitgewerkt. Vervolgens beschrijft hoofdstuk twee de centrale onderzoeksmethode van het praktijkgerichte onderzoek en worden in hoofdstuk drie de bijbehorende resultaten inzichtelijk gemaakt. Hoofdstuk vier omvat de conclusie en discussie en tot slot worden in hoofdstuk vijf het advies en de inbedding gepresenteerd.

1. Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt verdieping aangebracht in het praktijkprobleem en worden de kernbegrippen: kwaliteit van zorg, basiszorg, Comfort Rouding en het DINAMO-model afgebakend en in relatie tot elkaar gebracht. De meest gebruikte databanken voor het literatuuronderzoek van deze bachelorthesis zijn: Pubmed, Google, Google Scholar en SpringerLink. Er is zowel met Engelse als Nederlandse zoektermen naar bruikbare literatuur gezocht. De belangrijkste zoektermen waarmee gezocht is, zijn: Comfort Rounding, Hourly Rounding, International Rounding, verpleegkundige werkdruk, complexe zorg, veranderde zorg, basiszorg, basic care, patiëntveiligheid, personeelstekort in de zorg, kwaliteit van zorg, quality of care, persoonsgerichte zorg en patient-centred-care.

1.1 Kwaliteit van de zorg

Een hoge kwaliteit van zorg is van groot belang en wordt steeds belangrijker vanwege een aantal ontwikkelingen: vergrijzing van bevolking, een toename van het aantal mensen met een chronische aandoening, verschuiving in de traditionele rollen van de patiënten en professionals, stijgende zorgkosten en tekorten op de arbeidsmarkt (Nivel, 2011). Daarbij is het professioneel handelen van verpleegkundigen ook komen te veranderen doordat het bevorderen van het zelfstandig functioneren van de patiënt steeds meer op de voorgrond ligt (Nivel, 2014). Wegens al deze veranderingen in de zorg en een structureel personeelstekort wordt steeds meer van het zorgpersoneel gevraagd (Butler et al., 2019; Shin, Park & Bae, 2018). Het personeelstekort in de zorg heeft volgens 64% van de verpleegkundigen invloed op de werkdruk, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid (Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2017).

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, wordt het uitvoeren van persoonsgerichte zorg op een grote schaal gepromoot (Pentecost et al., 2020). Persoonsgerichte zorg centraliseert een persoonsgerichte benadering waarbij de voorkeuren van de patiënt gerespecteerd worden door zorgverleners (Engels, Vermunt & Leers, 2017; Rossiter, Levett-Jones & Pich, 2020). Bourgault et al. (2008) en Kirk & Kane (2016) geven aan dat de kwaliteitszorg gelijk wordt gesteld aan elementen van persoonsgerichte zorg. Uit onderzoek is gebleken dat het uitvoeren van persoonsgerichte zorg in ziekenhuizen vaak wordt belemmerd (Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019; Moore et al., 2017; Vermeer, 2017). In internationale studies werden door

verpleegkundigen belemmeringen als een gebrek aan motivatie en interesse, een laag inkomen, technologische ontwikkelingen, geen familieleden of bezoekers, weinig werkplezier en een tijdsgebrek door de hoge werkdruk gerapporteerd (Esmaeili, Cheraghi & Salsali, 2013; Ganz & Yoffe, 2012).

Een goede kwaliteit van zorg is belangrijk, niet alleen voor de patiënten maar ook voor de zorgverleners. Uit een onderzoek van Nivel panel onder zorgverleners kwam naar voren dat zij de kwaliteit en veiligheid van de zorg een zeven geven (Verest et al., 2019). Hiervan geeft 15% aan dat de geboden zorg regelmatig niet goed is en 9% geeft aan dat de veiligheid van de zorg regelmatig in gevaar is. Patiëntveiligheid is de basis voor het leveren van kwaliteitszorg. In een onderzoek van Nivel (2017) dat loopt sinds 2004 wordt patiëntveiligheid gedefinieerd als “de situatie waarin patiënten zo min mogelijk risico lopen op onbedoelde lichamelijke of psychische schade tijdens de behandeling in een zorginstelling”. In 1999 verscheen in het Amerikaanse Institute of Medicine een publicatie waarin bekend werd dat een groot aantal patiënten schade heeft opgelopen en zelfs zijn overleden door fouten in de zorg (Smorenburg, Kievit, Van Everdingen & Wagner, 2006). Deze resultaten drongen ook in Nederland aan tot verbetering, waar tot op heden nog steeds dagelijks aandacht aan wordt besteed binnen de ziekenhuizen (Wagner, 2017).

De Inspectie voor de gezondheid (IGZ) houdt middels kwaliteitsindicatoren toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg in Nederlandse ziekenhuizen. Het verpleegkundig personeel staat in directe relatie met de kwaliteit van de werkomgeving op de verpleegafdelingen en de kwaliteit van de geleverde patiëntenzorg (Bulter et al., 2019; Griffiths, 2014; Squires, 2015). De organisatie en beschikbare personeelsleden van de werkomgeving, het verpleegkundig proces en de uitkomsten op patiëntniveau, zijn verpleeg-sensitieve indicatoren die de kwaliteit van de verpleegkundige zorg meten (Stalpers, 2017; Vermeulen 2014). Internationale studies tonen aan dat een succesvolle implementatie van het concept Comfort Rounding een directe en succesvolle impact kan hebben op de kwaliteitsindicatoren van de verpleegkundige zorg binnen de verpleegafdelingen (Harrington et al., 2013; Kirk & Kane, 2016).

1.2 Basiszorg

Verpleegkundige basiszorg is een essentieel onderdeel van de zorgverlening en heeft een directe en significante impact op de uitkomsten van de patiënt. Basiszorg wordt gedefinieerd als aandacht voor veiligheid, comfort, communicatie, waardigheid, ademhaling, privacy, voeding, mobiliseren, incontinentie, persoonlijke verzorging en aankleden en ontspanning (Kitson, Muntlin Athlin & Conroy, 2014). Uit onderzoek is gebleken dat wanneer de basiszorg niet of onvolledig wordt uitgevoerd, dit tot consequenties van de kwaliteit van de zorg leidt (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow & Griffiths, 2014; Pentecost et al., 2020). Internationale studies hebben de gevolgen van onvolledige verpleegkundige zorg aan het licht gebracht (Department of Health, 2013; Richards, Hilli, Pentecost, Goodwin & Frost, 2018). In veel gevallen gingen de rapporten over de kwaliteit van de geleverde basiszorg en de ervaringen van patiënten. Deze rapporten omvatten onder andere gevallen waarin patiënten langdurig in niet- verschoonde bedden en kleding lagen, hulp bij het eten niet werd geboden, water en spullen niet binnen handbereik werden gelegd en patiënten niet naar het toilet zijn geholpen (Department of Health, 2013). Gemiste of onvolledige verpleegkundige basiszorg is een belangrijke factor dat het verband verklaart tussen het personeelstekort op de verpleegafdelingen en de patiëntuitkomsten. Dit blijkt uit een internationaal onderzoek waarbij gediplomeerde verpleegkundigen aangaven dat ze de volgende taken niet konden uitvoeren door het gebrek aan tijd en personeel: observeren en signaleren (32%), comfort bieden en communiceren (66%), informatie en uitleg geven (52%), veranderen van positie/lichouding (32%), mondhygiëne (29%), op tijd medicatie uitreiken (23%) en pijnmanagement (7%) (Ball et al., 2014). Comfort Rounding is gepromoot als een manier om ervoor te zorgen dat de fundamentele aspecten van de zorg niet over het hoofd worden gezien in acute zorgomgevingen die onder tijdsdruk staan. De grondgedachte voor de introductie van Comfort Rounding wordt gezien als een verbetering van de zorgverlening (Carlesi et al., 2017; Christiansen et al., 2018).

1.3 Comfort Rounding

Vaste verpleegkundige rondes zijn altijd al een onderdeel geweest binnen de verpleegkundige zorgverlening (Ryan, Jackson, Woods & Usher, 2019). Recent hebben verpleegkundige rondes een hernieuwde belangstelling gekregen in de Verenigde Staten en in het Verenigd Koninkrijk. Dit is bekend geworden als 'Intentional Rounding' (IR), een gestructureerd getimede interventie

die erop is gericht om de verpleegkundige basiszorg op verpleegafdelingen te verbeteren (Harris et al., 2019). Intentional Rounding werd in 2007 ontwikkeld door de zorgorganisatie Studer Group in de Verenigde Staten. De originele term werd later ook wel aangeduid als 'Hourly Rounding' en 'Comfort Rounding'. Ieder uur wordt door de verpleegkundige geanticipeerd op de persoonlijke basisbehoeften van de patiënt en monitort zij actief het welzijn van de patiënt, waardoor sneller aan alle behoeften van de patiënt kan worden voldaan en daarmee meer persoonsgerichte zorg wordt uitgevoerd (Flowers et al., 2016; Sims et al., 2018). De verpleegkundigen zijn meer aanwezig voor de patiënten, bieden daarmee meer aandacht en tijd voor de behoeften van de patiënten en familieleden en gaan eerder het gesprek aan met de patiënten (Blakley, Kroth & Gregson, 2011; Harris et al., 2019). Zo worden ook eerder risico's gesignaleerd waardoor de patiëntveiligheid zal toenemen (Slot, Janssen, Habets, Schoot & Oberjé, 2019). Door meer aandacht en tijd te besteden aan de patiënten wordt een vertrouwde relatie gecreëerd om vragen te stellen en/of gevoelens te uiten (Harris et al., 2017). Daarnaast resulteert Comfort Rounding in een afname van het belgebruik van patiënten, wat leidt tot een rustigere werkomgeving en een lagere werkdruk voor verpleegkundigen (Fabry, 2015). Daar waar een hogere werkdruk leidt tot zorg gerelateerde fouten (Nursing, 2016), zal een lagere werkdruk resulteren in minder fouten en meer patiëntveiligheid (Gardner, Woollett, Daly & Richardson, 2009).

De verpleegkundige voert Comfort Rounding uit aan de hand van het 4P-model, zie tabel 1: 4P-model (Harris et al., 2019). De verpleegkundige zorgt voor een comfortabele positie, heeft aandacht voor de persoonlijke behoeften, vraagt of de patiënt geassisteerd wilt worden naar het toilet, vraagt naar de pijn van de patiënt en zorgt ervoor dat persoonlijke spullen binnen handbereik liggen voor de patiënt (Douma et al., 2018; Harris et al., 2019). Daarnaast is er aandacht voor het uitreiken of helpen met inname van medicatie en vraagt de verpleegkundige of zij in het algemeen nog iets kan doen voor de patiënt (Johnson & Bryant, 2020).

Tabel 1: 4P-model (Harris et al., 2019)

4P-model	Verpleegkundige taken
Positioning	De verpleegkundige zorgt ervoor dat de patiënt comfortabel is en beoordeelt (wisselt) de houding en ligging van de patiënt om drukplekken te voorkomen.
Personal needs	De verpleegkundige heeft aandacht voor de persoonlijke behoeften van de patiënt en vraagt of de patiënt geassisteerd wilt worden naar het toilet.
Pain	De verpleegkundige vraagt aan de patiënt om op de schaal van 0-10 een cijfer te geven van de pijn (NRS).
Placement	De verpleegkundige zorgt ervoor dat de gewenste en nodige spullen binnen handbereik liggen voor de patiënt.

1.4 DINAMO-Model

Om de veranderbaarheid van de verpleegkundigen voor de implementatie van Comfort Rounding in kaart te brengen, kan het DINAMO-model worden gebruikt. Het DINAMO-model is een methode om tot veranderbaarheid te komen. Het model bestaat uit veertien onderdelen die gebaseerd zijn op de drie aspecten uit de Theory of planned behaviour van Ajzen. De Theory of planned behavior is een veelgebruikt model dat zich richt op het verklaren en veranderen van bewust gedrag (Metselaar, 1997). De drie aspecten ‘willen, kunnen en moeten’ bepalen de mate van veranderingsbereidheid (Sharafkhani, 2011). Omdat het model inzicht geeft in de belemmerende en bevorderende factoren tijdens een verandertraject, is het zinvol om het model in de eerste fase van het traject toe te passen. De uitkomsten kunnen namelijk van invloed zijn op de eventueel in te zetten veranderstrategie (Boom, z.d.).



Afbeelding 1: DINAMO-model. Overgenomen uit “Komen tot veranderbereidheid met het DINAMO-model” van BOOM, z.d. (<https://www.boomstrategie.nl/komen-tot-veranderbereidheid-met-het-dinamo-model>). Copyright 2021, BOOM.

2. Methode

De centrale onderzoeksmethode van het praktijkgerichte onderzoek wordt in dit hoofdstuk beschreven. Het hoofdstuk is onderverdeeld in verschillende paragrafen.

2.1 Onderzoeksbenadering

Middels een beschrijvend kwalitatief onderzoek is inzichtelijk gemaakt hoe verpleegkundigen van de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie binnen het Maastricht UMC+ tegenover de mogelijke implementatie van het concept Comfort Rounding staan. Met dit inzicht is een advies aan de praktijk gegeven om Comfort Rounding mogelijk te laten implementeren. Hierbij is gebruik gemaakt van zes focusgroepen. Kwalitatief onderzoek wordt door Plochg et al. (2007, p. 77) gedefinieerd als “een vorm van interpreterend onderzoek waarbij empirische gegevens op een systematische en controleerbare wijze worden verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd”.

2.2 Setting & Participanten

De setting waarin het praktijkgerichte onderzoek plaats heeft gevonden bestaat uit de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie binnen het Maastricht UMC+. Op elke afdeling zijn gemiddeld 30 gediplomeerde verpleegkundigen en vijftien stagiaires werkzaam. Op elke afdeling zijn 38 patiënten bedden beschikbaar. Momenteel zijn gemiddeld slechts 32 bedden bezet in verband met personeelstekort. Dagelijks wordt op alle afdelingen volgens een vaste structuur basiszorg geleverd. Driemaal daags wordt om zeven uur 's ochtends, twee uur 's middags en acht uur 's avonds basiszorg geleverd. Tussen deze momenten door hebben de patiënten de mogelijkheid om de verpleging via een belsysteem op te roepen voor nodige zorg.

Als onderzoekspopulatie is gekozen voor verpleegkundigen, werkzaam binnen de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie van het Maastricht UMC+. Goed gedefinieerde inclusie- en exclusiecriteria vergroten de kansen dat een onderzoek betrouwbare resultaten oplevert (EUPATI, z.d.). Er is bewust gekozen voor het hanteren van brede inclusie- en exclusiecriteria zodat er een mix van deelnemers is. Er is namelijk geen specifieke kennis of ervaring nodig voor deelname aan het onderzoek. Zie tabel 2 voor de inclusie- en exclusiecriteria van dit onderzoek.

Tabel 2: *Inclusie- en exclusiecriteria*

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
▪ Verpleegkundigen die hedendaags werkzaam zijn binnen de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie van het Maastricht UMC+.	▪ Geen deelname aan de praktische zorgverlening (dus niet werkzaam op de ‘vloer’).
▪ BIG-geregistreerd	▪ Flex-medewerkers en ZZP’ers die geen vaste werknemers zijn van de desbetreffende afdelingen.
▪ MBO- en/of HBO-gediplomeerd	▪ Verleent zorg op vrijwillige basis.
	▪ Stagiaires

De onderzoekers hebben de roosters van de afdelingen vergeleken om de focusgroepen met deelnemers, die aan de gestelde criteria voldoen, in te plannen. Deze deelnemers zijn per e-mail benaderd waarin hen om deelname is gevraagd. Hierna zijn nog meerdere malen herinneringen per e-mail verstuurd en zijn de potentiële deelnemers nog eens persoonlijk benaderd om deelname aan de focusgroepen te bevestigen.

2.3 Dataverzameling

Voor het verzamelen van data is gebruik gemaakt van focusgroepen. Een focusgroep is een groepsinterview waarbij gefocust wordt op een specifiek onderwerp (Van Male, 2016). Deze semi-gestructureerde groepsdiscussie biedt de onderzoeker inzicht in de opvattingen, ervaringen en preferenties van de respondenten rond een specifiek onderwerp en of vraagstelling. Omdat bij een focusgroep zowel de gespreksleider als de deelnemers elkaar bevragen, zal deze zorgen voor voldoende diepgang (Tates, 2016). Door focusgroepen uit te voeren op alle drie de verpleegafdelingen konden verschillen binnen de afdelingsculturen in kaart worden gebracht. Ook zijn zo genoeg verschillende meningen naar voren gekomen, welke voor specifiekere resultaten hebben gezorgd. Er hebben op iedere deelnemende afdeling twee focusgroepen plaatsgevonden, zes in het totaal. Iedere focusgroep bestond uit gemiddeld vier verpleegkundigen. Voor dit aantal is gekozen omdat met zulke relatief kleine groepen iedereen aan het woord kan komen, waardoor een onderlinge uitwisseling van kennis ontstaat en er mogelijkheden tot discussiëren zijn (Baarda, 2014). Tevens was een groter aantal deelnemers tijdens een focusgroep niet haalbaar vanwege het beperkte aanwezige personeel per dienst. De focusgroepen werden verdeeld in twee categorieën met aantal jaren werkervaring op de genoemde verpleegafdelingen binnen het ziekenhuis. De zorg is in de afgelopen jaren sterk

komen te veranderen waardoor aanpassingen in het opleidingsprofiel niet achter konden blijven (Maurits, De Veer & Francke, 2015). In 2012 is een vernieuwd beroepsprofiel geïntroduceerd in de verpleegkunde opleiding (LOOV, 2016). Dit leidde tot een categoriale onderverdeling van nul tot en met vijf jaar werkervaring en meer dan vijf jaar werkervaring. Mogelijk zijn in deze verschillende categorieën verschillen in meningen omtrent Comfort Rounding merkbaar. Ook is ervoor gekozen om onderscheidt te maken in het aantal jaren werkervaring omdat verpleegkundigen met veel werkervaring vaker op de voorgrond treden, waardoor de minder ervaren verpleegkundigen hun stem minder durven te laten horen.

De beoogde duur van de focusgroepen was tussen de 60 en 90 minuten. De gesprekken hebben plaatsgevonden binnen het Maastricht UMC+ in de daarvoor beschikbare ruimtes. De focusgroepen zijn geleid door een gespreksleider. Het voornemen was dat deze steun ondervond van een observator. Van de gesprekken zijn geluidsopnames gemaakt. Om structuur aan te brengen tijdens de focusgroepen is een interviewgide (bijlage 1) gehanteerd. Allereerst is het concept Comfort Rounding geïntroduceerd. Vervolgens zijn aan de hand van de topiclijst vragen gesteld om antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag. Het DINAMO-model is ter inspiratie gebruikt bij het opstellen van de topiclijst. In de topiclijst zijn de drie aspecten 'willen, moeten en kunnen' verwerkt middels bulletpoints. Aan de hand hiervan zijn een aantal vragen opgesteld die inzicht hebben gegeven in de veranderbaarheid, waarop is doorgevraagd door de gespreksleider.

2.4 Data-analyse

De data-analyse begon met het woordelijk uittypen van de geluidsopnames van de focusgroepen, wat transcriberen wordt genoemd. Transcriberen waarborgt de objectiviteit van het onderzoek (Smits, 2020). Daarna werden de gegevens geordend. De transcripties zijn opgesplitst in fragmenten die bij elkaar horen. Hierna zijn de fragmenten gecontroleerd op relevantie voor dit onderzoek. De onderzoeksvraag stond centraal in dit proces. De relevante gegevens van de focusgroepen werden vervolgens verder gereduceerd en gestructureerd door de gegevens te coderen (Baarda, 2014). Het coderen is een wetenschappelijke manier om de data van focusgroepen te analyseren. Door te coderen kan precies herleid worden op welke data de getrokken conclusies zijn gebaseerd. Dit zorgt voor de verifieerbaarheid van de uiteindelijke resultaten (Raats, 2019). Eerst zijn de getranscribeerde focusgroepen doorgelezen en aan

bepaalde tekstfragmenten labels (codes) gehangen. Dit wordt open coderen genoemd. De volgende stap is ‘axiaal coderen’. Hierbij zijn de codes met elkaar vergeleken en zijn de codes die bij elkaar horen onder één overkoepelende code weergegeven. De axiale coderingen werden vervolgens tot selectieve coderingen omgevormd. Op basis van deze hoofdcategorieën zijn relaties en verbindingen gelegd tussen de data, wat de resultaten van dit onderzoek hebben gevormd (Dingemanse, 2019). Het coderen is in samenwerking en overeenstemming tussen de drie onderzoekers gebeurt. Iedere auteur heeft op één van de verpleegafdelingen twee focusgroepen uitgevoerd, getranscribeerd en gecodeerd. De transcripties van alle focusgroepen zijn door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Deze coderingen zijn nader door de twee desbetreffende onderzoekers tot één codering samengevoegd. Dit heeft geresulteerd in een betrouwbare data-analyse.

2.5 Ethische overwegingen

Om te voldoen aan de kwaliteitseisen van integer onderzoek, is deze bachelorthesis geschreven vanuit de principes van de ‘Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit’. Deze principes berusten op eerlijkheid, zorgvuldigheid, transparantie, onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid (Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit, 2018). Sinds 25 mei 2018 is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van toepassing (Broersma, 2018). De AVG is in acht genomen door de respondenten van de geluidopnames te pseudonimiseren in de getranscribeerde focusgroepen. De privacy van persoonsgegevens is gewaarborgd middels een sleutelcode die binnen een beveiligde omgeving van Zuyd Hogeschool wordt bewaard en alleen toegankelijk is voor de onderzoekers en de thesisbegeleider. De geluidopnames zijn na afloop van het onderzoek gewist. De transcripties en coderingen zijn apart van de bachelorthesis bij de thesisbegeleider ingeleverd. De deelnemers zijn geïnformeerd door middel van een gestandaardiseerde brief (bijlage 2). In deze brief werden het doel van het onderzoek, de procedure van het onderzoek, het einde van het onderzoek, het gebruik en bewaren van (persoons)gegevens en de klachtenregeling uitgelegd. Deze brief diende ondertekend te worden door de deelnemers van het onderzoek om toestemming te geven voor hun deelname. Na toestemming worden de (persoons)gegevens van de deelnemers tien jaar bewaard binnen een beveiligde omgeving van Zuyd Hogeschool. Personen als de thesisbegeleider en toezichthoudende autoriteiten zoals bijvoorbeeld de Inspectie

Gezondheidszorg en Jeugd, kunnen ter controle inzage krijgen in de (persoons)gegevens van de deelnemers. Uiteraard houden zij deze gegevens geheim. Aan de hand van het doorlopen van de beslissing WMO-plichtig onderzoek (bijlage 3), kan geconcludeerd worden dat dit onderzoek niet WMO-plichtig is. Het dient niet doorgedragen te worden aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC), omdat er geen sprake is van medisch wetenschappelijk onderzoek en de deelnemers niet aan handelingen of gedragsregels onderworpen zijn.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die verkregen zijn door middel van focusgroepen. In totaal hebben zes focusgroepen plaatsgevonden van circa 50 minuten, waaraan in totaal 24 verpleegkundigen van de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie hebben deelgenomen die voldeden aan de inclusiecriteria. Er zijn twee verschillende categorieën bij de focusgroepen gehanteerd, nul tot en met vijf jaar en meer dan vijf jaar werkervaring op de desbetreffende afdeling, waardoor meer diepgang is aangebracht in de resultaten. De verkregen data werd zorgvuldig geanalyseerd. De bijbehorende codeboom is in bijlage 4 te vinden. Met behulp van de focusgroepen is inzicht verkregen in de meningen van verpleegkundigen omtrent Comfort Rounding en de randvoorwaarden voor een mogelijke implementatie ervan. De resultaten in dit hoofdstuk zijn onderverdeeld in deelonderwerpen, voortkomend vanuit de data-analyse.

3.1 Beperkte ervaringen Comfort Rounding

Uit de data-analyse is naar voren gekomen dat één verpleegkundige ervaring heeft met het concept Comfort Rounding vanuit een vorige werkervaring binnen Zuyderland. Dit betrof een pilot van Comfort Rounding op een geriatrische verpleegafdeling waaraan zij tijdelijk deelnam. Vijf van de 24 deelnemers hebben van Comfort Rounding gehoord en weten wat het concept inhoudt. Van deze vijf deelnemers hebben er vier minder dan vijf jaar werkervaring. Voor de overige negentien deelnemers was Comfort Rounding onbekend.

Deelnemer van de afdeling Algemene Chirurgie: “Nee, ik heb hier voorheen ook nog nooit van gehoord.”

3.2 Verschillende meningen Comfort Rounding

De meeste deelnemers gaven aan een positieve indruk te hebben over Comfort Rounding. Zij vinden het concept een goed idee met vele voordelen voor zowel de patiënten als de verpleegkundigen zelf. Een deelnemer gaf het volgende hierover aan:

Deelnemer van de afdeling Algemene Chirurgie: “Het is eigenlijk gewoon zo dat je ieder uur langs je patiënten gaat, je zorgt dat diegene goed in bed ligt, je zorgt dat diegene alles bij zich heeft en binnen handbereik heeft liggen. Ik denk inderdaad dat je daarmee je belgedrag een heel stukje omlaag kunt gaan brengen. Je zorgt dat diegene een beker water binnen handbereik heeft en dan hoeft die niet meer te bellen naar de verpleging. Ja, ik vind het wel heel goed.”

Regelmatig kwam naar voren dat Comfort Rounding voor een snellere signalering van risico's bij de patiënten kan zorgen. Andere deelnemers gaven aan dat Comfort Rounding ook voordelen zoals patiëntvriendelijkheid, minder belgebruik, minder valrisico's, meer klinische redeneren, een betere vertrouwensrelatie met de patiënt, een veilig gevoel voor de patiënt en een hogere eigen voldoening voor de verpleegkundigen met zich mee kan brengen. Door Comfort Rounding uit te voeren kan de psychosociale toestand van de patiënt in de gaten worden gehouden. Eén deelnemer gaf aan dat hierdoor vooruitgangen of achteruitgangen van de gemoedstoestand worden gemonitord waardoor medicatie eerder gestopt zou kunnen worden. Ook kunnen nieuwe medewerkers oefenen met klinisch redeneren door elk uur bij de patiënten langs te gaan, wat een bijdrage oplevert voor het team. Al deze benoemde factoren kunnen volgens de deelnemers een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg.

Deelnemer van de afdeling Algemene Chirurgie: “Ja, ik denk doordat je dus standaard ieder uur bij iedereen langsloopt, je inderdaad veel dingen eerder opmerkt.”

Sommige deelnemers zagen de voordelen van Comfort wel in, maar twijfelden of dit opweegt tegen de nadelen ervan. Deze deelnemers vroegen zich af of er genoeg tijd en personeel is voor een efficiënte uitvoering van Comfort Rounding.

Deelnemer van de afdeling Neurochirurgie: “Ik zie ook wel het voordeel hierin, maar als ik zie dat we soms in het weekend met drie mensen op de hele gang staan, weet ik niet of het haalbaar is om ieder uur echt die tijd te nemen voor iedere patiënt. Ja, het is meer dat ik me afvraag of het haalbaar is?”

Een aantal deelnemers zagen ook nadelen in het uitvoeren van Comfort Rounding. Voor zelfstandige patiënten kan het voor een opgelaten gevoel zorgen als elk uur een verpleegkundige binnenkomt met de vraag of zij nog iets kan betekenen voor hem of haar. Bij patiënten die juist heel claimend zijn kan het stimuleren tot het nog meer vragen van aandacht. Daarnaast verwachten een aantal deelnemers dat het uitvoeren van Comfort Rounding in de nacht kan leiden tot een verstoorde nachtrust van de patiënten. Ook gaven enkele deelnemers aan dat het voor een opgejaagd gevoel bij hen kan zorgen en mogelijk ook voor een verhoogde werkdruk.

Deelnemer van de afdeling Cardiologie: “Ja en het bevordert ook niet het dag/nachtritme doordat ze telkens wakker worden.”

De afgenomen focusgroepen van de afdeling Cardiologie laten zien dat de meeste deelnemers vinden dat Comfort Rounding al grotendeels wordt uitgevoerd binnen de afdeling. Zij zijn van mening dat dit onbewust gebeurt. Uit de focusgroepen van de andere twee afdelingen is dit niet gebleken. Een deelnemer van de afdeling Cardiologie gaf het volgende hierover aan:

“Ik denk dat we het al doen. Maar niet wij als verpleegkundigen, maar wij als alle disciplines in het ziekenhuis. Dus je hebt de voeding wat erlangs komt, je hebt de dokter, je hebt de verpleegkundigen, je hebt de zorgassistentes, je hebt de schoonmaakster.”

3.3 Huidige zorgverlening

In de focusgroepen werd de vraag gesteld hoe de verpleegkundigen de huidige zorgverlening ervaren. In het algemeen gaven de deelnemers aan tevreden te zijn over de kwaliteit van de huidige zorgverlening op de verpleegafdelingen. Wel is uit iedere focusgroep naar voren gekomen dat verbeteringen in de zorgverlening nodig zijn, vooral in de basiszorg. Zo vertellen meerdere deelnemers dat zij als verpleegkundigen niet zoals gewenst aan de basiszorg toekomen. Bepaalde elementen uit de basiszorg zoals mondzorg, haarverzorging, uiterlijke verzorging en nagelzorg worden vaak niet uitgevoerd. Een patiënt uitgebreid douchen is vaak ook niet mogelijk. Dit komt doordat veel andere taken gedaan dienen te worden en er regelmatig personeelstekorten zijn. Volgens hen dienen dus prioriteiten te worden gesteld om de patiënten toch zo goed mogelijk te kunnen verzorgen. Hierdoor moeten patiënten vaker wachten op zorgmomenten. Deelnemers gaven aan dit graag anders te zien. Zij zouden het liefst meer

aandacht aan de patiënten besteden door uitgebreider basiszorg te kunnen verlenen en de patiënten te vertroetelen.

Deelnemer van de afdeling Algemene Chirurgie: “Ik denk dat we wel hele goede zorg leveren, maar ten aanzien van basiszorg, bijvoorbeeld zoiets simpels als mondzorg, ja dat wordt gewoon onvoldoende gedaan denk ik. Een gebit schoonmaken, allemaal dat soort dingen. Maar ja, dat is wat we net al zeiden met de ADL, daar wil je meer aandacht aan besteden maar dat gaat dan niet omdat je pillen doet en omdat je van alles en nog wat zelf moet doen.”

Ook werd door een aantal deelnemers aangegeven dat in het leveren van persoonsgerichte zorg verbeteringen mogelijk zijn.

Deelnemer van afdeling Neurochirurgie: “Ja ik denk de zorg waarbij de mensen waar dat het hardst nodig is dat wel afgedwongen wordt. Ja er mag van mij nog wel wat meer aandacht naar de patiënt.”

In een aantal focusgroepen is gevraagd hoe de deelnemers patiëntveiligheid op de afdeling waarborgen. Als antwoord op deze vraag werden verschillende voorbeelden benoemd. Zo wordt veel aandacht besteed aan valpreventie door het inzetten van laag-laagbedden, het gebruik van posey-bedden en het gebruik van belsensoren. De medicatie wordt dubbel gecheckt en de verpleegkundigen werken vanuit protocollen. Een aantal deelnemers geven aan dat, ondanks alle goede maatregelen, de patiëntveiligheid wel een aandachtspunt blijft.

Deelnemer van afdeling Neurochirurgie: “Veiligheid zal altijd wel een puntje van aandacht blijven denk ik.”

Vooraf uit de focusgroepen van de afdeling Cardiologie blijkt dat er verschillen zijn in het verlenen van zorg op basis van werkervaring. De deelnemers die minder dan vijf jaar werkervaring hebben vinden dat de ervaren verpleegkundigen minder flexibel zijn tijdens het verlenen van zorg. Zij willen uitgebreid basiszorg leveren terwijl dat in de ogen van de minder ervaren verpleegkundigen niet altijd noodzakelijk is. De ervaren verpleegkundigen geven juist aan dat de minder ervaren verpleegkundigen minder aandacht hebben voor de basiszorg met als reden dat de huidige opleiding anders is. Daarnaast hebben de minder ervaren collega's volgens

de ervaren minder capaciteiten om prioriteiten te stellen waardoor wel eens wat gemist wordt in de zorgverlening.

3.4 Wisselende ervaring werkdruk

Uit de focusgroepen van de afdelingen Algemene Chirurgie en Neurochirurgie is gebleken dat de meerderheid van de deelnemers een hoge werkdruk ervaart op de verpleegafdelingen. Hiervoor werden verschillende oorzaken aangegeven. Op de afdeling Algemene Chirurgie gaven deelnemers aan dat de werkdruk is toegenomen door de uitzonderlijke situatie waarin ze zich momenteel bevinden, daarbij moeten dagelijks een à twee verpleegkundigen uithelpen op de COVID-afdeling. Ook gaven de deelnemers aan dat zij de afdeling over het algemeen als druk ervaren.

Deelnemer van de afdeling Algemene Chirurgie: “Voordat je hier komt werken moet je je daarvan bedacht zijn dat het hier gewoon een drukke afdeling is.”

Op de afdeling Neurochirurgie gaven de ervaren verpleegkundigen aan een hoge werkdruk te ervaren door een samenloop van een aantal factoren zoals een relatief klein aantal vast personeel, veel nieuwe medewerkers en leerlingen, de huidige COVID-situatie en een hoge zorgzwaarte.

Deelnemer van de afdeling Neurochirurgie: “Ik voel bij mij een hoge druk, omdat ik de langere gediplomeerde nog niet kan verlichten in hun druk, maar ik voel ook dat het wel begrepen wordt. Maar je voelt wel die druk en als je hun dan ook nog inderdaad gaat opzadelen met nieuwe leerlingen die ook weer ingewerkt moeten worden, dan krijgen zij een op een stapeling van verantwoordelijkheid.”

Op de afdeling Cardiologie wordt, in tegenstelling tot de andere afdelingen, aangegeven dat de werkdruk meevalt. De minder ervaren verpleegkundigen ervaren geen werkdruk en de ervaren verpleegkundigen ervaren een wisselende werkdruk. De minder ervaren verpleegkundigen zeggen dat zij hun werk meestal af krijgen en goed overzicht weten te houden. De ervaren verpleegkundigen ervaren soms een hoge werkdruk door complexe zorgverlening, personeelstekort en meer bijkomende taken. Volgens hen is de werkdruk wel vele malen hoger dan vroeger.

Deelnemer van de afdeling Cardiologie: “De werkdruk is wisselend, maar hij is wel hoger dan dat die vijf of tien jaar geleden was.”

3.5 Twijfels haalbaarheid Comfort Rounding

Tijdens de focusgroepen is gevraagd naar de mogelijke problemen die de deelnemers verwachten bij een mogelijke implementatie van Comfort Rounding. Een aantal belemmerende factoren die bij elke focusgroep naar voren kwamen zijn tijd en bezetting. Door de huidige COVID-situatie geven velen aan dat de druk op de zorg enorm is. Zij geven aan dat ieder uur Comfort Rounding uitvoeren hierdoor niet haalbaar zal zijn.

Deelnemer van de afdeling Neurochirurgie: “Want à één uur is gewoon niet haalbaar met de bezetting en de zorgswaarte hier op de afdeling.”

Andere belemmerende factoren die met regelmaat worden aangekaart zijn dat de bezetting tijdens de avond- en nachtdiensten te krap is voor de uitvoering van Comfort Rounding. Maar ook dat tijdens een avonddienst operatiepatiënten worden teruggehaald en mogelijk bezoek dat op de kamers aanwezig is. Deze punten maken het volgens veel deelnemers lastig om ieder uur basiszorg te leveren aan de patiënten.

Deelnemer van de afdeling Algemene Chirurgie: “Het ligt er natuurlijk ook een beetje aan bijvoorbeeld met een avonddienst dan ben je met twee of drie man aan een afdelingskant, dan is het natuurlijk wel lastiger denk ik. Als je met drie man de hele kant afgaat en dan nog patiënten terugkrijgt van OK, dan denk ik wel dat het lastig wordt om Comfort Rounding uit te voeren.”

Zoals eerder werd aangehaald worden de avond- en nachtdiensten als een belemmering gezien voor de uitvoering van Comfort Rounding. Eveneens tijdens de dagdiensten zien veel deelnemers mogelijke problemen bij een mogelijke implementatie ervan. Zo wordt met name de intensieve ochtendzorg benoemd. De uitvoering van de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) kost veel tijd en daarbij komen nog bijkomende taken zoals visite lopen en het verstrekken van medicatie. Over de haalbaarheid van Comfort Rounding in de weekenden werd gespeculeerd. Eén verpleegkundige gaf aan dat het haar juist haalbaar lijkt in het weekend doordat er dan minder bijkomstige taken zijn zoals het wegbrengen van patiënten

naar operaties en onderzoeken. Andere deelnemers lijkt het juist in de weekenden niet haalbaar doordat dan minder personeel en stagiaires aanwezig zijn.

Deelnemer van de afdeling Cardiologie: “Maar in een weekend is het heel krap hè, met personeel. Dan zijn er weinig leerlingen en andere disciplines.”

Ook weinig vast personeel wordt als een belemmerende factor gezien tijdens de dagdienst. Verder werd benoemd dat veel nieuw personeel nog niet bekwaam is voor de uitvoering van alle verpleegkundige taken. Het inwerken van dit personeel kost tijd en tevens komen daarbij de vele studenten die begeleiding nodig hebben. Dit wordt door veel deelnemers als extra druk en een mogelijk probleem gezien.

Deelnemer van de afdeling Neurochirurgie: “Ik denk dat de bezetting gewoon het grootste meespeelt. Als je gewoon altijd met genoeg gediplomeerd personeel staat dat ook van alles mag, dan heb je het ook al een stuk ruimer. Er lopen veel studenten en ik ben zelf net nieuw, dan loop je gewoon tegen heel veel dingen aan wat ook weer jammer is, want je bent 30 keer iemand aan het halen.”

Als laatste wordt het stukje veranderbaarheid door een aantal deelnemers aangekaart, zowel veranderbaarheid van het team als van het individu. De minder ervaren deelnemers van de afdeling Cardiologie verwachten moeilijkheden vanuit de ervaren verpleegkundigen, tijdens de mogelijke implementatie van Comfort Rounding. Zij geven aan dat niet iedereen openstaat voor veranderingen en dat met name de oudere verpleegkundigen hier moeite mee hebben omdat zij minder flexibel zijn.

Deelnemer van de afdeling Cardiologie: “Ja we zijn geen makkelijk team qua implementeren. We hebben vaker dingen geprobeerd te implementeren hè. Ik scheer niet iedereen over één kam, maar er zijn wel mensen die altijd de kont tegen de krib gooien en zeggen “wij doen hier niet aan mee” en “wat een onzin, wat is daar de meerwaarde van.”

3.6 Ideeën uitvoering Comfort Rounding

De deelnemers van de focusgroepen hebben hun ideeën over de mogelijke uitvoering van Comfort Rounding geschetst. Door veel deelnemers werden dezelfde ideeën aangehaald. Wat met regelmaat naar voren kwam, was dat Comfort Rounding elk uur niet haalbaar lijkt waardoor men met het idee kwam om Comfort Rounding elke twee uur uit te voeren. Omdat er erg grote verschillen zijn in de patiëntencategorieën op de afdelingen en de bijbehorende zorgzwaarte, werd het idee aangehaald om Comfort Rounding uit te voeren afhankelijk van de behoeften en zorgzwaarte van de patiënt.

Deelnemer van de afdeling Neurochirurgie: “Maar je kunt ook met de patiënt overleggen dan en zelf afspraken maken van “Wij doen dit nu wel, maar vindt u het fijn? Of zegt u van nou u mag wel om de twee uur komen. Vindt u dat fijn of prettig?”. Dus wat de patiënt zelf fijn vindt. Dat kun je ook bijstellen op die manier aan de hand van de behoefte van de patiënt. Met name de zelfstandigen patiënten dan.”

Dit kan bij opname overlegd worden met de patiënt, indien mogelijk. Mogelijk heeft een zelfstandige patiënt minder behoefte aan die extra aandacht elk uur, volgens de deelnemers. Op alle drie de afdelingen duurt de ochtendzorg tot ongeveer 10.00 uur. Tijdens deze ochtendzorg is het niet mogelijk om elk uur bij alle patiënten naar binnen te gaan om hen van basiszorg te voorzien, volgens de deelnemers. Hieruit kwam het idee voort om Comfort Rounding daarom te starten vanaf 10.00 uur. Ook werd door de meeste deelnemers gezegd dat het belangrijk is om taken uit handen te geven om Comfort Rounding te kunnen implementeren. Hierbij kunnen andere niveaus zoals verzorgenden of helpenden, maar ook leerlingen een rol spelen. De observaties die zij doen worden dan teruggekoppeld aan de verantwoordelijke verpleegkundige. Andere disciplines zoals voedingsassistentes of artsen kunnen ook heel simpel bijdragen aan Comfort Rounding door te observeren en communiceren. Een simpele vraag als “kan ik nog iets voor u betekenen” kan al voldoende aandacht zijn voor de patiënt.

Deelnemer van de afdeling Cardiologie: “Ook de verzorgenden spelen hier een rol in. Stel je voor wij als verpleegkundigen worden gebeld of moeten nog een andere verpleegtechnische handeling uitvoeren, dan kan een verzorgende ook die rol een beetje op zich nemen en misschien die extra tijd aan de patiënt geven.”

Een ander idee dat werd geschetst is om de uitvoering van Comfort Rounding mee te nemen in de dagelijkse structuur.

Deelnemer van de afdeling Neurochirurgie: “We hebben onze standaard dingen. ’s Morgensvroeg is dan sowieso de zorg aan bed. Daarna heb je nog eens de medicijnen en kom je alweer binnen. Dan heb je nog eens eventuele controles die je moet uitvoeren om de zoveel uur, dus dat valt dan ook weg omdat je dan ook al binnen bent. Zo heb je al een aantal rondjes per dag minder. De maaltijden drie keer per dag, kun je ook als een moment van Comfort Rounding pakken, waarbij je die vragen nog eens stelt.”

Overige ideeën waren nog om patiënten aan verpleegkundigen toe te wijzen voor de uitvoering van Comfort Rounding. Hierbij is het volgens de deelnemers van de afdeling Algemene Chirurgie wenselijk dat dit met minder patiënten gebeurt dan waarover zij tegenwoordig verantwoordelijkheid hebben. Zo behouden zij duidelijk overzicht over de patiënten waar zij verantwoordelijk voor zijn. Omdat de deelnemers van de afdeling Cardiologie van mening zijn dat Comfort Rounding reeds (gedeeltelijk) onbewust wordt uitgevoerd, kwam vanuit hen het idee om eens een checklist op te hangen waarop iedereen afvinkt als hij of zij op de patiëntenkamer is geweest met de reden van binnenkomst. Zo krijgt men een indruk van de huidige uitvoering van Comfort Rounding.

Deelnemer van de afdeling Cardiologie: “Ik zou voor de gekke jen al eens een checklist ophangen dat iedereen moet vinken als die die kamer op is gelopen en dan eens kijken, gemiddeld over acht uur verdeeld, zodat je een indruk van krijgt hoe vaak er eigenlijk iemand een kamer oploopt.”

3.7 Randvoorwaarden uitvoering Comfort Rounding

Als laatste werd het onderdeel randvoorwaarden aangehaald tijdens de focusgroepen. Aan de deelnemers werd gevraagd wat zij nodig zouden hebben voor een mogelijke implementatie van Comfort Rounding. Hetgeen dat het meest werd aangehaald waren meer personeel om Comfort Rounding uit te voeren en een vast aanspreekpunt dat het concept introduceert en vragen van verpleegkundigen kan beantwoorden. Deelnemers gaven aan dat een werkgroep met enthousiaste medewerkers een bijdrage kan leveren. Een scholing en klinische lessen waarbij eenduidige informatie wordt gegeven over de uitvoering van het concept zijn ook wenselijk.

Deelnemer van de afdeling Algemene Chirurgie: “Een paar punten die je nagaat en aan het begin van de implementatie daarvoor misschien een aftekenlijst maken en het krijgen van goede klinische lessen.”

De deelnemers gaven aan dat dit vooral nodig zal zijn voor de lager-opgeleiden die een rol zouden kunnen spelen bij de uitvoering van Comfort Rounding. Als gebruik wordt gemaakt van meerdere disciplines en niveaus bij de uitvoering van Comfort Rounding, verlangen de verpleegkundigen een duidelijke onderlinge communicatie naar hen toe zodat zij een volledig beeld hebben van hun patiënten. Tevens werd aangegeven dat regelmatige evaluatiemomenten wenselijk zijn om mogelijke knel- en verbeterpunten aan te kaarten. Twee andere randvoorwaarden zijn het hanteren van een aftekenlijst als men de patiëntenkamers binnengaat en een handleiding met uitleg over het concept Comfort Rounding, waardoor houvast wordt gecreëerd. In deze handleiding wordt onder andere de essentie van het concept duidelijk uitgewerkt zodat de verpleegkundigen weten hoe en waarom zij het dienen uit te voeren.

Deelnemer van de afdeling Cardiologie: “Dan denk ik dat ik weer terugkom op jou dat er gewoon eerst een “waarom” of een “hoezo” en duidelijke uitleg gegeven moet worden waarom.”

De deelnemers gaven aan dat elkaar aanspreken en onderlinge afspraken maken ook kan bijdragen aan een succesvolle uitvoering. Als laatste werd genoemd dat er behoefte is om Comfort Rounding te introduceren middels een pilot. Zo kunnen de verpleegkundigen ervaringen opdoen en kennis maken met het concept. Vanuit hier kunnen eventuele aanpassingen ter verbetering van de uitvoering van het concept worden verricht.

Deelnemer van de afdeling Neurochirurgie: “Ik denk aan de hand van een pilot, dus als je het gaat uitvoeren, dat je uiteindelijk ook dingen kunt aanpassen daaraan. Dat je misschien op andere dingen kunt komen wat kan helpen tijdens het uitvoeren van Comfort Rounding of misschien een andere manier. Dan kun je pas echt gaan evalueren of het op een andere manier moet gaan of dat wij nog iets nodig hebben om het uit te kunnen voeren. Ik denk dat je daar pas echt achter komt als je het daadwerkelijk gaat uitvoeren.”

4. Discussie & Conclusie

In de discussie wordt de literatuur in relatie gebracht met de verkregen resultaten en worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek onderbouwd. Tevens worden hier implicaties van het onderzoek besproken. In de conclusie wordt antwoord gegeven op de centrale vraagstelling.

4.1 Discussie

Uit de resultaten is gebleken dat de meeste deelnemers open staan voor de mogelijke implementatie van Comfort Rounding. De deelnemers gaven aan het een goed concept te vinden voor zowel de patiënten als voor de verpleegkundigen zelf. Volgens hen kan Comfort Rounding leiden tot een snellere signalering, minder belgebruik, een vertrouwensrelatie, meer veiligheid en een hogere eigen voldoening voor de verpleegkundigen. Echter twijfelde sommige deelnemers of de voordelen opwegen tegen de nadelen zoals een verstoorde dag/nacht ritme en een opgelaten gevoel wat mogelijk kan leiden tot een hogere werkdruk voor de verpleegkundigen. Om Comfort Rounding mogelijk te kunnen implementeren op de verpleegafdelingen gaven de deelnemers onder andere aan meer tijd en personeel, klinische lessen, een duidelijke handleiding en een pilot nodig te hebben.

Een studie van Butler et al. (2019) toont aan dat een verpleegkundig personeelstekort in directe relatie staat met de kwaliteit van de werkomgeving op de verpleegafdelingen en de kwaliteit van de geleverde patiëntenzorg. De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat deelnemers van twee van de drie verpleegafdelingen een structureel personeelstekort ervaren. Deelnemers gaven aan dat een hoge werkdruk door het tekort aan personeel tot een vermindering van de kwaliteit van zorg leidt. Door de werkdruk kunnen de verpleegkundigen minder snel risico's signaleren wat de patiëntveiligheid kan schaden. Literatuur laat zien dat het uitvoeren van persoonsgerichte zorg in ziekenhuizen vaak wordt belemmerd (Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019). Echter gaven de deelnemers van de focusgroepen aan bewust bezig te zijn met persoonsgerichte zorg. Er wordt volgens hen vooral aandacht besteed aan de wensen en behoeften van de patiënten. Volgens Kirk & Kane (2016) leidt Comfort Rounding tot een verhoogde patiënttevredenheid. Tijdens de focusgroepen werd door de deelnemers als voordeel van Comfort Rounding ook aangegeven dat het volgens hen tot een verhoogde patiënttevredenheid leidt, doordat extra aandacht aan de patiënt besteed wordt. Tevens is gebleken dat gediplomeerde verpleegkundigen vaak aangaven

de basiszorg niet volledig te kunnen uitvoeren door een gebrek aan tijd en personeel (Ball et al., 2014). Ook dit onderzoek toont aan dat basiszorg niet of onvolledig wordt uitgevoerd op de verpleegafdelingen door veel bijkomende taken en een tekort aan personeel, wat tot consequenties van de kwaliteit van de zorg leidt. Fabry (2015) geeft aan dat de verpleegkundige werkdruk verlaagd kan worden middels Comfort Rounding. Echter, tijdens de focusgroepen waren niet alle deelnemers ervan overtuigd dat Comfort Rounding tot een verlaging van de werkdruk kan leiden. Enkele deelnemers verwachtten juist dat de werkdruk zou toenemen bij de invoering van Comfort Rounding. Om dit te kunnen ervaren en evalueren werd door de deelnemers voorgesteld om eerst een pilot te doen.

Tijdens het onderzoek hebben zich een aantal beperkingen voorgedaan. Zo bestond één afgenomen focusgroep maar uit drie deelnemers in plaats van vier deelnemers zoals was voorgenomen. Omdat een andere focusgroep onverwacht uit vijf deelnemers bestond, is toch aan het totale minimale aantal deelnemers voldaan. De focusgroepen zijn onder werktijd uitgevoerd. Door de huidige drukte op de afdelingen hebben niet alle focusgroepen aan de beoogde duur voldaan. Bij sommige focusgroepen is dit ten koste gegaan van het doorvragen waardoor minder data is verzameld dan gewenst. Ondanks deze beperking kon met de huidige verzamelde data een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag. Enkele focusgroepen werden tussendoor verstoord of deelnemers moesten het gesprek tijdelijk verlaten door een voorval op de afdeling, wat ook van invloed is geweest op de verzamelde hoeveelheid data. Voorafgaand aan de focusgroepen was voorgenomen om alle focusgroepen te laten observeren door een mede-onderzoeker. Echter, omdat van te voren geen duidelijk tijdstip gepland kon worden om de focusgroepen uit te voeren in verband met de wisselende drukte, was dit uiteindelijk niet mogelijk. Een algemeen nadeel van focusgroepen is dat de deelnemers mogelijk sociaal wenselijke antwoorden geven omdat zij hun meningen in een groep dienen te laten horen en hiermee niet helemaal eerlijk durven te zijn. Ook bij de gehouden focusgroepen van dit onderzoek kan dit van invloed zijn geweest op de verkregen antwoorden. Ter introductie van de focusgroepen werd aan de deelnemers theoretische uitleg gegeven over het concept Comfort Rounding, waarin ook bevindingen van eerder onderzoek werden toegelicht. Ook dit is mogelijk van invloed geweest op de verkregen antwoorden van de deelnemers.

Er is gekozen voor het dubbel coderen van alle focusgroepen wat heeft bijgedragen aan de betrouwbaarheid van de data-analyse. De focusgroepen zijn verdeeld in werkervaring omdat verpleegkundigen met veel werkervaring vaker op de voorgrond treden, waardoor de minder ervaren verpleegkundigen hun stem minder durven te laten horen. Focusgroepen zijn een goede methodiek om deelnemers gedachten met elkaar te laten uitwisselen. Bij focusgroepen wordt namelijk gediscussieerd, stellen deelnemers vragen aan elkaar en moeten zij hun standpunten beargumenteren. Deze dynamiek kan niet in een individueel interview verkregen worden. Bovengenoemde sterke punten hebben bijgedragen aan de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

Vanuit de resultaten is inzicht verkregen in de veranderbaarheid van de deelnemers, doordat de aspecten ‘willen, moeten en kunnen’ van het DINAMO-model zijn verwerkt in de topiclijst van de focusgroepen. Het aspect ‘willen’ lijkt aanwezig te zijn. Alle deelnemers hebben een positieve mening over Comfort Rounding en de meeste van hen geven aan open te staan voor een mogelijke implementatie ervan. Echter geven een aantal minder ervaren deelnemers aan dat de ervaren verpleegkundigen minder flexibel zijn en hoogstwaarschijnlijk niet openstaan voor de implementatie van Comfort Rounding. De deelnemende verpleegkundigen geven aan dat verbeteringen mogelijk zijn in de huidige (basis)zorgverlening. Aangezien Comfort Rounding verbetering in de huidige zorgverlening kan aanbrengen is het aspect ‘moeten’ ook aan bod gekomen. Om het aspect ‘kunnen’ te realiseren hebben de deelnemers randvoorwaarden aangegeven tijdens de focusgroepen. Deze randvoorwaarden helpen hen bij het kunnen uitvoeren van Comfort Rounding.

Men verwacht dat een mogelijke implementatie van Comfort Rounding de zorg op de desbetreffende afdelingen doet veranderen. Zo zijn de verwachtingen dat Comfort Rounding zal leiden tot het leveren van meer persoonsgerichte zorg waardoor de patiënttevredenheid toeneemt. Doordat de verpleegkundigen positieve meningen hebben ten opzichte van Comfort Rounding wordt aanbevolen om het concept op de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie te implementeren middels een pilot. Hierbij dienen wel aan verschillende randvoorwaarden voldaan te worden. Voordat Comfort Rounding daadwerkelijk geïmplementeerd zal worden op de afdelingen dient eerst verder onderzoek gedaan te worden in

welke mate de verpleegkundigen momenteel al onbewust Comfort Rounding uitvoeren. Middels dit vervolgonderzoek kan Comfort Rounding op een gerichte manier worden geïmplementeerd.

4.2 Conclusie

Concluderend kan worden gezegd dat de verpleegkundigen van de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie openstaan voor een mogelijke implementatie van het concept Comfort Rounding. De deelnemende verpleegkundigen zien zowel voordelen als nadelen van Comfort Rounding in. Volgens hen kan Comfort Rounding leiden tot een hogere patiënttevredenheid en verpleegkundige tevredenheid doordat er persoonsgerichter te werk wordt gegaan, een snellere signalering van veranderingen bij patiënten plaatsvindt en het vertrouwen vanuit de patiënt toeneemt. Echter twijfelt het merendeel van de deelnemers over de haalbaarheid van Comfort Rounding door een gebrek aan personeel en tijd. Om Comfort Rounding te laten implementeren op de verpleegafdelingen suggereren verpleegkundigen om het concept elke twee uur te laten uitvoeren, omdat het structureel ieder uur uitvoeren voor hen niet haalbaar lijkt in de huidige zorgverlening. Daarnaast werd het idee aangehaald om Comfort Rounding 's nachts niet uit te voeren omdat dit voor een verstoorde nachtrust voor de patiënten kan zorgen. Eveneens vinden de verpleegkundigen dat patiëntgebonden gekeken dient te worden tijdens de uitvoering van Comfort Rounding. Andere disciplines en lager-opgeleiden kunnen volgens hen ook ondersteunen in de uitvoering van Comfort Rounding. De randvoorwaarden die de deelnemende verpleegkundigen nodig hebben om Comfort Rounding te laten implementeren zijn meer personeel, een vast aanspreekpunt, werkgroep over het concept, een scholing en klinische lessen vooral voor de lager-opgeleiden, eenduidige onderlinge communicatie, evaluatiemomenten, aftekenlijsten, een handleiding en een pilot.

5. Advies & Inbedding

Naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek op de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie met betrekking tot de centrale vraagstelling, zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen. Als eerste wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de mate waarin Comfort Rounding momenteel al onbewust wordt uitgevoerd door de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen. Omdat een aantal deelnemers aangaven dat zij denken Comfort Rounding reeds onbewust uit te voeren, is het wenselijk om de huidige structuur van de zorgverlening in kaart te brengen. Dit kan middels observaties of afvinklijsten waarbij alle personen die een patiëntenkamer binnengaan opschrijven hoe laat en met welke reden zij naar binnen gaan. Daarnaast kan hierop worden aangegeven welke zorg zij uiteindelijk geleverd hebben. Dit gebeurt gedurende vier weken. Middels dit vervolgonderzoek kan de huidige situatie omtrent de uitvoering van Comfort Rounding gericht in kaart worden gebracht en tevens kan een stuk bewustwording gecreëerd worden. Met deze resultaten kan een uitgebreid, volledig advies worden gegeven aan de praktijk over de implementatie.

Omdat de deelnemende verpleegkundigen overwegend positief tegenover Comfort Rounding staan, wordt aanbevolen om na het bovengenoemde vervolgonderzoek de implementatie ervan te starten aan de hand van een pilot. Er wordt geadviseerd om Comfort Rounding twee weken lang op de drie verpleegafdelingen structureel ieder uur uit te voeren aan de hand van het eerdergenoemde 4P-model. Dit gebeurt van 10:00 uur tot 22.00 uur waardoor de drukke ochtendzorg wordt vermeden en de nachtrust van de patiënten niet wordt verstoord. Er is bewust gekozen om Comfort Rounding ieder uur uit te voeren gedurende de pilot, ondanks dat de meeste deelnemers aangaven dat het meer haalbaar lijkt om Comfort Rounding elke twee uur uit te voeren. Omdat maar één deelnemer ervaring heeft met Comfort Rounding wilt men eerst kijken of elk uur Comfort Rounding uitvoeren daadwerkelijk niet haalbaar is. Aan deze pilot doen alle verpleegkundigen, verpleegkundigen in opleiding, verzorgenden en helpenden van de verpleegafdelingen mee, indien zij hiermee instemmen. Andere disciplines worden niet betrokken bij de pilot, aangezien andere disciplines niet frequent op de afdelingen aanwezig zijn. Andere disciplines kunnen verpleegkundigen wel ondersteunen bij de uitvoering van Comfort Rounding, maar het zelf niet ieder uur uitvoeren. Deze pilot wordt opgestart door een werkgroep waaraan van elke afdeling één verpleegkundige deelneemt. Deze deelnemende verpleegkundigen

introduceren het concept op hun eigen afdeling en zijn hier het centrale aanspreekpunt waar de verpleegkundigen van de bijbehorende afdeling terecht kunnen voor vragen. Dit aanspreekpunt geeft ook sturing aan de verpleegkundigen, waar nodig. Voorafgaand aan de uitvoering van de pilot krijgen de deelnemers éénmalig een klinische les over Comfort Rounding waarin uitleg wordt gegeven over de betekenis, ervaring en praktische vormgeving ervan. Zij krijgen allemaal een handleiding waarin het concept nogmaals duidelijk staat uitgewerkt en de essentie wordt uitgelegd. Bij de uitvoering van de pilot worden aftekenlijsten gehanteerd. Deze hangen op de patiëntenkamers en hierop kan worden aangegeven op welk tijdstip een zorgverlener naar binnengaat en welke zorg zij dan heeft verleend. Middels deze pilot kunnen alle deelnemers ervaring opdoen met Comfort Rounding waardoor een beeld kan worden verkregen over de uitvoering ervan. Met deze nieuwe inzichten kan na de pilot geëvalueerd worden over de belemmerende en bevorderende factoren, waardoor de kans van slagen van Comfort Rounding groter is. Omdat tijdens het onderzoek een gebrek aan tijd en personeel als mogelijke belemmerende factor werd aangegeven, is het belangrijk om deze punten uitgebreid te evalueren aan het einde van de pilot. Vanuit hier kunnen eventueel nieuwe randvoorwaarden gesteld worden of andere aanpassingen aan het concept gedaan worden. Wel wordt geadviseerd om deze pilot pas te starten als de COVID-zorg in het ziekenhuis minder hectisch is en de rust onder het personeel op de afdelingen wat meer is wedergekeerd. Zo kan de juiste aandacht aan de pilot worden besteed voor een beter resultaat.

Tevens wordt aanbevolen om na het uitvoeren van de pilot de DINAMO-quickscan (bijlage 5) af te nemen bij de deelnemers van de pilot. Omdat veranderbaarheid niet de essentie van dit onderzoek was, is maar beperkt inzicht verkregen in de veranderbaarheid van de verpleegkundigen. Door het afnemen van de DINAMO-quickscan kan uitgebreid worden geëvalueerd of de verpleegkundigen van de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie veranderbaar genoeg zijn voor een daadwerkelijke implementatie van Comfort Rounding. Hiermee kan, indien nodig, eerst ingezet worden op een veranderstrategie voordat Comfort Rounding geïmplementeerd wordt. Bij het afnemen van de DINAMO-quickscan dient extra aandacht te worden besteed aan het aspect ‘willen’ omdat door een aantal minder ervaren deelnemers werd aangegeven dat de ervaren verpleegkundigen minder flexibel zijn en hoogstwaarschijnlijk niet openstaan voor de implementatie van Comfort Rounding.

Literatuurlijst

Autoriteit Persoonsgegevens. (z.d.). *Introductie AVG*. Geraadpleegd op 10 maart 2021, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/algemene-informatie-avg/algemene-informatie-avg>

Baarda, B. (2014). *3.4 Wat is een goede opzet voor een interview of enquête? Dit is onderzoek!* (pp. 105-106). Groningen, Nederland: Noordhoff.

Ball J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2014 Feb;23(2):116-25. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767. Epub 2013 Jul 29. PMID: 23898215; PMCID: PMC3913111.

Beldhuis, E. & Olde Engberink, M. (2017). *Complexiteit in de verpleegkundige zorg*. Geraadpleegd op 20 februari 2021, van <https://essay.utwente.nl/72994/1/Bachelorscriptie%20Complexiteit%20in%20verpleegkundige%20zorg%20Eline%20Beldhuis%20en%20Monique%20Olde%20Engberink.pdf>

Blakley, D., Kroth, M. & Gregson, J. (2011). *The impact of nurse rounding on patient satisfaction in a medical-surgical hospital unit*. *Medsurg Nurs.* 2011 Nov-Dec;20(6):327-32. PMID: 22409118.

Boom. (z.d.). *Komen tot veranderbereidheid met het DINAMO-model*. Geraadpleegd op 13 maart 2021, van <https://www.boomstrategie.nl/komen-tot-veranderbereidheid-met-het-dinamo-model>

Bourgault, A. M., King, M. M., Hart, P., Campbell, M. J., Swartz, S. & Lou, M. (2008). Circle of excellence. *Does regular rounding by nursing associates boost patient satisfaction?* *Nurs Manage.* 2008 Nov;39(11):18-24. doi: 10.1097/01.NUMA.0000340814.83152.35. PMID: 19155849.

Broersma, A. (2018). *AVG, wat moet je ermee?* [SpringerLink]. Geraadpleegd op 10 maart 2021, van <https://link.springer.com/article/10.1007/s12454-018-0039-9>

Brose, L. A. & March, K. S. (2015). *Effectiveness of structured hourly nurse rounding on patient satisfaction and clinical outcomes*. *J Nurs Care Qual.* 2015 Apr-Jun;30(2):153-9. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000086. PMID: 25237791.

Butler, M., Schultz, T. J., Halligan, P., Sheridan, A., Kinsman, L., Rotter, T., Beaumier, J., Kelly, R. G. & Drennan, J. (2019). *Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes*. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Apr 23;4(4):CD007019. doi: 10.1002/14651858.CD007019.pub3. PMID: 31012954; PMCID: PMC6478038.

Carlesi, K. C., Padilha, K. G., Toffoletto, M. C., Henriquez-Roldán, C. & Juan, M. A. (2017). *Patient Safety Incidents and Nursing Workload*. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017 Apr 6;25:e2841. doi: 10.1590/1518-8345.1280.2841. PMID: 28403334; PMCID: PMC5396482.

- Christiansen, A., Coventry, L., Graham, R., Jacob, E., Twigg, D. & Whitehead, L. (2018). *Intentional rounding in acute adult healthcare settings: A systematic mixed-method review*. J Clin Nurs. 2018 May;27(9-10):1759-1792. doi: 10.1111/jocn.14370. PMID: 29603820.
- De Veer, A. J. E. (2016). *Zorgverlener klaar voor complexere zorgvraag*. Geraadpleegd op 20 februari 2021, van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/zorgverlener-klaar-voor-complexere-zorgvraag>
- Department of Health (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public enquiry*. London, UK: Department of Health.
- Dingemanse, K. (2019). *Ultiem stappenplan voor het coderen van interviews*. Geraadpleegd op 10 maart 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/>
- Douma, Q.M., Jongen, J.T., Scholten, E.P. & Huisman-De Waal, G. (2018). *Hourly rounding: De ervaringen van verpleegkundigen*. TVZ **128**, 32–35. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/s41184-018-0013-x>
- Engels, J., Vermunt, P., Leers, E. & Spanbroek, M. (2017). *Persoonsgerichte zorg, hoe pak je het aan en wat levert het op?*. Ned Tijdschr Evid Based Pract **15**, 19–22. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/s12468-017-0030-8>
- Esmaeili, M., Ali Cheraghi, M. & Salsali M. (2013). *Barriers to patient-centered care: a thematic analysis study*. Int J Nurs Knowl. 2014 Feb;25(1):2-8. doi: 10.1111/2047-3095.12012. Epub 2013 Nov 13. PMID: 24467836.
- EUPATIE. (z.d.). *Exclusiecriteria, uitsluitingscriteria*. Geraadpleegd op 9 maart 2021, van <https://toolbox.eupati.eu/glossary/exclusiecriteria-uitsluitingscriteria/?lang=nl>
- Fabry, D. (2015). *Hourly rounding: perspectives and perceptions of the frontline nursing staff*. J Nurs Manag. Mar;23(2):200-10. doi: 10.1111/jonm.12114. Epub 2015 Jan 20. PMID: 24438446.
- Flowers, K., Wright, K., Langdon, R., McIlwrath, M., Wainwright, C. & Johnson, M. (2016). *Intentional rounding: facilitators, benefits and barriers*. J Clin Nurs. 2016 May;25(9-10):1346-55. doi: 10.1111/jocn.13217. Epub 2016 Mar 30. PMID: 27028974.
- Ganz, F. D. & Yoffe, F. (2012). *Intensive care nurses' perspectives of family-centered care and their attitudes toward family presence during resuscitation*. J Cardiovasc Nurs. 2012 May-Jun;27(3):220-7. doi: 10.1097/JCN.0b013e31821888b4. PMID: 21743347.
- Gardner, G., Woollett, K., Daly, N. & Richardson, B. *Measuring the effect of patient comfort rounds on practice environment and patient satisfaction: a pilot study*. Int J Nurs Pract. 2009 Aug;15(4):287-93. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01753.x. PMID: 19703045.

Gijssen, R. & Limburg, W. (2016). *Trend in ligduur*. Geraadpleegd op 20 februari 2021, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/trend-gebruik#node-trend-ligduur>

Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., James, L., Jones, J. & Recio-Saucedo, A. (2014). *The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements*. Southampton (UK): National Nursing Research Unit, University of Southampton, 2014:1-31.

Harrington, A., Bradley, S., Jeffers, L., Linedale, E., Kelman, S. & Killington G. (2013). *The implementation of intentional rounding using participatory action research*. Int J Nurs Pract. 2013 Oct;19(5):523-9. doi: 10.1111/ijn.12101. Epub 2013 Jul 8. PMID: 24093744.

Harris, R., Sims, S., Leamy, M., Levenson, R., Davies, N., Brearley, S., Grant, R., Gourlay, S., Favato, G. & Ross, F. (2019). *Intentional rounding in hospital wards to improve regular interaction and engagement between nurses and patients: a realist evaluation*. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2019 Oct. PMID: 31609565.

Harris, R., Sims, S., Levenson, R., Gourlay, S., Ross Cbe, F., Davies, N., Brearley, S., Favato, G. & Grant, R. (2017). *What aspects of intentional rounding work in hospital wards, for whom and in what circumstances? A realist evaluation protocol*. BMJ Open. 2017 Jan 9;7(1):e014776. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014776. PMID: 28069627; PMCID: PMC5223681.

Johnson, B. C. & Bryant, L. (2020). *Call Bell Usage: Tracking the Effect of Hourly Staff Rounding*. Clin J Oncol Nurs. 2020 Jun 1;24(3):328-330. doi: 10.1188/20.CJON.328-330. PMID: 32441687

Kaljouw, M. & Van Vliet, K. *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Zorginstituut Nederland; 2015 10-04-15.

Kirk, K. & Kane, R. (2016). *A qualitative exploration of intentional nursing round models in the emergency department setting: investigating the barriers to their use and success*. J Clin Nurs. 2016 May;25(9-10):1262-72. doi: 10.1111/jocn.13150. Epub 2016 Mar 16. PMID: 26991733.

Kitson, A. L., Muntlin Athlin, A. & Conroy, T. (2014). *Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs*. J Nurs Scholarsh. 2014 Sep;46(5):331-9. doi: 10.1111/jnu.12081. Epub 2014 Apr 23. PMID: 24758508.

Kiwanuka, F., Shayan, S. J. & Tolulope, A. A. (2019). *Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review*. Nurs Open. 2019 Mar 28;6(3):676-684. doi: 10.1002/nop2.253. PMID: 31367389; PMCID: PMC6650666.

Krepper, R., Vallejo, B., Smith, C., Lindy, C., Fullmer, C., Messimer, S., Xing, Y. & Myers, K. (2014). *Evaluation of a standardized hourly rounding process (SHaRP)*. J Healthc Qual. 2014 Mar-Apr;36(2):62-9. doi: 10.1111/j.1945-1474.2012.00222.x. Epub 2012 Dec 13. PMID: 23237186.

Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde. (2016). *Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde* | BN 2020. Geraadpleegd op 13 maart 2021, van <http://www.loov2020.nl/bn-2020/>

Lucassen, P. L. B. J. & Olde Hartman, T. C. (2007). *Kwalitatief onderzoek; Praktische methoden voor de medische praktijk* [SpringerLink]. Geraadpleegd op 9 maart 2021, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2F978-90-313-6373-5.pdf>

Maastricht UMC+. (z.d.). *Het Maastricht UMC+*. Geraadpleegd op 21 februari 2021, van <https://www.mumc.nl/over-mumc/het-maastricht-umc>

Male van, J. (2016). *Methoden en technieken in kwalitatief onderzoek*. *Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek*, 16(2). Geraadpleegd van https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-16-2-6/Methoden-en-technieken-in-kwalitatief-onderzoek

Maurits, E. E. M., De Veer, A. J. E. & Francke, A. L. (2015). *Competenties in een veranderende gezondheidszorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en Praktijkondersteuners*. Geraadpleegd op 23 februari 2021, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-competenties-in-veranderende-zorg.pdf>

Maurits, E. E. M., De Veer, A. J. E. & Francke, A. L. (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg: ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Geraadpleegd op 21 februari 2021, van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/inspelen-op-veranderingen-de-zorg-ervaringen-van-verpleegkundigen-verzorgenden>

Metselaar, E. E. (1997). *Assessing the willingness to change; Construction and validation of the DINAMO*. Geraadpleegd op 13 maart 2021, van <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/42170160/complete+dissertation.pdf>

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M. & Wolf, A. (2017). *Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts*. *Scand J Caring Sci*. 2017 Dec;31(4):662-673. doi: 10.1111/scs.12376. Epub 2017 Nov 8. PMID: 27859459; PMCID: PMC5724704.

Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. Geraadpleegd op 10 maart 2021, van <https://www.vsnu.nl/files/documenten/Nederlandse%20gedragscode%20wetenschappelijke%20integriteit%202018.pdf>

Nivel. (2011). *1011 verschillen in kwaliteit van zorg te groot in Nederland. Zorg en financiering*, 10(7), 97-98. <https://doi.org/10.1007/s12513-011-0882-z>

Nivel. (2017). Dossier; Patiëntveiligheid. Geraadpleegd op 5 maart 2021, van <https://www.nivel.nl/nl/dossier-patientveiligheid>
Nivel. *Onderzoeksprogramma 2014-2017*. Utrecht: Nivel; 2014 Augustus 2014.

Nursing. (2016). *Verpleegkundige maakt fouten door hoge werkdruk*. Geraadpleegd op 5 maart 2021, van <https://www.nursing.nl/verpleegkundige-maakt-fouten-door-hoge-werkdruk/>

Pentecost, C., Frost, J., Sugg, H. V. R., Hilli, A., Goodwin, V. A. & Richards, D. A. (2020). *Patients' and nurses' experiences of fundamental nursing care: A systematic review and qualitative synthesis*. J Clin Nurs. 2020 Jun;29(11-12):1858-1882. doi: 10.1111/jocn.15082. Epub 2019 Nov 19. PMID: 31661591; PMCID: PMC7319357.

Plochg, T., Juttman, R. E., Klazinga, N. S. & Mackenbach, J. P. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Geraadpleegd op 9 maart 2021, van <https://books.google.com/books?hl=nl&lr=&id=kl5QBCFpvN4C&oi=fnd&pg=PA77&dq=kwalitatief+onderzoek&ots=eTM4INDrZG&sig=6HRuNYVEQgwxK2PZ5ozp8oeMaug>

Raats, I. (2019). *Handleiding Focusgroepen*. Geraadpleegd op 10 maart 2021, van https://participatiekompas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april_-tg.pdf.

Reijerse, I. T. J. M. (2015). *Hoe houden we de verpleegkundigen op de been?* Geraadpleegd op 20 februari 2021, van <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/324042/Reyrese%2C%20Ilona%20-%20MT.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A. & Frost, J. (2018). *Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene*. J Clin Nurs. 2018 Jun;27(11-12):2179-2188. doi: 10.1111/jocn.14150. Epub 2018 Jan 10. PMID: 29156087; PMCID: PMC6001513.

Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *De impact van vergrijzing*. Geraadpleegd op 21 februari 2021, van [https://www.vtv2018.nl/impact-van-de-vergrijzing#:~:text=Door%20de%20vergrijzing%20zal%20de,de%20informele%20zorg%20\(mantelzorg\)](https://www.vtv2018.nl/impact-van-de-vergrijzing#:~:text=Door%20de%20vergrijzing%20zal%20de,de%20informele%20zorg%20(mantelzorg))

Rondinelli, J., Ecker, M., Crawford, C., Seelinger, C. & Omery, A. (2012). *Hourly rounding implementation: a multisite description of structures, processes, and outcomes*. J Nurs Adm. 2012 Jun;42(6):326-32. doi: 10.1097/NNA.0b013e31824ccd43. PMID: 22617698.

Rossiter, C., Levett-Jones T. & Pich, J. (2020). *The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews*. Int J Nurs Stud. 2020 Sep; 109:103658. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103658. Epub 2020 Jun 2. PMID: 32593882

Ryan, L., Jackson, D., Woods, C. & Usher, K. (2019). *Intentional rounding - An integrative literature review*. J Adv Nurs. 2019 Jun;75(6):1151-1161. doi: 10.1111/jan.13897. Epub 2018 Dec 9. PMID: 30375025.

Sharafkhani, A. (2011). *Veranderingsbereidheid; Een evaluatieonderzoek van het nieuwe werkplan van Zorginstelling X*. Geraadpleegd op 13 maart 2021, van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/207458>

Shin, S., Park, J. H. & Bae, S. H. (2018). *Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis*. Nurs Outlook. 2018 May-Jun;66(3):273-282. doi: 10.1016/j.outlook.2017.12.002. Epub 2018 Feb 26. PMID: 29685321.

Sims, S., Leamy, M., Davies, N., Schnitzler, K., Levenson, R., Mayer, F., Grant, R., Brearley, S., Gourlay, S., Ross, F. & Harris, R. (2018). *Realist synthesis of intentional rounding in hospital wards: exploring the evidence of what works, for whom, in what circumstances and why*. BMJ Qual Saf. 2018 Sep;27(9):743-757. doi: 10.1136/bmjqs-2017-006757. Epub 2018 Mar 14. PMID: 29540512; PMCID: PMC6109250

Slot, D., Janssen, L., Habets, H., Schoot, T. & Oberjé, E. (2019). *Haalbaarheid van comfort rounding op een Nederlandse geriatrische ziekenhuisafdeling: een pilotstudie*. Geraadpleegd op 5 maart 2021, van https://www.researchgate.net/publication/329999977_Haalbaarheid_van_Comfort_Rounding_op_een_Nederlandse_geriatrische_ziekenhuisafdeling_een_pilotstudie

Smits, L. (2020). *Transcriberen van een interview*. Geraadpleegd op 10 maart 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/interview-transcriberen/>

Smorenburg, S. M., Kievit, J., Van Everdingen, J. J. E. & Wagner, C. (2006). *Praktijkboek patiëntveiligheid: 1. Wat is patiëntveiligheid* [SpringerLink]. Geraadpleegd op 5 maart 2021, van https://link.springer-com.zuyd.idm.oclc.org/chapter/10.1007/978-90-368-1100-2_1

Squires, A., White, J. & Semmes, W. (2015). *Quantity, Quality and Relevance of the Nursing Workforce to Patient Outcomes, ICN Policy Brief*. Geneva (Switzerland): International Council of Nurses.

Stalpers, D. *De effectiviteit en bruikbaarheid van kwaliteitsindicatoren en de rol van de verpleegkundige aan het bed*. tijdschr verpleegkd experts 127, 14–16 (2017). Geraadpleegd op 5 maart 2021, van <https://doi.org/10.1007/s41184-017-0051-9>

Tates, K. (2016). *Online focusgroepgesprekken als methode van data verzamelen*. Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek, 15(2). Geraadpleegd van https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-15-2-6/Online-focusgroepgesprekken-als-methode-van-data-verzamelen

V&VN. (2017). *Personeelstekorten in de zorg*. Geraadpleegd op 20 februari 2021, van <https://www.venvn.nl/media/zz1id4zv/personeelstekorten-zorg-oplossingen-van-de-werkvloer.pdf>

Van der Mark, C. & Van Oostveen, C. (2020). *Heilige graal verpleegkundig capaciteitsmanagement*. TVZ verpleegkd prakt wet 130, 52–54.

Verest, W., Veer, A. de, Groot, K. de. & Francke, A. (2019). *Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten: Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners over wat ze nodig hebben voor goede zorg*. Geraadpleegd op 6 maart 2021, van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kwaliteit-en-veiligheid-van-zorg-aan-clienten-verpleegkundigen-verzorgenden-begeleiders>

Vermeer, K. (2017). *Gaby Jacobs: 'Persoonsgerichte zorg is niet eenvoudig'*. *Ned Tijdschr Evid Based Pract* 15, 29–31. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/s12468-017-0034-4>

Vermeulen, H. *Verpleegsensitieve indicatoren. NED. TIJDS. EVID. PRACT.* 12, 3 (2014). <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/s12468-014-0001-2>

Verpleegkundigen & Verzorgenden. (2020). *Deel 3 Beroepsprofiel Verpleegkundige*. Geraadpleegd op 19 februari 2021, van <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Beroepsprofiel%20verpleegkundige.pdf>

Volksgezondheid en Zorg. (2019). *Prognose bevolkingsopbouw*. Geraadpleegd op 21 februari 2021, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/bevolkingsomvang#methoden>

Wagner, C. (2017). *Patiëntveiligheid in ziekenhuizen; 12,5 jaar onderzoek, successen en nieuwe uitdagingen*. Geraadpleegd op 5 maart 2021, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Brochure_Patientveiligheid_ziekenhuizen.pdf?

Wapenaar, J. (2020, 10 november). *Ruim 15.000 verpleegkundige te weinig in 2022*. Geraadpleegd op 23 februari 2021, van <https://www.nursing.nl/ruim-15-000-verpleegkundigen-te-weinig-in-2022/>

Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y. & Tam, W. W. S. *The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review*. *Hum Resour Health*. 2017 Sep 11;15(1):63. doi: 10.1186/s12960-017-0237-9. PMID: 28893270; PMCID: PMC5594520.

Bijlage 1: Interviewguide

Introductie focusgroep

- Voorstellen
- Er wordt gevraagd op ervaringen en er zijn geen goede of foute antwoorden
- Vrijwillig beantwoorden van vragen en deelnemers mogen op ieder moment stoppen
- Toestemmingsformulier
- Geen namen noemen

Doel van het onderzoek

Middels dit onderzoek wordt getracht inzicht te krijgen in de meningen van verpleegkundigen van de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie van het Maastricht UMC+ omtrent Comfort Rounding, zodat er een advies kan worden gegeven aan de praktijk over de mogelijke implementatie van Comfort Rounding.

Aan de hand van deze focusgroepen willen wij inzicht krijgen in jullie meningen over Comfort Rounding en wat jullie nodig hebben om Comfort Rounding mogelijk te laten implementeren op de verpleegafdelingen.

Korte uitleg over Comfort Rounding

Comfort Rounding is een gestructureerd getimede interventie die erop is gericht om de verpleegkundige basiszorg op verpleegafdelingen te verbeteren. Ieder uur wordt door de verpleegkundige geanticipeerd op de persoonlijke basisbehoeften van de patiënt en monitort zij actief het welzijn van de patiënt. Dit wordt uitgevoerd aan de hand van het 4P-model, wat staat voor een comfortabele positie, zorg dragen voor de persoonlijke behoeften, het vragen naar de pijn en het plaatsen van persoonlijk materiaal in handbereik voor iedere patiënt. Daarnaast is er aandacht voor het uitreiken of helpen met medicatie inname en vraagt de verpleegkundige of zij in het algemeen nog iets voor de patiënt kan betekenen. Internationale studies tonen aan dat Comfort Rounding leidt tot een hogere verpleegkundige tevredenheid, een hogere patiënttevredenheid, verbetering in de tijdsmanagement, een afname van het belgebruik en daarmee een lagere werkdruk, een beter pijnmanagement en een verminderd risico op decubitus en valincidenten.

Topiclijst

Topics	Vragen
Comfort Rounding ▪ Bekend ▪ Meningen/ eerste indruk ▪ Willen	▪ Zijn jullie bekend met het concept Comfort Rounding? ▪ Wat is jullie eerste indruk over het concept Comfort Rounding?
Kwaliteit van de zorg ▪ Ervaringen ▪ Basiszorg ▪ Persoonsgerichte zorg ▪ Hoge werkdruk ▪ Tevredenheid ▪ Moeten	▪ Hoe ervaren jullie de huidige zorgverlening op de verpleegafdeling, denkend aan de basiszorg en persoonsgerichte zorg? ▪ Hoe vinden jullie de kwaliteit van zorg op de verpleegafdeling afdeling? ▪ Hoe ervaren jullie de werkdruk op de afdeling? ▪ Hoe kan Comfort Rounding volgens jullie een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg? ▪ Hoe zouden jullie zelf Comfort Rounding uitvoeren op de afdeling?
Implementatie ▪ Randvoorwaarden ▪ Veranderbaarheid ▪ Kunnen	▪ Hoe verwachten jullie dat een implementatie van Comfort Rounding op de afdeling zou verlopen? ▪ Wat zouden jullie nodig hebben (randvoorwaarden) om een concept als Comfort Rounding te laten slagen op de verpleegafdeling? ▪ Hoe zouden jullie hierin ondersteund willen worden?

Afronding

- Vragen?
- Eventuele aanvullingen?
- Feedback verloop focusgroep
- Dankwoord

Bijlage 2: Toestemmingsbrief

Deelnemers Informatie Onderzoek – Comfort Rounding ter verbetering van de verpleegkundige zorg



Informatie voor deelname aan:

Comfort Rounding ter verbetering van de verpleegkundige zorg

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een onderzoek in het kader van de afstudeerstage van de opleiding Verpleegkunde. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze brief omdat u heeft aangegeven interesse te hebben in deelname aan het onderzoek. Dit onderzoek zal plaatsvinden in het Maastricht UMC+. Aan dit onderzoek zullen naar verwachting in totaal 24 personen meedoen.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoekers uitleg als u vragen heeft. U kunt er ook over praten met uw partner, vrienden of familie.

1. Doel van het onderzoek

De verpleegkundige zorg is de laatste jaren sterk veranderd door toenemende zorgvragen en een toenemend personeelstekort. De zorgvragen worden steeds complexer en de verpleegkundige werkdruk neemt toe. Dit kan resulteren in het leveren van een verminderde kwaliteit van zorg en een verminderde patiënttevredenheid. Comfort Rounding is een concept waarmee de kwaliteit van patiëntenzorg verbeterd zal worden en de verpleegkundige werkdruk verminderd kan worden. Middels dit onderzoek wordt getracht inzicht te krijgen in de meningen van verpleegkundigen van de afdelingen Algemene Chirurgie, Cardiologie en Neurochirurgie van het Maastricht UMC+ omtrent Comfort Rounding, zodat er een advies kan worden gegeven aan de praktijk over de mogelijke implementatie van Comfort Rounding.

2. Wat meedoen inhoudt

Deelname aan dit onderzoek houdt in dat u deel zult nemen aan één focusgroep. Een focusgroep is een groepsinterview waarbij er gefocust wordt op een specifiek onderwerp, in dit geval Comfort Rounding. Aan deze focusgroep zullen in totaal 4 verpleegkundigen van uw afdeling deelnemen. De focusgroep wordt geleid door een gespreksleider (een van de onderzoekers) en wordt mogelijk geobserveerd door de twee andere onderzoekers. De

duur van de focusgroep waar u aan deelneemt zal één á anderhalf uur zijn en vindt plaats binnen de maand april in een daarvoor geschikte ruimte binnen het Maastricht UMC+. Het tijdstip dient nader bepaald te worden in overeenstemming met alle deelnemers en onderzoekers. Tijdens de focusgroep zullen geluidsopnames gemaakt worden zodat deze na afloop uitgewerkt en gecodeerd kunnen worden. Door uw deelname aan dit onderzoek krijgen de onderzoekers inzicht in opvattingen, ervaringen, preferenties, wensen en behoeften rondom Comfort Rounding.

3. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoekers. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek.

Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laten de onderzoekers dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u blijft meedoen.

4. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als:

- u uw bijdrage aan het onderzoek zoals hiervoor beschreven geleverd heeft
- u zelf kiest om te stoppen
- het einde van het hele onderzoek zoals hiervoor beschreven is bereikt

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het kan gaan om gegevens zoals uw naam, leeftijd en werkplek. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld, te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever worden gestuurd bevatten alleen de code, maar niet uw naam of ander gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen op de onderzoeklocatie toegang krijgen tot al uw gegevens. Ook tot de gegevens zonder code. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd.

Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens zijn de thesiskring-begeleider en/of toezichthoudende autoriteiten, bijvoorbeeld, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Zij houden uw gegevens geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar digitaal worden bewaard op een beveiligde onderzoeklocatie binnen Zuyd Hogeschool.

Bewaren en gebruiken van gegevens

Uw gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek ook nog van belang zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de verdere ontwikkeling van het verpleegkundig werkproces. Daarvoor zullen uw gegevens 10 jaar worden bewaard. U kunt op het toestemmingsformulier aangeven of u hier wel of niet mee instemt. Indien u hier niet mee instemt, kunt u gewoon deelnemen aan het huidige onderzoek.

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. Dit geldt voor dit onderzoek en ook voor het bewaren en het gebruik voor het toekomstige onderzoek. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van Zuyd Hogeschool en de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen over uw rechten kunt u contact opnemen met de verantwoordelijken voor de verwerking van de persoonsgegevens. Voor dit onderzoek zijn dat: Jarmo Lamkin, Naziha Benyahia en Lisa Smeets. Zie **bijlage A** voor contactgegevens.

Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoeklocatie. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de instelling, zie bijlage A voor de contactgegevens, of de Autoriteit Persoonsgegevens.

6. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen kunt u contact opnemen met de onderzoekers. Indien u algemene klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoekers of de docentbegeleider. Met vragen en klachten over de wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de Vertrouwenspersoon Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans. De vertrouwenspersoon probeert, als hij daartoe mogelijkheden ziet, te bemiddelen of de klacht anderszins in der minne op te lossen.

Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot de klachtenfunctionaris van uw ziekenhuis. Alle gegevens vindt u in **bijlage A**: Contact-gegevens.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. **Zowel uzelf als de onderzoekers ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.**

Dank voor uw aandacht.

Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens voor Zuyd Hogeschool

Uitvoerende onderzoekers

Naam: Jarmo Lamkin

Functie: Verpleegkundige i.o.

Contactgegevens: 1727966lamkin@zuyd.nl

Afdeling: Algemene Chirurgie

Naam: Naziha Benyahia

Functie: Verpleegkundige i.o.

Contactgegevens: 1636413benyahia@zuyd.nl

Afdeling: Neurochirurgie

Naam: Lisa Smeets

Functie: Verpleegkundige i.o.

Contactgegevens: 1703994smeets@zuyd.nl

Afdeling: Cardiologie

Docentbegeleider

Naam: Angel Schols

Functie: Docent

Contactgegevens: angel.schols@zuyd.nl

Bereikbaarheid: Elke maandag

Klachten

Indien u algemene klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit bespreken met de docentbegeleider. Met vragen en klachten over wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de Vertrouwenspersoon

Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans.

E-Mail: huub.spoormans@ou.nl .

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de [Autoriteit Persoonsgegevens](#) raadplegen. Bij vragen of klachten over het gebruik of de verwerking van uw gegevens, of over uw rechten, kunt u contact opnemen met:

Functionaris Gegevensbescherming (FG) van Zuyd Hogeschool

E-mail: functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl

Link naar website instelling [met privacyverklaring/privacy reglement](#)

Bijlage B: toestemmingsformulier proefpersoon

Comfort Rounding ter verbetering van de verpleegkundige zorg

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen.
- Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen**
toestemming om mijn persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek op het gebied van de verdere ontwikkeling van het product en/of van het verpleegkundig werkproces.
- Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen**
toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolg-onderzoek.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker: Jarmo Lamkin

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Naam onderzoeker: Naziha Benyahia

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Naam onderzoeker: Lisa Smeets

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

De deelnemer krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Bijlage 3: Beslissing WMO-plichtig onderzoek

BESLISHULP WMO PLICHTIG ONDERZOEK

De beslissing WMO-plichtig onderzoek helpt je bij de afweging of het onderzoeksprotocol WMO-plichtig is. **Als je op één van de vragen uit de beslissing ja hebt geantwoord, is het onderzoek WMO-plichtig en dient het getoetst te worden door een Medisch Ethische Toets Commissie (METC).** Als er al gestart is met het onderzoek en later blijkt dat het onderzoek WMO-plichtig is, zonder dat het getoetst is door een METC, ben je strafbaar! Achteraf een verklaring aanvragen is niet mogelijk. Doorloop daarom altijd voor aanvang van het onderzoek de beslissing en beargumenteer in het onderzoeksprotocol waarom het onderzoek wel of niet valt onder de wet WMO, zodat alle betrokkenen (medestudenten, begeleider(s) en opdrachtgever) op de hoogte zijn. **Als je ook maar enige twijfel hebt over de uitkomst of de toepassing van de beslissing neem dan contact op met je begeleider.**

Is het onderzoeksvoorstel een **medisch wetenschappelijk** onderzoek?

Medisch-wetenschappelijk onderzoek is onderzoek dat als doel heeft het beantwoorden van een vraag op het gebied van ziekte en gezondheid (etiologie, pathogenese, verschijnselen/symptomen, diagnose, preventie, uitkomst of behandeling van ziekte), door het op systematische wijze vergaren en bestuderen van gegevens. Het onderzoek beoogt bij te dragen aan medische kennis die ook geldend is voor populaties buiten de directe onderzoekspopulatie.

Zie notities CCMO definitie medisch wetenschappelijk onderzoek [link](#) en reikwijdte gedragswetenschappelijk onderzoek [link](#).

nee

Niet
WMO

ja

Worden **proefpersonen** zelf bij het onderzoek betrokken?

***Retrospectief dossieronderzoek** valt niet onder de WMO. Er is immers geen sprake van lichamelijke betrokkenheid van de proefpersoon bij het onderzoek. De gegevens die worden onderzocht, zijn ook niet in het kader van een onderzoek verzameld. De proefpersoon zelf hoeft voor het onderzoek niets te doen of laten. **Let op!** Indien het redelijkerwijs mogelijk is, dient voor dit type onderzoek wél toestemming van de patiënt te worden verkregen. Indien het verkrijgen van toestemming niet haalbaar is, dient u dit te beargumenteren. **Prospectief dossieronderzoek** kan ook onder de niet-WMO vallen indien alle gegevens worden verzameld in het kader van de reguliere zorg. Er mogen dan geen extra handelingen worden verricht en/of aan de patiënt mag geen gedrag worden opgelegd. De patiënt dient wel hierover te worden geïnformeerd middels een informatiebrief en toestemming te geven voor de gegevensverzameling en verwerking voor publicatiedoeleinden.*

nee

Niet
WMO

ja

Worden proefpersonen **onderworpen aan handelingen** of wordt aan hen een **bepaalde gedragswijze** opgelegd?

*Onderzoek met mensen valt onder de WMO als er op een of andere manier inbreuk wordt gemaakt op de lichamelijke en/of psychische integriteit van de proefpersoon. Bijvoorbeeld als er bloed wordt afgenomen of vragenlijsten worden afgenomen die een tijdelijke verandering van de normale levenswijze veroorzaakt, of als de vragenlijsten psychisch belastend zijn voor de deelnemers. **Let op!** Vallen de handelingen uitgevoerd in het onderzoek binnen de kaders van een standaard behandeling (al dan niet via randomisatie) dan valt het niet onder de WMO. Maar in dat geval geldt wel dat de patiënt hierover geïnformeerd moet worden middels een informatiebrief en toestemming dient te geven voor de gegevensverzameling en verwerking voor publicatiedoeleinden.*

nee

Niet
WMO

ja

Onderzoek is WMO-plichtig

Is het een onderzoek naar de werking van een **geneesmiddel**?

Als het onderzoek tot doel heeft het werkingsmechanisme, de veiligheid of de werkzaamheid van een geneesmiddel te onderzoeken, dan is er sprake van geneesmiddelonderzoek, zie [link](#).

ja

WMO-plichtig

Is het een onderzoek met een niet-CE gemarkeerd **medisch hulpmiddel** of een CE-gemarkeerd medisch hulpmiddel dat **buiten het beoogde gebruik** wordt toegepast?

Een medisch hulpmiddel is elk instrument, toestel of apparaat, elke software of stof of elk ander artikel dat of die alleen of in combinatie wordt gebruikt, met inbegrip van elk hulpstuk en de software die voor de goede werking ervan benodigd is, dat of die door de fabrikant speciaal is bestemd om te worden gebruikt voor diagnostische of therapeutische doeleinden, en door de fabrikant is bestemd om bij de mens te worden aangewend, zie [link](#).

ja

WMO-plichtig

IS CONTACT MET DE MEDISCH ETHISCHE TOETSCOMMISSIE NODIG?

Vraag altijd na bij de opdrachtgever / de instelling waar het onderzoek gaat plaatsvinden of het bestuur akkoord is met de uitvoering van het onderzoek (de verklaring voor de uitvoerbaarheid van het onderzoek).

Ook als het onderzoek niet-WMO-plichtig is zijn er redenen om contact op te nemen met een METC om te vragen of de commissie een "niet-WMO-plichtige" verklaring wil afgeven:

Als de opdrachtgever / de instelling waar het onderzoek uitgevoerd wordt een niet-WMO-plichtige verklaring van een METC eist.

Let op! Het kan zijn dat de zorginstelling eist dat deze verklaring door een specifieke (aan de organisatie verbonden) METC moet zijn afgegeven.

Als je van plan bent om de uitkomsten van het onderzoek op te nemen in een wetenschappelijke publicatie.

De meeste wetenschappelijke tijdschriften stellen dit als vereiste voor het indienen van een artikel. Voor vaktijdschriften geldt deze vereiste niet.

Zuyd Hogeschool werkt samen in de Medisch Ethische Toetscommissie Zuyderland-Zuyd (METC-Z).

Voor een aanvraag niet-WMO-plichtige verklaring dienen de volgende documenten in [het METC Management systeem](#) van METC-Z geüpload te worden:

- Aanbiedingsbrief
- Onderzoeksprotocol
- CV hoofdonderzoeker en student
- Proefpersoneninformatie en toestemmingsverklaring (PIF)
- Wervingsmateriaal
- Vragenlijsten of dagboekje

Beslishulp WMO-plichtigheid, versie 5, Zuyd Hogeschool, november 2019

Zie websites van de regionale METC's: <https://metc.mumc.nl/nl> en <https://www.zuyderland.nl/zuyderland/bestuur-en-organisatie/metc-z/>

Bijlage 4: Codeboom

Open coderingen	Axiale coderingen	Selectieve coderingen
Niet bekend	Geen kennis Comfort Rounding	Beperkte ervaringen Comfort Rounding
Wel bekend	Wel kennis Comfort Rounding	
Dubieus, voordeel, bezetting, tijdinnemend, haalbaarheid, mogelijk vervelend bij zelfstandige patiënten, binnenlopen goed idee, vragen aanpassen op zorgzwaarte, communicatie, aandacht	Dubieuze mening Comfort Rounding	Verschillende meningen Comfort Rounding
Goed idee, daadwerkelijk proberen, ieder uur, mooi idee voor patiënt, persoonsgebonden zorg, haalbaarheid, veiligheid, patiëntencontact, vertrouwen, genoeg mensen haalbaar, twijfel ieder uur haalbaar, betekenen, ongeacht zorg, kwetsbare patiënten van toepassing, om de 1 à 2 uur mogelijk, kijken om iets te doen, regelmatige controle, structureel inbakenen, goed na de ochtendzorg, team veranderbaar, open voor implementatie, kwaliteit van zorg omhoog, belgedrag omlaag, geen ingewikkeld proces, prettig voor patiënten, snelle signalering, vaste controles, weerstand is vooruitgang, wennen aan nieuwe concept, zowel negatief als positief, meer aandacht voor patiënten, welzijn	Positieve mening Comfort Rounding	
Geen meerwaarde avonddienst	Negatieve mening Comfort Rounding	
Valrisico's verminderen, geriatrische patiënten, positief, eerder onderzoek, bedlegerige/intensieve zorg goed idee, beter/intenser contact, snellere signalering, alle patiënten misschien niet wenselijk, social talk, meer rust in gedrag, vertrouwen winnen, meer tijd besteden aan bed, dergelijk toepasbaar, psychosociaal stuk opvangen, inzicht gemoedstoestand, eerder actie ondernemen, veel winst qua kwaliteit, meer klinisch redeneren en rapporteren, kent patiënten beter, voordelen team, veilig gevoel bij patiënten, winst, minder bellen, minder vragen, creëert rust, rondje snel klaar, patiënten wachten tot ronde, patiënttevredenheid omhoog, komt meer van de patiënt te weten, aandacht, goed waarborgen na ochtendzorg, ADL tijdrovend, op eigen unit, betere rapportages, mobiliseren, kan druk verlagen, regelmaat, effectief na ochtendzorg, tijdwinst, avondronde sneller, patiëntveiligheid omhoog, vaste structuur, meer binnenlopen, behulpzaam, voordeel voor zowel patiënt als verpleegkundige, eigen voldoening	Voordelen Comfort Rounding	

Wordt opgehouden, ieder uur, twee mensen, tijdsverstreking, te vaak bij zelfstandigen, storend, agitatie, tegenovergestelde reactie, doorbroken nachtrust, claimend, stimulatie tot nog meer aandacht, nog meer vragen, sommige niet tevreden te stellen, verstoring dag/nacht ritme, opgelaten gevoel, inschatting maken, ongemakkelijk, doel stellen, opgejaagd, werkdruk omhoog	Nadelen Comfort Rounding	
Vanzelfsprekend, gebeurt al, rondje lopen, onbewust, vragen, avonddienst, signalering, structuur ochtend wel, avond niet, meerpersoonskamers	Huidige vormgeving Comfort Rounding	
Verbetering, tevreden, complimenten, meer willen, voldoening, kan beter, gediplomeerde bekwaam, prioriteiten stellen, noodzaak, weinig persoonsgerichte zorg, meer bewust zijn van je handelen, verantwoording nemen, meer klinisch redeneren, hele rol verpleegkundigen dragen, blijven nadenken, waarborgen veiligheid, kans achteruitgang zorg, minder geduld, minder kwaliteit, weinig personeel, hogere druk, ten koste kwaliteit van zorg, onmerkbaar, dagdiensten, onervaren in klinisch ziekenhuis, hoog risico voor patiënten, snel iets missen, geen keuze, geen ruimte om te vragen, acute situaties sneller, corona, persoonlijke aandacht, wordt snel ingegrepen, wisselend, persoonsgebonden, streven, betere afstemming	Kwaliteit van zorg	Huidige zorgverlening
Scheren, haren wassen, tandenpoetsen, parfum opspuiten, basiszorg, smetten, nagelzorg, cruciaal voor herstel, weinig aandacht ADL, prioriteiten stellen, makkelijke patiënten minder vaak gezien, dingen aan de kant geschoven, dingen niet doen die wel moeten, middagronde weinig aandacht	Onvolledige basiszorg	
Onderbezetting, bekwaam, basiszorg, veel studenten, druk, tijdstekort, lastige situatie, personeelsverschuiving, tijdsvertrekking, niet haalbaar, hectisch, gediplomeerd personeel, nieuw personeel, vast team werkt hard, valt zwaar, alles opvangen / verantwoording nemen, ten koste basiszorg, mist totaalpakket, motivatie, leren, vergeten, taakverdeling, winst behalen basiszorg, wachten op zorg, veel zieke patiënten, prioriteiten stellen, automatisering, zelf aanleren, lang bezig met wassen en medicatie	Oorzaken onvolledige basiszorg	
Contactmoment patiënten, druk, overname leerlingen, gediplomeerde minder bezig, wassen, totaalpakket, corona, basiszorg kan altijd beter, basiszorg prioriteit, geen slechte basiszorg, keuze van patiënten, basiszorg,	Geleverde basiszorg	

verwachtingen basiszorg, niet elk uur, verzorgen, vanzelfsprekend, welbevinden, aandacht, verschil hulpbehoevende en zelfstandige, gedrag, zelfstandigheid, keuzes maken, zorgzwaarte, SBARR, instemmen, prioriteiten verpleegkundige taken, basiszorg discutabel		
Middag, patiëntencontact, aandacht, 's ochtends druk, meer mensen, meer bij patiënten langsgaan, minder belgebruik, comfortabel, praten, overleggen, observeren, anticiperen, vragen naar behoeften	Persoonsgerichte zorg	
Lange kabels in bed, meer aandacht neuro unit, wordt soms vergeten, punt van aandacht, veiligheid niet, basiszorg wel, dubbelcheck medicatie, valpreventie, patiëntvriendelijk, ouderengeneeskunde, signalering, maatregelen, protocollen, patiëntafhankelijk, overdragen, controleren, vertrouwen	Patiëntveiligheid	
Ervaring, inschatten, behoefte, persoonsgebonden, jongeren minder capaciteit om prioriteiten stellen, capaciteit om prioriteiten te stellen, computergebruik jong-ge-diplomeerden, prioriteiten stellen, leeftijdsonafhankelijk, anders opgeleid, andere generatie, per individu afhankelijk, karakter, werkwijze, niet iedere dag wassen, jongeren meer flexibel, verschillende inzichten, opleiding verandert, nu verpleegkundig leiderschap	Verschillen in zorgverlening	
Tevreden, bezetting, opname precies uitwerken, nu minder precies, minder grondig, keuzes maken, meer tijd, rijtje afgaan	Tevredenheid zorg	
Tijdsdruk op persoonsgerichte zorg, beperkte bezoeken, weinig sociaal contact, weinig patiënten technisch, Onderbezetting, werkdruk, mentaliteit, vragen stellen, juiste informatie	Oorzaken onvolledige persoonsgerichte zorg	
Zorg afgedwongen, zorgmomenten meer begeleiden, meer aandacht naar patiënt, ondergeschikt, psychosociaal gebied mager, onvolledige rapportages, mag beter, regelmatig spreken, terugkoppeling voedingsassistent	Onvolledige persoonsgerichte zorg	
Bezetting, douchen, haren wassen, vertroetelen	Basiszorg	Gewenste zorgverlening
Ideaal	Ideale situatie	
Nieuwe personeel, zwaarte, werkdruk valt mee, zwaar voor langere gediplomeerde, meer zorg dragen, belastend, hoge werkdruk, kan anderen niet verlichten in taken, niet verder komen, opzadelen nieuwe leerlingen, inwerken, risico uitval team, geen prettige situatie, leerlingen als werkkracht, leerlingen essentieel, vaste verpleegkundige te kort, A4 hard werken, weekend heel druk, drukke	Ervaring werkdruk	Wisselende ervaring werkdruk

afdeling, tijdsbesteding, wisselende werkdruk, geen normale tijden, kan beter, veel wassen, hogere werkdruk dan vroeger, minder verpleegkundigen, meer taken, complexere zorg, betere behandelingen, werkdruk hangt af van collega's		
Weinig vast personeel, druk met name in dagdienst, verantwoording hele bulk aan taken, geen ruimte, wordt echt te veel, wisselende werkdruk, collega's moeten uithelpen, druk in ochtend	Oorzaken werkdruk	
Nieuw personeel, minder bezetting, Zuyderland, haalbaar, zorgzwaarte, onrustig, pilot, inwerken, effect, 's avonds/ nachts à 1 uur niet haalbaar, gemotiveerd, weerstand, tijdens drukte niet haalbaar, niet haalbaar, soort patiënten, druk ochtend, elk uur, elk uur niet haalbaar, genoeg aandacht, weekend krap, uitzonderingen, minder patiënten, weekend makkelijker	Haalbaarheid Comfort Rounding	Twijfels haalbaarheid Comfort Rounding
Tijdinnemend, belgebruik, avonddienst, weinig personeel, 's nachts max. drie verpleegkundigen, veel bedden dicht, te druk, intensieve zorg, haalbaarheid, veel nieuw personeel, klein vast team, verantwoordelijkheid beperkt, inwerkperiode, veel leerlingen, onrustig op afdeling, twijfel haalbaarheid, zorgzwaarte, dagtaak, nachten/ avonden lastig, bezoek in avonden, calamiteiten, in de ochtendzorg lastig, ADL kost tijd, visite lopen, terughalen OK patiënten, telefoontjes, opnames, minder capabele werknemers, ouderen, veranderbaar, geen makkelijk team	Mogelijke belemmerende factoren Comfort Rounding	
A 2 uur, minder patiënten per verpleegkundige, goed idee, dubieus, aanpassen, kwaliteit, nuance afhankelijk zorg, patiënt afhankelijk, rekening houden met behoefte en zorgzwaarte, aanvoelen behoefte patiënt, samen overleggen met patiënt, afspraken maken tijdens opname, implementeren vanaf opname moment, meenemen in de standaard dag routine, vanaf 10:00 echt starten, veel vragen kan onderscheppen, à 2 uur in avonddienst/ nachten, patiëntgericht de kamers verdelen, onderling afspraken maken, eigen unit, rondes meenemen in eigen routine, praatje maken bij zelfstandigen, houvast, juiste taakverdeling, goede communicatie, rol leerlingen, avondrondje eerder, een aanspreekpunt, goede onderbouwing concept, goede ochtendzorg, belgedrag reduceren, taken uit handen geven, kleine dingen kosten veel tijd, structuur	Ideeën Comfort Rounding	Ideeën uitvoering Comfort Rounding

aanbrengen, verpleeghulpen, voedingsassistenten, pillen later doen, afvinklijst, bezoek, extra tijd patiënt, verzorgenden, onnodig bij zelfstandige		
Een aanspreekpunt, pilot, evaluatie, structuur, communicatie, houvast, handleiding, initiatief, taak aan 1 persoon, delegeren, goede uitleg, protocol, begeleiding, daadwerkelijk uitvoeren, eenduidige informatie, introductie, overnemen, afdelingsassistenten, verzorgenden, goede afspraken, afspraken hoe het genoteerd wordt, onderlinge afspraken team, doelstelling, meer personeel, klinische lessen, lessen voor iedereen, duidelijke verwachtingen, aftekenlijst, enthousiaste mensen, werkgroep, afwijken vaste werkwijze, elkaar aansturen, patiënten inlichten, aanpassingen, ondersteuning, minder patiënten per verpleegkundige, meer tijd, evalueren, informatie op tv-schermen, juist begeleiding oudere werknemers, tijd om te wennen, geen afvinklijst (verhoogd druk), afvinklijst leerlingen, afvinklijst lager-opgeleiden, financiën, elkaar aanspreken, pilot-moe	Benodigdheden uitvoering Comfort Rounding	Randvoorwaarden uitvoering Comfort Rounding

Bijlage 5: DINAMO-quickscan



DINAMO quickscan veranderbereidheid

In deze oefening maken jullie als team een inschatting van de veranderbereidheid van betrokken medewerkers in een door jullie zelf te kiezen actueel veranderproces.

De DINAMO-poster

Jullie hebben een poster van het DINAMO-model gekregen en drie kleuren stickers (rood, oranje en groen). Met deze materialen maken jullie een QuickScan van de veranderbereidheid van de medewerkers die geraakt worden door het veranderproces wat jullie net hebben gekozen.

1. Bepaal met behulp van de vragen op de volgende pagina's welke kleur sticker jullie op de 14 factoren van het DINAMO-model willen plakken:

Rood = dit is een urgent punt wat de veranderbereidheid negatief zal beïnvloeden. Hier moet dus in het veranderplan extra aandacht naar uitgaan.

Oranje = dit punt vraagt aandacht in het veranderplan maar is niet urgent.

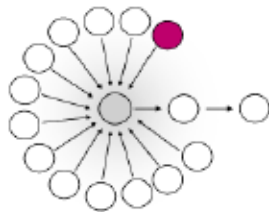
Groen = deze factor gaat positief bijdragen aan de veranderbereidheid. In het veranderplan kunnen we dit punt gebruiken om het draagvlak voor de verandering te vergroten.

2. Bespreek daarna met elkaar het eindresultaat aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe schatten we met elkaar het totale draagvlak voor het veranderingsproces in? Is het groot genoeg of is er veel werk te doen om iedereen op één lijn te krijgen?
- Waar liggen de voornaamste uitdagingen? In het moeten, het willen of het kunnen veranderen?
- Welke interventies of adviezen kun je met elkaar bedenken om de veranderbereidheid onder de betrokkenen te vergroten?

Willen veranderen

Gevolgen voor het werk



- Wordt het werk door de verandering interessanter?
- Zal de werktevredenheid toe of afnemen?
- Nemen de loopbaankansen van medewerkers toe of af?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

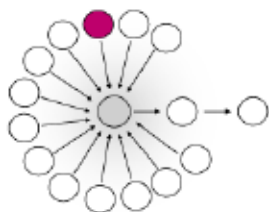
Emoties



- Welke emoties zal de verandering oproepen?
- Uitdagend of bedreigend?
- Positief of negatief?
- Bevrijdend of benauwend?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Meerwaarde



- Zien betrokkenen de meerwaarde van de verandering?
- Meerwaarde voor de interne efficiency?
- Meerwaarde voor de klant?
- Meerwaarde voor de maatschappij?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Betrokkenheid

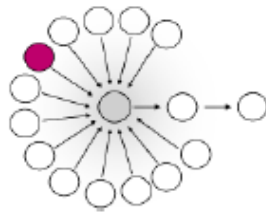


- Voelen medewerkers zich betrokken bij het veranderproces?
- Wordt er veel over de verandering gepraat?
- Kunnen medewerkers meedenken en meedoen?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Moeten veranderen

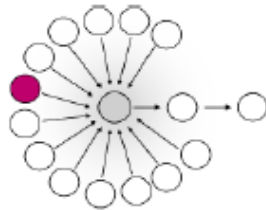
Interne druk



- Presenteren voorstanders van de verandering zich duidelijk?
- Neemt het management een duidelijke (positieve) houding aan?
- Maken medewerkers elkaar onderling enthousiast?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Externe noodzaak

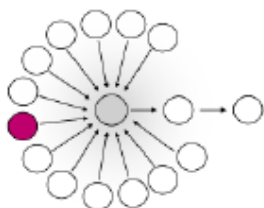


- Is het veranderproces noodzakelijk gezien ontwikkelingen in de markt/omgeving?
- Is de noodzaak om te veranderen helder voor de medewerkers?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Kunnen veranderen

Kennis en ervaring



- Is het competentieniveau van medewerkers toereikend?
- Is de juiste kennis en ervaring in huis?
- Is er voldoende aandacht voor training en opleiding?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Aansturing



- Wordt het veranderproces planmatig aangestuurd?
- Zijn de veranderdoelen helder voor iedereen?
- Is er een heldere fasering en deadline?
- Is er een duidelijke eigenaar van het veranderingsproces?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Informatievoorziening



- Is er een communicatieplan nodig?
- Weet iedereen wat hij/zij moet weten?
- Heerst er veel of weinig onzekerheid?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

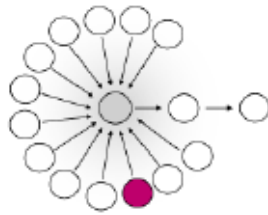
Verandervermogen



- Past de verandering bij de cultuur van de organisatie?
- Helpt de huidige stijl van leidinggeven om succesvol te veranderen?
- Zijn huidige systemen/software flexibel genoeg?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Beheersbaarheid



- Zijn er externe factoren (markt/politiek) die veel invloed op het veranderproces hebben?
- Hoe moeilijk/makkelijk zijn deze te managen?
- Zijn er andere veranderingen die deze verandering kunnen dwarsbomen of anderszins in de weg kunnen zitten?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

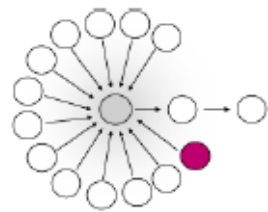
Timing



- Is verandering goed getimed gezien de agenda's/prioriteiten van medewerkers?
- Is verandering goed getimed gezien de agenda's/prioriteiten van het management?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

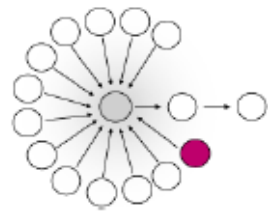
Complexiteit



- Hoe complex is de verandering?
- Hoe groot zal de impact op de organisatie zijn?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Vertrouwen



- Hoe groot is het vertrouwen in de (nieuwe) koers van de organisatie?
- Hoe groot is het vertrouwen in het succes van de organisatieverandering?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Veranderbereidheid



- Alle bovenstaande aspecten overziend; hoe groot zal het totale draagvlak voor de verandering zijn?

Bepaal nu met elkaar of jullie deze factor een rode, oranje of groen sticker geven.

Bijlage 6: Zoekstrategie

Databank	Zoektermen	Filters	Aantal resultaten	Internetlink gebruikte bron
Pubmed	Intentional rounding AND quality of care	5 years AND/OR systematic reviews	133	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31609565/ (Harris et al., 2019) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29540512/ (Sims et al., 2018) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30375025/ (Ryan et al., 2019) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29603820/ (Christiansen et al., 2018) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069627/ (Harris et al., 2017) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30138700/ (Shin, Park & Bae, 2018) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27028974/ (Flowers et al., 2016) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26991733/ (Kirk & Kane, 2016)
Pubmed	Fundamental care AND nursing care	Systematic Reviews AND 5 years	72	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29156087/ (Richards et al., 2018) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31661591/ (Pentecost et al., 2020)
Pubmed	Patients fundamental care needs	-	1.947	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24758508/ (Kitson, Muntlin Athlin & Conroy, 2014)
Pubmed	Hourly Rounding	-	139	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25237791/ (Brosey & March, 2015) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24438446/ (Fabry, 2015) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32441687/ (Johnson & Bryant, 2020) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22617698/ (Rondinelli et al., 2012) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23237186/ (Krepper et al., 2014) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24093744/ (Harrington et al., 2013)
Pubmed	Patient centred care AND hospital AND nursing care	Systematic Reviews	202	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31367389/ (Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32593882/ (Rossiter, Levett-Jones & Pitch, 2020) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27859459/ (Moore et al., 2017)
Pubmed	Patient satisfaction AND quality of care	Systematic Reviews	606	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28893270/ (Woo, Lee & Tam, 2017)

Pubmed	Nursing workload AND quality of care		77	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28403334/ (Carlesi et al., 2017) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23898215/ (Ball et al., 2014)
Pubmed	Patient centered care AND family centered care AND nursing care AND hospital	-	852	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21743347/ (Ganz & Yoffe, 2012) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24467836/ (Esmaeili et al., 2013)
Pubmed	Nurse rounding AND patient satisfaction	-	249	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19155849/ (Bourgault, 2008) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22409118/ (Blakley, Kroth & Gregson, 2011) • https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19703045/ (Gardner et al., 2009)
Pubmed	Nursing outcomes AND Patient outcomes	Systematic reviews	3.742	• https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31012954/ (Butler et al., 2019)
Springerlink	Hourly rounding	Max 5 jaar	5.158	• https://link.springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s41184-018-0013-x (Douma et al., 2018)
Google Scholar	Personeelstekort zorg	Max 5 jaar	653	• https://link.springer.com/article/10.1007/s41193-019-0100-6 (Wapenaar, 2020)
Springerlink	Verpleegsensitieve indicatoren	Max 10 jaar	14	• https://link.springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007%2Fs12468-014-0001-2 (Vermeulen, 2014) • https://link.springer.com/article/10.1007/s41184-017-0051-9 (Stalpers, 2017)
Google Scholar	Focusgroepen methode	Max 5 jaar	2.310	• https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-15-2-6/Online-focusgroepgesprekken-als-methode-van-data-verzamelen (Tates, 2016) • https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-16-2-6/Methoden-en-technieken-in-kwalitatief-onderzoek (Male, 2016)
Google	Personeelstekort in de zorg	-	131.000	• https://www.venvn.nl/media/zz1id4zv/personeelstekorten-zorg-oplossingen-van-de-werkvloer.pdf (V&VN, 2017)
Google	Verpleegkundige beroepsprofiel	-	19.200	• http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Beroepsprofiel%20verpleegkundige.pdf (Verpleegkundige en Verzorgende, 2020)
Boek	‘Dit is onderzoek’	-	-	• Baarda, B. (2014). 3.4 Wat is een goede opzet voor een interview of enquête? <i>Dit is</i>

				<i>onderzoek!</i> (pp. 105-106). Groningen, Nederland: Noordhoff.
Google Scholar	Department of health failure of care	-	3.930	• https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf (Department of health, 2013)
Google	Opleidingsprofielen verpleegkunde	-	12.900	• http://www.loov2020.nl/bn-2020/ (LOOV, 2020) • www.zorginstituutnederland.nl/naarnieuwezorgenzorgberoepen.nl (Kaljouw et al., 2015)
Google	Kwaliteit en veiligheid van zorg	-	8.670.000	• https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kwaliteit-en-veiligheid-van-zorg-aan-clienten-verpleegkundigen-verzorgenden-begeleiders (Verest et al., 2019) • https://www.nivel.nl/nl/dossier-patientveiligheid (Nivel, 2017)
Springerlink	Kwaliteit van zorg in Nederland	Max 10 jaar	5.107	• https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12513-011-0882-z (Nivel, 2011)
Google Scholar	Nursing workload and patient safety outcomes	-	86.600	• https://eprints.soton.ac.uk/367526/ (Griffiths et al., 2014) • https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolBrief3QuantityQualityworkforcePatientOutcomes.pdf (Squires, White & Semmens, 2015)
Google	Veranderingen verpleegkundig handelen	-	137.000	• https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/onderzoeksprogramma-2014-2017.pdf (Nivel, 2014)
Springerlink	Persoonsgerichte zorg	Max 5 jaar	100	• https://link.springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s12468-017-0034-4 (Vermeer, 2017) • https://link.springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007%2Fs12468-017-0030-8 (Engels, Vermunt, Leers et al., 2017)
Google	Fouten in de verpleegkundige zorg	Max 10 jaar	186.000	• https://www.nursing.nl/verpleegkundige-maakt-fouten-door-hoge-werkdruk/ (Nursing, 2016)
Springerlink	Werkdruk verpleegkundigen	Max 5 jaar Nursing (subdiscipline)	224	• https://link.springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s41184-020-0810-x (Van der Mark & Van Oostveen, 2020).
Google	Steeds complexere zorg	-	478.000	• https://www.nivel.nl/nl/nieuws/zorgverleners-klaar-voor-complexere-zorgvraag (De Veer, 2016)
Google	Ligduur ziekenhuis	-	20.000	• https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-

				context/trend-gebruik#node-trend-ligduur (Gijzen & Limburg, 2016)
Google	Personeelstekort zorg V&VN	-	5.060	• https://www.venvn.nl/media/zz1id4zv/personeelstekorten-zorg-oplossingen-van-de-werkvloer.pdf (V&VN, 2017)
Google	Vergrijzing	-	1.060.000	• https://www.vtv2018.nl/impact-van-de-vergrijzing#:~:text=Door%20de%20vergrijzing%20zal%20de,de%20informele%20zorg%20(mantelzorg) (Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018)
Google Scholar	Hoge werkdruk ziekenhuis	-	3.430	• https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/324042/Reverse%2C%20Ilona%20-%20MT.pdf?sequence=2&isAllowed=y (Reijerse, 2015)
Google	MUMC	-	732.000	• https://www.mumc.nl/over-mumc/het-maastricht-umc (Maastricht UMC+, z.d.)
Google	Veranderende zorg	-	1.820.000	• https://www.nivel.nl/nl/publicatie/inspelen-op-veranderingen-de-zorg-ervaringen-van-verpleegkundigen-verzorgenden (Maurits, De Veer & Francke, 2016) • https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-competenties-in-veranderende-zorg.pdf (Maurits, De Veer & Francke, 2015)
Google	Bevolkingsopbouw toekomst	-	50.400	• https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/bevolkingsomvang#methoden (Volksgezondheid en Zorg, 2018)
Google	Complexiteit verpleegkundige zorg	-	551.000	• https://essay.utwente.nl/72994/1/Bachelorscriptie%20Complexiteit%20in%20verpleegkundige%20zorg%20Eline%20Beldhuis%20en%20Monique%20Olde%20Engberink.pdf (Beldhuis & Olde Engberink, 2017)
Google	Uitsluitingscriteria eupati	-	5	• https://toolbox.eupati.eu/glossary/exclusiecriteria-uitsluitingscriteria/?lang=nl (EUPATIE, z.d.)
Springerlink	Kwalitatief onderzoek	-	3.696	• https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2F978-90-313-6373-5.pdf (Lucassen & Olde Hartman, 2007)
Google	Dinamo model	-	9.890.000	• https://www.boomstrategie.nl/komen-tot-veranderbereidheid-met-het-dinamo-model (Boom, z.d.)
Google Scholar	DINAMO model Metselaar	-	193	• https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/42170160/complete+dissertation.pdf (Metselaar, 1997)
Google	AVG	-	263.000.000	• https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/algemene-informatie-

				avg/algemene-informatie-avg (Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.)
Google Scholar	Kwalitatief onderzoek	-	74.700	• https://books.google.com/books?hl=nl&lr=&id=kl5QBCFpvN4C&oi=fnd&pg=PA77&dq=kwalitatief+onderzoek&ots=eTM4I NDrZG&sig=6HRuNYVEQgwxK2PZ5oz p8oeMaug (Ploch et al. (2007, p. 77)
Google	Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit	-	97.300	• https://www.vsnul.nl/files/documenten/Nederlandse%20gedragscode%20wetenschappelijke%20integriteit%202018.pdf (Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit, 2018).
Springerlink	Patiëntveiligheid	-	838	• https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/chapter/10.1007/978-90-368-1100-2_1 (Smorenburg, Kievit, Van Everdingen & Wagner, 2006)
Google	Patientveiligheid in ziekenhuizen	-	127.000	• https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Brochure_Patientveiligheid_ziekenhuizen.pdf? (Wagner, 2017)
Springerlink	AVG zorg	-	217	• https://link.springer.com/article/10.1007/s12454-018-0039-9 (Broersma, 2018)
Google Scholar	Veranderingsbereidheid	-	801	• https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/207458 (Sharafkhani, 2011)
Google	Comfort Rounding	-	18.300.000	• https://www.researchgate.net/publication/32999977_Haalbaarheid_van_Comfort_Rounding_op_een_Nederlandse_geriatische_ziekenhuisafdeling_een_pilotstudie (Slot, Janssen, Habets, Schoot & Oberjé, 2019)
Google	Analyseren kwalitatief onderzoek	-	307.000	• https://participatiekompas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april_tg.pdf. (Raats, 2019) • https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethode/coderen-interview/ (Dingemanse, 2019) • https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethode/interview-transcriberen/ (Smits, 2020)

Bijlage 7: Verklaringen geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

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

Hierbij verklaar ik dat:

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

Datum: 18-03-21

Plaats: Maastricht

Naam (indien student ook studentnummer): Janna Lamkin 1727966

Academie: Verpleegkunde

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

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

Hierbij verklaar ik dat:

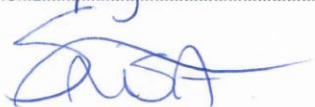
- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens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

Datum: 20 maart 2021

Plaats: Weert

Naam (indien student ook studentnummer): Lisa Smeets, 1703994

Academie: Verpleegkunde



Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

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

Hierbij verklaar ik dat:

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

Datum: 20-03-2021

Plaats: Hoensbroek

Naam (indien student ook studentnummer): Naziha Benyahia 1636413

Academie: Verpleegkunde

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.



Bijlage 8: Verklaringen Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit



Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

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

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

1. Eerlijkheid

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

2. Zorgvuldigheid

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

3. Transparantie

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

4. Onafhankelijkheid

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

5. Verantwoordelijkheid

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

Datum: 18-03-21

Plaats: Maastricht

Naam (indien student ook studentnummer): Jarmo Lamkin 1727966

Academie: Verpleegkunde

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

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

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

1. Eerlijkheid

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

2. Zorgvuldigheid

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

3. Transparantie

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

4. Onafhankelijkheid

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

5. Verantwoordelijkheid

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

Datum: 20 maart 2021

Plaats: Waert

Naam (indien student ook studentnummer): Lisa Smeets, 1703994

Academie: Verpleegkunde

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.



Verklaring Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit

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

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

1. Eerlijkheid

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

2. Zorgvuldigheid

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

3. Transparantie

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

4. Onafhankelijkheid

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

5. Verantwoordelijkheid

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

Datum: 20-03-2021

Plaats: Hoensbroek

Naam (indien student ook studentnummer): Naziha Benyahia 1636413

Academie: Verpleegkunde

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

