Evidence-based practice toepassen in de verpleegkundige praktijk.

E



B

Figuur 1. Logo ETZ. Overgenomen uit www.etz.nl van ETZ, 2019 (https://www.etz.nl/). Copyright 2019, ETZ.

Figuur 2. EBP: Research, uncertainty and decision-making. Overgenomen uit Evidence in Motion van K. Zimney, 2016 (https://www.evidenceinmotion.com/blog/2016/03/10/7708/). Copyright 2019, K. Zimney.

Onderzoeksverslag voor een praktijkgericht onderzoek naar de barrières die hbo-verpleegkundigen ervaren bij het toepassen van Evidence-based practice in de dagelijkse praktijk op etage B van het Elisabeth TweeSteden ziekenhuis locatie Elisabeth te Tilburg.

P

Evidence Based Practice toepassen in de verpleegkundige praktijk.

Onderzoeksverslag voor een praktijkgericht onderzoek naar de barrières die hbo-verpleegkundigen ervaren bij het toepassen van Evidence-based practice in de dagelijkse praktijk op etage B van het Elisabeth TweeSteden ziekenhuis locatie Elisabeth te Tilburg.

**Product:** Onderzoeksverslag afstudeerfase hbo-Verpleegkunde.

Afstudeerperiode 29 januari 2019 tot en met 21 juni 2019

**Auteur**: Kim van Eijndhoven
**Studentnummer**: 2098341

#

**Onderwijsinstelling:** Avans Hogeschool
**Academie:** Academie voor Gezondheidszorg
**Plaats: ‘**s-Hertogenbosch **Beoordelend** **docenten**: 1e beoordelaar Gideon Bruggeman, 2e beoordelaar Bernadine van de Walle
**Begeleidend** **docent**: Bernadine van de Walle

**Organisatie:** ETZ-locatie Elisabeth **Afdeling**: Etage B
**Plaats:** Tilburg

**Opdrachtgever**: M. Gerrits

**Gelegenheid:** 1e gelegenheid

**Datum**: 30-05-2019

**Aantal woorden onderzoeksverslag:** 9853

**Aantal woorden samenvatting:** 399

# **Voorwoord**

Voor u ligt het onderzoek ‘Evidence Based Practice toepassen in de verpleegkundige praktijk’ ter afronding van de studie hbo-Verpleegkunde aan de Avans Hogeschool te ’s-Hertogenbosch. Dit onderzoek is uitgevoerd op etage B van het Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis locatie Elisabeth te Tilburg, gedurende de periode van januari 2019 tot en met juni 2019.

Dit onderzoek bevat het resultaat van een onderzoek naar de barrières die hbo-verpleegkundigen ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk en wat zij nodig hebben om te kunnen werken als een reflectieve EBP-professional. Uit dit onderzoek zijn aanbevelingen naar voren gekomen voor etage B om in een later stadium daadwerkelijk te kunnen werken als reflectieve EBP-professional.

De periode waarin ik dit onderzoeksverslag heb geschreven kan ik typeren als ontzettend leerzaam en een leuke afsluitende periode van mijn studie hbo-verpleegkunde. Dit was een intensieve periode waaruit een onderzoeksverslag is gekomen wat ik met trots aan u presenteer.

Gedurende mijn afstudeerfase ben ik erg prettig begeleid door Bernadine van de Walle, ik wil haar dan ook bedanken voor haar flexibiliteit, laagdrempelige bereikbaarheid en kundige feedback. Tot slot wil ik mijn collega-onderzoekers uit mijn peergroep bedanken voor de fijne samenwerking en kritische feedback gedurende de afstudeerfase.

# **Samenvatting**

Nederland staat hoog op de ladder als het gaat om de kwaliteit van zorg en behoort hiermee tot de beste zorg van Europa (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016). Er wordt in Nederland, maar ook internationaal, beroep gedaan op zorgprofessionals om de keuzes die gemaakt worden binnen de zorg te baseren op het beste bewijsmateriaal, namelijk Evidence-based practice oftewel EBP (Vermeulen & Tiemens, 2015). EBP is het toepassen van het bewijs en de getoetste betrouwbaar bevonden kennis (evidence) toepassen in de dagelijkse praktijk om zo de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen leveren (Munten et al., 2016). Tot op heden integreren de hbo-verpleegkundigen van etage B van het Elisabeth ziekenhuis te Tilburg, EBP niet in hun directe patiëntenzorg. Om deze rede is de volgende hoofdvraag onderzocht tijdens dit onderzoek; *‘Welke barrières ervaren hbo-opgeleide verpleegkundigen op etage B van het ETZ locatie Elisabeth bij het toepassen van EBP in hun dagelijkse werk en wat hebben zij nodig om in de praktijk als reflectieve EBP-professional te kunnen werken?’.*

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van mixed-methods. Dat wil zeggen dat er zowel een kwantitatief als kwalitatief onderzoek is uitgevoerd. Gedurende het kwantitatieve onderzoek is er middels een vragenlijst onderzocht welke barrières hbo-verpleegkundigen ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk. Tijdens het kwalitatieve onderzoek, in de vorm van een focusgroep, is er verdere diepgang verkregen in de resultaten van het kwantitatieve onderzoek.

Uit de resultaten van het kwantitatieve onderzoek kwamen de barrières tijdsgebrek, literatuur niet op één plek kunnen vinden en moeite met Engels naar voren. Opvallend was dat twee van de drie barrières werden ontkracht in het kwalitatieve onderzoek. Er werd uiteindelijk geconcludeerd dat tijdsgebrek, kennistekort, een onduidelijke visie en ontbrekend leiderschap de barrières zijn die voor de hbo-verpleegkundigen op de voorgrond staan. Een vervolgonderzoek naar het creëren van tijd en het vormen van een visie zijn dan ook twee belangrijke aanbevelingen die naar voren komen.

Dit onderzoek heeft plaats gevonden op drie afdelingen van etage B en is uitgevoerd onder alle hbo-verpleegkundigen die er minimaal een half jaar werkzaam zijn. De generaliseerbaarheid van het onderzoek is hierdoor vergroot en versterkt de kwaliteit van het onderzoek. Echter moet er wel altijd rekening gehouden worden met context gebonden factoren.

Met dit onderzoek heeft de opdrachtgever mogelijk waardevolle inzichten in handen. Middels EBP kan immers de hoogste kwaliteit van zorg geleverd worden, wat hoog in het vaandel staat binnen het ETZ.

**Inhoudsopgave**

[**1.** **Inleiding**  8](#_Toc9502846)

[**2.** **Methode** 13](#_Toc9502847)

[**2.1 Kwantitatief onderzoek** 13](#_Toc9502848)

[**2.1.1 Onderzoekspopulatie**  13](#_Toc9502849)

[**2.1.2 Dataverzameling**  14](#_Toc9502850)

[**2.1.3 Data-analyse** 15](#_Toc9502851)

[**2.1.4 Kwaliteitscriteria** 16](#_Toc9502852)

[**2.2 Kwalitatief onderzoek** 17](#_Toc9502853)

[**2.2.1 Onderzoekspopulatie en steekproef** 17](#_Toc9502854)

[**2.2.2 Dataverzameling** 18](#_Toc9502855)

[**2.2.3 Data-analyse** 19](#_Toc9502856)

[**2.2.4 Kwaliteitscriteria** 19](#_Toc9502857)

[**2.3 Ethische verantwoording** 20](#_Toc9502858)

[**3.** **Resultaten** 21](#_Toc9502859)

[**3.1 Resultaten met betrekking tot het kwantitatief onderzoek** 21](#_Toc9502860)

[**3.1.1 Deelgenomen onderzoekspopulatie** 21](#_Toc9502861)

[**3.1.2 Resultaten vragenlijst** 21](#_Toc9502862)

[**3.2 Resultaten met betrekking tot het kwalitatief onderzoek** 24](#_Toc9502863)

[**3.2.1 Deelgenomen onderzoekspopulatie** 24](#_Toc9502864)

[**3.2.2 Topic: Tijd** 24](#_Toc9502865)

[**3.2.3 Topic: cultuur/werkomgeving/motivatie** 24](#_Toc9502866)

[**3.2.4 Topic: Kennis/vaardigheden** 25](#_Toc9502867)

[**3.2.5 Topic: Rolmodel/ondersteuning** 26](#_Toc9502868)

[**3.2.6 Topic: Faciliteiten** 26](#_Toc9502869)

[**4.** **Discussie en aanbevelingen**  28](#_Toc9502870)

[**4.1 Discussie resultaten** 28](#_Toc9502871)

[**4.2 Discussie methode**  30](#_Toc9502872)

[**4.2.1 Discussie kwantitatief onderzoek** 30](#_Toc9502873)

[**4.2.2 Discussie kwalitatief onderzoek** 31](#_Toc9502874)

[**5.** **Conclusie** 33](#_Toc9502875)

[**Literatuurlijst** 34](#_Toc9502876)

[**Bijlagen** 37](#_Toc9502877)

[**Bijlage 1. Vragenlijst kwantitatief onderzoek** 37](#_Toc9502878)

[**Bijlage 2. Resultaten vragenlijst** 41](#_Toc9502887)

[**Gesloten vragen** 41](#_Toc9502888)

[**Open vragen** 43](#_Toc9502889)

[**Bijlage 3. Affiche vragenlijst** 45](#_Toc9502890)

[**Bijlage 4. Informatiebrief** 46](#_Toc9502891)

[**Bijlage 5. Informed consent formulier** 48](#_Toc9502893)

[**Bijlage 6. Inschrijfformulier focusgroep** 49](#_Toc9502894)

[**Bijlage 7. Gespreksagenda focusgroep** 50](#_Toc9502895)

[**Bijlage 8. Transcript focusgroep** 52](#_Toc9502896)

[**Bijlage 9. Codeboek focusgroep** 61](#_Toc9502897)

[**Bijlage 10. Codeboom** 67](#_Toc9502898)

# **Inleiding**

Nederland staat hoog op de ladder als het gaat om de kwaliteit van zorg en behoort hiermee tot de beste zorg van Europa (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016). Vanuit het ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport (VWS) is de ambitie in Nederland dan ook: voor iedereen betaalbare en toegankelijke zorg van hoge kwaliteit (VWS, 2013). Echter blijkt uit onderzoek van De Beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) dat 65% van de dagelijkse verpleegkundige handelingen overbodig of potentieel schadelijk zijn, wat de kwaliteit van zorg benadeeld (V&VN, 2017). Tijdens 46% van de overbodige verpleegkundige handelingen is de rede traditie en stemt de zorg niet overeen met de meest huidige wetenschappelijke inzichten. Daarnaast schrijven Rice, Morris, Tortella, Wheeler en Christensen (2012) dat het afwijken van de richtlijnen bij ernstige trauma patiënten leidt tot een hogere mortaliteit.

Er wordt in Nederland, maar ook internationaal, beroep gedaan op zorgprofessionals om de keuzes die gemaakt worden binnen de zorg te baseren op het beste bewijsmateriaal, namelijk Evidence-based practice oftewel EBP (Vermeulen & Tiemens, 2015). EBP is het toepassen van het bewijs en de getoetste betrouwbaar bevonden kennis (evidence) toepassen in de dagelijkse praktijk om zo de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen leveren en ook deze zorg te kunnen verantwoorden (Munten et al., 2016). Er dient daarom door zorgprofessionals altijd de vraag gesteld te worden of een behandeling aantoonbaar en bewezen zinvol of effectief is. Bij het maken van keuzes binnen de zorg wordt veelal gesproken over de integratie van drie bronnen van kennis: wetenschappelijke kennis, professionele kennis en expertise, ervaring en kennis van de patiënt geuit in voorkeuren en eigen deskundigheid (Tiemens, 2013). EBP is echter meer dan alleen handelen op basis van de best beschikbare literatuur (Vermeulen & Tiemens, 2015). De verpleegkundige beschikt over onder andere de kennis van de methodiek van EBP, heeft kennis van methoden van onderzoek en heeft kennis van actuele thema’s en ontwikkelingen in het eigen vakgebied (Schuurmans, Lambregts, & Grotendorst, 2012). Op het gebied van vaardigheden dient de verpleegkundige vakliteratuur bij te houden, weet informatie snel op te zoeken en kan participeren in praktijkonderzoek.

De methodiek van EBP is een belangrijk besluitvormingsproces dat bestaat uit de volgende vijf stappen: (1) het stellen van een beantwoordbare vraag, (2) zoeken naar wetenschappelijke artikelen, (3) beoordelen van het bewijsmateriaal (evidence), (4) toepassen van de evidence, (5) evaluatie van de toepassing in de praktijk (Vermeulen & Tiemens, 2015). EBP helpt verpleegkundigen om hun handelen te kunnen verantwoorden tegenover patiënten, collega’s, financiers, maar ook om zichzelf te blijven ontwikkelen en positioneren in hun beroep (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012). EBP kan ook dienen om de voor-en nadelen van bepaalde behandelingen beter met patiënten te kunnen bespreken en hierover te kunnen communiceren.

De hbo-verpleegkundige wordt volgens het beroepsprofiel Verpleegkundige 2020 van de V&VN onder andere gezien als een reflectieve EBP professional en betrekt de meest huidige wetenschappelijke inzichten in keuzes en het verpleegkundig handelen (Schuurmans et al., 2012). De hbo-verpleegkundige streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies die doeltreffend en doelmatig zijn om zo de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen leveren. In het beroepsprofiel wordt er gebruik gemaakt van ordening in zeven competentie gebieden, gebaseerd op de systematiek van de Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS). Een van de zeven competentie gebieden van de hbo-verpleegkundige is de reflectieve (EBP) professional.

Het is bekend volgens welke stappen de EBP methodiek moet worden toegepast, maar volgens Vermeulen en Tiemens (2015) bestaat er nog steeds een kloof tussen de wetenschap en de praktijk en de minimale toepassing in de praktijk van wetenschappelijke kennis door verpleegkundigen. Uit recent onderzoek van Renolen en Hjalmhult (2015) blijkt dat wanneer verpleegkundigen in de praktijk tegen een probleem aanlopen dat ze dan handelen naar hetgeen wat zij denken dat goed is; hierbij lijken verpleegkundigen meer te vertrouwen op hun gevoel dan op het wetenschappelijke bewijs. Verpleegkundigen vragen eerder een collega om raad dan op zoek te gaan naar wetenschappelijke literatuur. Ook als het gaat om concrete interventies of handelingen wordt er sterk vastgehouden aan tradities (Makic, Vonrueden, Rauen, & Chadwick, 2011; Vermeer, 2011). Echter blijkt uit onderzoek van Skela-savic, Hvalic-Touzery en Pezjak (2017) dat verpleegkundigen het erover eens zijn dat EBP zinvol is hun dagelijkse werk, maar dat zij bij de toepassing van EBP verschillende barrières ervaren.

Van 2007 tot 2016 is er literatuur verzameld in het onderzoek van Carmargo et al. (2018) over de barrières die verpleegkundigen ervaren in het toepassen van EBP. In dit onderzoek komt naar voren dat kennistekort over het evalueren van bewijsmateriaal, maar vooral tijdsgebrek de meest genoemde barrières zijn onder verpleegkundigen. Deze gegevens worden bevestigd in het onderzoek van Farokhzadian, Khajouei en Ahmadian (2015) waarin internationale onderzoeken, met betrekking tot de barrières binnen het toepassen van EBP, zijn geanalyseerd. In de onderzoeken van Tiemens, Munten, & Vermeulen (2013) en Carmargo et al. (2018) wordt de aanbeveling gedaan voor verder onderzoek naar de barrières bij het toepassen van EBP in het dagelijkse werk. Volgens Munten, Vermeulen en Tiemens (2012) is de beschikbaarheid van middelen een belangrijke barrière bij het toepassen van EBP in de praktijk. Hieronder valt de beschikbare tijd, educatie en beschikbare literatuur. Bij beschikbare literatuur wordt er gedacht aan computers, vakbladen, richtlijnen, maar ook of die richtlijnen makkelijk toepasbaar en te vinden zijn.

In Nederland is een grootschalige inventarisatie gedaan naar de barrières bij de implementatie van EBP (Vermeulen & Tiemens, 2015). Zo is er een top tien van barrières opgesteld waarvan er echter drie gericht zijn op de persoon en de vaardigheden van de verpleegkundigen. Hieruit kan opgemaakt worden dat de overige zeven barrières aan de context liggen waarin de verpleegkundigen werken. Bij de implementatie van EBP zijn vijf bouwstenen van belang, namelijk; visie, vaardigheden, drijfveren, middelen en een plan van aanpak. Zodra een van deze bouwstenen ontbreekt ontstaat er een probleem en wordt het proces wankel. In Tabel 1 is de top tien van Barrières bij de implementatie van EBP te lezen.

Tabel 1

*De top tien van barrières bij de implementatie van EBP.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Er is onvoldoende tijd in het werk om nieuwe ideeën te implementeren.  |
| 2 | Er is geen tijd tijdens het werk om onderzoeksartikelen te lezen.  |
| 3  | De verpleegkundige vindt dat hij/zij niet voldoende autoriteit heeft procedures in de patiëntenzorg te veranderen.  |
| 4 | De statistische analyses worden niet begrijpelijk gepresenteerd.  |
| 5 | De relevante literatuur is niet beschikbaar op één plaats.  |
| 6 | De faciliteiten zijn inadequaat.  |
| 7 | Andere staf ondersteunt de implementatie niet.  |
| 8 | Artsen willen niet samenwerken bij de implementatie.  |
| 9 | De verpleegkundige is niet op de hoogte van onderzoek.  |
| 10 | De verpleegkundige voelt zich niet capabel om de kwaliteit van onderzoek te beoordelen.  |

*Opmerking.* Overgenomen uit *Implementatie van evidence based practice* (p. 5) door H. Vermeulen en B. Tiemens, 2015, Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Copyright 2019, Bohn Stafleu van Loghum.

Het Elisabeth TweeSteden ziekenhuis (ETZ) is het 26e topklinische ziekenhuis van Nederland (AD, 2018). Kwaliteit van zorg staat in Nederland hoog in het vaandel en dat wordt tevens beschreven in de visie van ETZ. De visie van het ETZ uit zich in de term ‘Buitengewoon’ (ETZ, z.d.-a). Hiermee staat het streven naar de hoogste kwaliteit van zorg centraal en richt de zorg zich op het toespitsen van de patiënt, waarbij er nadrukkelijk wordt gekeken naar de beste behandelmogelijkheden en keuzes voor ieder individu. Doordat EBP bijdraagt aan het leveren van de hoogste kwaliteit van zorg en verpleegkundigen ondersteunt in het maken van keuzes is dit een belangrijk onderdeel binnen het ETZ.

Doordat de zorg steeds complexer wordt door comorbiditeit, kortere ligduur, vergrijzing en technologische en politieke ontwikkelingen is dit voor het ETZ aanleiding geweest om in 2014 te starten met het project Verpleegkunde 2020 (Schuermans & Mijland, 2018). Door middel van het project Verpleegkunde 2020 worden de verpleegkundigen voorbereid op de toekomst met daarin duidelijk onderscheidt tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. Om dit onderscheidt te kunnen maken zijn er verschillende trajecten binnen het ETZ gestart. Het ETZ biedt een post-bachelor EBP aan, wat bestaat uit een scholingsprogramma voor de huidige hbo-verpleegkundigen om aan het niveau van de toekomst te kunnen voldoen. Tevens wordt er een maatwerktraject mbo-hbo aangeboden met nadrukkelijk focus op EBP volgens het beroepsprofiel 2020. Daarnaast biedt het leerhuis incidentele workshops EBP aan op vraag van een afdeling.

Binnen het ETZ, locatie Elisabeth te Tilburg is etage B een chirurgische etage en bestaat uit afdeling B1 Traumatologie, B2 Vaatchirurgie en B3 algemene chirurgie. Binnen het ETZ werken op etage B 22 hbo-verpleegkundigen. Op etage B van het ETZ wordt er vanuit de hbo-verpleegkundigen samengewerkt in een EBP-werkgroep. Dit doet iedere afdeling met zijn eigen hbo-verpleegkundigen. Hierbij wordt er gemiddeld één keer in de maand een vraagstelling met de elementen; patiënt of probleem, interventie, co-interventie en outcome of resultaat (PICO) uitgewerkt. Dit gebeurt buiten werktijd en wordt als volgt samen besproken waarna het onderwerp wordt afgerond. Als de PICO-regel wordt toegepast bij het opstellen van een beantwoordbare vraag dan komen in elk geval alle relevante aspecten aan bod (Cox et al., 2012). Als er klinische onzekerheden zijn op de werkvloer wordt er een PICO opgesteld en wordt dit in de EBP map geschreven. Bovenstaande werd geobserveerd door de onderzoeker om een beeld te schetsen van de huidige situatie. Uit gedane observaties door de onderzoeker tijdens de dagelijkse zorg, blijkt dat er op etage B niet op het directe moment van de klinische onzekerheden gezocht wordt naar wetenschappelijke literatuur. Dit gegeven is geverifieerd bij de opdrachtgever die dezelfde observaties heeft verricht (Persoonlijke communicatie, 10 januari 2018). Uit deze observaties blijkt dat de huidige werkwijze van de verpleegkundigen op etage B niet aansluit bij de wenselijke werkwijze als het gaat om het werken als een reflectieve EBP professional. Een gevolg hiervan is dat er mogelijk overbodige zorg wordt geboden, wat het gezondheidsrisico van de patiënt aanhaalt en de patiënt niet de hoogste kwaliteit van zorg ontvangt (V&VN, 2017).

In de week van 17 december 2018 is er aan zes hbo-verpleegkundigen op etage B, waarvan twee hbo-verpleegkundigen langer dan drie jaar werkzaam zijn en vier hbo-verpleegkundigen korter dan twee jaar, de vraag gesteld hoe zij tegen het toepassen van EBP op de werkvloer aankijken. De verpleegkundigen gaven hierbij aan verschillende barrières te ervaren zoals: het beoordelen van de kwaliteit van literatuur en met name van de Engelse literatuur en het lezen hiervan. Daarnaast speelt tijdsgebrek een grote rol volgens de verpleegkundigen. De verpleegkundigen gaven aan dat door het tijdsgebrek op de werkvloer de PICO in eigen tijd uitgewerkt wordt. Het kan voorkomen dat de verpleegkundige die de PICO heeft opgesteld door de onregelmatigheid van diensten, ziekte of andere redenen niet bij de bespreking van de PICO vraagstelling kan zijn. In de gedane observaties worden deze mondelinge gegevens bevestigd.

Uit observaties en persoonlijke communicatie blijkt dat hbo-verpleegkundigen op etage B van het Elisabeth ziekenhuis, EBP en daarmee het uitwerken van klinische onzekerheden niet in hun eigen directe patiëntenzorg integreren, maar dit delegeren aan anderen. Dit wordt bevestigd door Manon Gerrits, praktijkopleider en tevens opdrachtgever van dit onderzoek (Persoonlijke communicatie, 14 januari 2018). Echter wordt verwacht van hbo-verpleegkundigen, gegeven de huidige veranderingen in het beroepsprofiel dat zij werken als een reflectieve EBP-professional en daarmee kennis en de methodiek van EBP beheersen en uitvoeren (Lambregts, Grotendorst, & Van Merwijk, 2015). Onduidelijk is welke barrières hbo- verpleegkundigen op etage B nog meer ervaren, naast tijdsgebrek en het beoordelen en lezen van Engelse literatuur. Tevens is onduidelijk wat zij nodig hebben om EBP te integreren in hun dagelijkse werk.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen wat de barrières zijn voor de hbo-verpleegkundigen op etage B om EBP toe te passen in hun dagelijkse werk. Het uiteindelijke streven is om inzichtelijk te krijgen welke barrières de verpleegkundigen op etage B ervaren in het toepassen van EBP in de praktijk en wat zij nodig om te kunnen werken als reflectieve EBP-professional. Aan de hand van de beschreven doelstelling kan daar de volgende vraagstelling uit geformuleerd worden:

**“Welke barrières ervaren hbo-opgeleide verpleegkundigen op etage B van het ETZ locatie Elisabeth bij het toepassen van EBP in hun dagelijkse werk en wat hebben zij nodig om in de praktijk als reflectieve EBP-professional te kunnen werken?”**

# **Methode**

In de inleiding van dit onderzoek is de vraagstelling, “Welke barrières ervaren hbo-opgeleide verpleegkundigen op etage B van het ETZ locatie Elisabeth bij het toepassen van EBP in hun dagelijkse werk en wat hebben zij nodig om in de praktijk als reflectieve EBP-professional te kunnen werken”, opgesteld. Om de gehele vraagstelling te kunnen beantwoorden is er in dit praktijkonderzoek gekozen voor een mixed methods. Dat wil zeggen dat er een combinatie gemaakt is van een kwalitatieve- en kwantitatieve onderzoeksmethode (Cox et al., 2012). In het eerste deel van deze vraag is er op zoek gegaan naar de barrières die hbo-verpleegkundigen ervaren bij het toepassen van EBP en valt onder een verklarende vraag. Bij een verklarende vraag wordt er naar een verband of verklaring gezocht (Bakker & Van Buren, 2014). Een passende methode om een verklarende vraag te beantwoorden is een vragenlijst. Het tweede gedeelte van de vraagstelling leidt tot het voorstellen van een ingreep of maatregel en waar mogelijk een verbetering of oplossing uit volgt. Dit deel wordt een ontwerpende vraag genoemd waarbij focusgroepen een passende methode zijn. Voorafgaand aan een ontwerpende vraag gaat altijd een evaluerende of verklarende vraag, zoals terug te zien is in dit onderzoek. Allereerst is het kwantitatieve onderzoek uitgevoerd, waarbij de uitkomsten het startpunt waren voor het kwalitatieve onderzoek.

## **2.1 Kwantitatief onderzoek**

### **2.1.1 Onderzoekspopulatie**

Het kwantitatieve onderzoek heeft plaats gevonden op etage B van het ETZ locatie Elisabeth. Etage B is een chirurgische etage en bestaat uit 58 verpleegkundigen waarvan 22 verpleegkundigen hbo-opgeleid zijn. Op etage B zijn daarnaast ook verzorgenden, helpenden, voedingsassistenten, secretaresses en artsen en arts-assistenten werkzaam. Naar aanleiding van de vraagstelling is hieruit een passende onderzoekspopulatie gekozen. Aangezien de vraagstelling betrekking heeft op alle hbo- verpleegkundigen op etage B bevat de onderzoekspopulatie alle hbo-verpleegkundigen op etage B die hier minimaal een half jaar werkzaam zijn. Er is gekozen voor hbo-verpleegkundigen die minimaal een half jaar werkzaam zijn op etage B in overleg met de opdrachtgever van dit onderzoek (Persoonlijke communicatie, 20 februari 2019). Volgens de opdrachtgever richten de hbo-verpleegkundigen die korter dan een half jaar werkzaam zijn op etage B zich het eerste half jaar voornamelijk op de kennismaking met de afdeling, de etage, het specialisme en het ziekenhuis. Hierbij richten zij zich het eerste half jaar nauwelijks op EBP en kon er daardoor nog niet voldoende inzicht worden verkregen of de verpleegkundigen barrières ervoeren in het toepassen van EBP. Om de verpleegkundigen te informeren omtrent het kwantitatieve onderzoek is er voorafgaand aan de start periode van de afname van de vragenlijsten een mail naar de verpleegkundigen gestuurd ter bewustwording van het onderzoek, met de vraag of zij hier deel aan willen nemen door de vragenlijst in te vullen. Bovenaan de daadwerkelijke vragenlijst was er nogmaals een inleidend stukje tekst te lezen over de inhoud van de vragenlijst en werd er toestemming verkregen voor gegevens gebruik middels informed consent, dit wordt verder toegelicht in paragraaf 2.2.3. Tevens is in iedere werk- en leerruimte van etage B een affiche opgehangen ter herinnering voor het invullen van de vragenlijst (zie Bijlage 3). Er is voor gekozen om de onderzoekspopulatie via de mail te informeren omdat dit de snelste manier is om zoveel mogelijk verpleegkundigen te bereiken. Mondeling informeren geniet de voorkeur doordat dit de respons kan vergroten maar doordat de teamvergaderingen eens per twee á drie maanden plaats vinden is het voor dit onderzoek gezien het tijdsbestek niet haalbaar (de Jong et al., 2015).

### **2.1.2 Dataverzameling**

Om na te gaan welke barrières hbo-verpleegkundigen op etage B ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk werd de bestaande vragenlijst The barriers to research utilization scale van Funk, Champagne, Wiese en Tornquist (1991), die door Cox (2007) vertaald is naar het Nederlands, gebruikt in het kwantitatieve onderzoek (zie Bijlage 1). De vragenlijst is betrouwbaar, valide en hanteerbaar bevonden door Coopmans (2006), dit zal verder toegelicht worden in onderstaande paragraaf 2.1.4. Bovenaan de vragenlijst werden drie inleidende vragen gesteld over de leeftijd en hoe lang de verpleegkundigen werkzaam zijn op etage B. Deze vragen zijn gesteld om de overdraagbaarheid van dit onderzoek naar een andere afdeling of omgeving te kunnen beoordelen (de Jong et al., 2015). De vragenlijst bestaat uit 35 vragen waarvan 31 gesloten vragen en vier open vragen. Een voorbeeld van een gesloten vraag uit de vragenlijst ziet er als volgt uit: “Verpleegkundigen hebben geen tijd om onderzoeksverslagen te lezen”. De gesloten vragen konden door middel van een likert-schaal worden beantwoord. De antwoord mogelijkheden waren hierbij: geen belemmering, kleine belemmering, redelijke belemmering, grote belemmering en geen mening. Hierbij wordt er van een ordinaal meetniveau gesproken (de Jong et al., 2015). Dat wil zeggen dat er verschillende categorieën aan te duiden zijn, waar verschillen tussen zitten. Echter zijn die verschillen niet goed aan te duiden. Door middel van een likert-schaal kunnen meningen van respondenten op een eenvoudige manier gegradeerd worden (SurveyMonkey, z.d.). Tevens kan er nagegaan worden waar de verbeterpunten zitten en kan er op deze manier geanalyseerd worden welke barrières de verpleegkundigen ervaren en sluit de likert-schaal aan op de vraagstelling. Daarnaast is er door middel van de open vragen diepgang verkregen en de mogelijkheid gegeven aan de verpleegkundigen om de gesloten vragen te motiveren. Tot slot werd de informatiebrief (Bijlage 4) voor de focusgroep toegevoegd aan de vragenlijst om zo een eerste inventarisatie te krijgen van het aantal deelnemers voor het kwalitatieve onderzoek.

De vragenlijst is uitgezet onder alle hbo-verpleegkundigen op etage B die hier langer dan een half jaar werkzaam zijn. Hier is toestemming voor verkregen vanuit de teamleiders van de afdelingen. De vragenlijst was te vinden op iedere afdeling van etage B in een gezamenlijke openbare ruimte en werd tevens via de mail verstrekt zodat digitale deelname ook mogelijk was. Hierdoor kon de vragenlijst elk moment van de dag ingevuld worden en is deze gemakkelijk te bereiken (de Jong et al., 2015). Er werd bewust voor digitale en papieren verstrekking gekozen om de invulmogelijkheden en hierdoor de respons te vergroten. De vragenlijst had een respons tijd van twee weken. Doordat de verpleegkundigen twee weken de tijd kregen, werd er hierbij rekening gehouden met verpleegkundigen die parttime werken en niet dagelijks op de afdeling aanwezig zijn of niet dagelijks hun werk mail lezen. Na één week is er een herinneringsmail rondgestuurd en bij het opmerken van weinig respons werden de verpleegkundigen hier mondeling op aangesproken. Deze reminders zijn volgens de Jong et al. (2015) geschikt om de respons te vergroten.

De vragenlijst werd duidelijk ingeleid waarin werd beschreven wat het doel is van de vragenlijst en dit onderzoek. Tevens is de lay-out van de vragenlijst gestructureerd en overzichtelijk weergegeven en nam de vragenlijst niet te veel tijd in beslag waardoor de respons werd vergroot (de Jong et al., 2015). Op iedere afdeling van etage B was er een duidelijk inleverpunt in de werk- en leerruimte. Hierbij werd een opvallende doos ingezet waardoor de inspanning die verpleegkundigen moesten leveren voor het inleveren van de vragenlijst laag en werd de respons tevens vergroot. De privacy is bij het inleveren van de vragenlijsten gewaarborgd doordat de vragenlijst anoniem werden ingevuld en de doos dagelijks geleegd is door de onderzoeker. Doordat de vragenlijsten anoniem verwerkt werden kan dit voor de respondenten gezorgd hebben voor een minder grote drempel tot het invullen ervan, omdat de resultaten niet persoonlijk terug te refereren zijn (de Jong et al., 2015).

Er is gestreefd naar een minimale respons van 15 verpleegkundigen. Wanneer een non-respons boven de 30% van de populatiecategorie wordt behaald, dan kan dit negatief effect hebben op de generaliseerbaarheid van het onderzoek (de Jong et al., 2015). Wanneer dit minimale aantal wordt behaald zijn de resultaten representatief voor de gehele onderzoekspopulatie. Op deze manier draagt het meetinstrument bij aan de betrouwbaarheid van het praktijkonderzoek.

### **2.1.3 Data-analyse**

Op het moment dat de responstijd van twee weken was verlopen, zijn de gegevens geanalyseerd. Dit is handmatig gedaan door middel van optellen van resultaten. Er is gekozen voor het handmatig optellen van resultaten door het minimale aantal van de vragenlijsten en er hierdoor geen hulpmiddel zoals SPSS of Excel voor de analyse nodig was. De Jong et al. (2015) geeft aan dat het handmatig optellen van resultaten een veel gebruikte methode is bij een likert-schaal. De gesloten vragen zijn op ordinaal meetniveau geanalyseerd door middel van een puntentoekenning aan de antwoorden. Zo werd bijvoorbeeld ‘geen belemmering’ toegekend met één punt en ‘grote belemmering’ werd toegekend met vier punten. Als volgt is er een totaal score berekend door middel van het optellen van de punten waardoor de grootste belemmeringen naar voren kwamen. De resultaten zijn verwerkt in een tabel omdat dit een overzichtelijke manier is, hierdoor inzicht wordt verkregen in de gegevens en dit een gangbare verwerking is van gegevens uit een likert-schaal (de Jong et al., 2015) (zie Bijlage 2). In overeenstemming met de opdrachtgever werden daaruit de belangrijkste belemmeringen gekozen, die het meest van belang zijn voor de afdeling en dienen als startpunt voor de focusgroep. De open vragen in de vragenlijst zijn geanalyseerd middels het coderen van de antwoorden en hier thema’s aan te koppelen. Op deze manier zijn de toelichtingen op de open vragen onderverdeeld in categorieën en kon er gekeken worden welke onderwerpen er herhaaldelijk terugkwamen (de Jong et al., 2015) (zie Bijlage 2). De thema’s die naar voren kwamen zijn gebruikt als topics voor de focusgroep. Onafhankelijke onderzoekers (collega-onderzoekers) hebben de bevindingen gecontroleerd op juistheid. Door middel van deze peer-review wordt de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot en worden eventuele meetfouten gereduceerd (de Jong et al., 2015). De resultaten van de vragenlijst zijn beschreven in hoofdstuk 3.

### **2.1.4 Kwaliteitscriteria**

Om een goed kwantitatief onderzoek te doen moet het voldoen aan de eisen van betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2016).

De *validiteit* van het kwantitatief onderzoek wordt gewaarborgd, doordat er gebruik is gemaakt van een bestaande vragenlijst. Deze vragenlijst is in eerder onderzoek van Coopmans (2006) valide bevonden en meet dus wat het moet meten. Dit wordt ook wel inhoudsvaliditeit genoemd en hierbij is bevestigd dat dit meetinstrument alle aspecten vanuit de theorie omvat (Verhoef et al., 2016). De vragenlijst meet de barrières die verpleegkundigen ervaren in het toepassen van EBP en dat sluit aan bij wat er in de vraagstelling van het onderzoek gemeten dient te worden. Doordat er gebruik is gemaakt van een vertaald meetinstrument is de vragenlijst door de peergroep beoordeeld op hanteerbaarheid en begrijpbaarheid. Dit werd gedaan door middel van feedback op de stellingen. Tevens zijn er voorafgaand aan het onderzoek weloverwogen keuzes gemaakt voor de geschikte onderzoeksmethodes voor dit onderzoek. De interne validiteit is door deze maatregelen vergroot. Daarnaast werd de externe validiteit vergroot, doordat het onderzoek plaats heeft gevonden op drie afdelingen. De onderzoekspopulatie is breed genomen en het probleem wat speelt is niet specifiek voor één afdeling maar voor de gehele etage Heelkunde. Hierdoor kunnen de onderzoeksresultaten veralgemeniseerd worden naar een bredere doelgroep of andere omstandigheden. Echter moet er altijd rekening gehouden worden met context gebonden factoren zoals de cultuur en werkomgeving op andere afdelingen voordat een onderzoek generaliseerbaar is (de Jong et al., 2015).

De betrouwbaarheid van het kwantitatief onderzoek werd vergroot, doordat de vragenlijst tevens door Coopmans (2006) betrouwbaar is bevonden. Dit wil zeggen dat de vragenlijst herhaald is en hetzelfde heeft gemeten als in eerder onderzoek (Verhoef et al., 2016). De vragenlijst is dus reproduceerbaar. Ook wordt de betrouwbaarheid vergroot, doordat er sprake is van intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (de Jong et al., 2015). Dit wil zeggen dat de gegevens verzameling door eenzelfde persoon gebeurt als de gegevens verwerking, in dit geval de onderzoeker. Hierdoor ontstaat er eenduidigheid over de wijze van analyseren en wordt de kans op analysefouten gereduceerd.

De *toepasbaarheid* van de kwantitatieve onderzoeksresultaten worden vergroot doordat de onderzoekspopulatie, zoals eerder genoemd, breed genomen is en het onderzoek richt zich niet op één specifieke afdeling, maar op een gehele etage. Het kwantitatieve onderzoek kan toepasbaar zijn voor het gehele ziekenhuis, maar door tijdsgebrek en één onderzoeker is dit niet haalbaar gedurende het tijdsbestek van dit praktijkgericht onderzoek.

## **2.2 Kwalitatief onderzoek**

### **2.2.1 Onderzoekspopulatie en steekproef**

Het kwalitatieve onderzoek heeft tevens plaats gevonden op etage B van het ETZ locatie Elisabeth. De onderzoekspopulatie is hierbij dan ook hetzelfde gebleven, namelijk alle hbo-verpleegkundigen op etage B locatie Elisabeth die hier langer dan een half jaar werkzaam zijn. Bij het kwalitatieve onderzoek is er voorafgaand aan de focusgroep nogmaals de informatiebrief verstrekt aan de gehele onderzoekspopulatie (zie Bijlage 4). Hierin werd uitgelegd wat de inhoud is van de focusgroep, dat het gesprek opgenomen zal worden, dat alle gegevens anoniem worden verwerkt, wat de voor-en nadelen van deelname zijn, dat meedoen geheel vrijwillig is en dat de verpleegkundigen ten alle tijden hun deelname mogen beëindigen. Bij toestemming voor het gebruik van gegevens ondertekent de verpleegkundige het informed consent formulier (zie Bijlage 5). Voorafgaand aan het kwalitatieve onderzoek is er door middel van een affiche op elke afdeling verschillende data gepresenteerd voor het kwalitatieve onderzoek (zie Bijlage 6). Hier is toestemming voor verkregen vanuit de teamleiders van de afdelingen. Door middel van dit affiche konden de verpleegkundigen zich in schrijven voor bepaalde data van een focusgroep en zo kon er een representatieve groep worden geselecteerd op basis van beschikbaarheid en wil. Het selecteren van de focusgroep op basis van beschikbaarheid en wil wordt ook wel een gelegenheidssteekproef genoemd (Verhoef et al., 2016). Het was geen eis dat de verpleegkundigen de vragenlijst ingevuld moesten hebben, echter kon dit ook niet gecontroleerd worden doordat de kwantitatieve gegevens anoniem zijn verzameld. Op de affiches werd in het kort de inhoud en opzet van de focusgroep omschreven. Het minimale aantal deelnemers voor een focusgroep volgens Verhoef et al. (2016) is zes en het maximale aantal is twaalf personen, dit is gesteld als eis voor het kwalitatieve onderzoek. Bij minder dan zes personen kan het zijn dat de dialoog niet voldoende op gang komt, echter kan bij twaalf personen voorkomen dat niet iedereen voldoende aan het woord komt. Tijdens de focusgroep is er een observator aangewezen, dit is een persoon die ervoor zorgt dat iedereen voldoende aan het woord komt.

### **2.2.2 Dataverzameling**

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten van het kwantitatieve onderzoek heeft er één focusgroep plaats gevonden. Er is gekozen voor een focusgroep ter aanvullende informatie en om antwoord te kunnen geven op het tweede gedeelte van de vraagstelling, namelijk wat de hbo- verpleegkundigen nodig hebben om te kunnen werken als een reflectieve EBP professional. Tevens is er gekozen voor een focusgroep om het probleem te achterhalen wat speelt op groepsniveau (Verhoef et al., 2016). Door middel van een focusgroep vindt er interactie plaats tussen groepsleden met als doel om gegevens te verkrijgen die gaan over opvattingen en perspectieven (Verhoef et al., 2016). Om voldoende interactie te krijgen tussen de groepsleden diende er volgens Wouters, van Zaalen en Bruijning (2015) een observator aanwezig te zijn. De observator heeft het interactieproces geobserveerd en greep in wanneer een deelnemer zichtbaar weinig inbreng had. Deze rol is vervuld door een hbo-verpleegkundige van afdeling B2. Naast een observator dient een focusgroep geleidt te worden door een moderator (gespreksleider) (Wouters, van Zaalen & Bruijning, 2015). Deze rol is vervuld door de onderzoeker.

Vanuit de analyse van de vragenlijsten zijn er in overleg met de opdrachtgever de belangrijkste barrières en topics gekozen die voor etage B het meest van belang zijn. Op deze manier kon er diepgang worden verkregen in de resultaten van de vragenlijsten en kon er achterhaald worden wat de verpleegkundigen nodig hebben om de barrières te overwinnen en wat voor hen daarin bevorderend werkt. De uiteindelijke conclusies van het onderzoek zijn dan ook voor een gedeelte geformuleerd in samenspraak met het verpleegkundig team door middel van de focusgroep. Voorafgaand aan de focusgroep werden er een aantal topics, met daarbij behorende vragen opgesteld aan de hand van de gekozen barrières om antwoord te kunnen geven op het tweede gedeelte van de vraagstelling van dit onderzoek. De gespreksagenda wordt weergegeven in Bijlage 7. Om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten werd er tijdens de focusgroep aan member-check gedaan. Dit werd gedaan middels het geven van een samenvatting aan het einde van de focusgroep door de moderator, hierop konden de verpleegkundigen reageren en aanvullingen geven (Cox et al., 2012). Dit draagt tevens bij aan de betrouwbaarheid en verifeerbaarheid van het onderzoek (Wouters, van Zaalen & Bruijning, 2015). De focusgroep werd via een geluidsopname vastgelegd. Hier werden de verpleegkundigen voorafgaand over geïnformeerd. De privacy is gewaarborgd, doordat de gegevens anoniem verwerkt zijn en deelname geheel vrijwillig was en ten alle tijden gestopt mocht worden. Doordat er voldoende gegevens zijn verzameld tijdens de eerste focusgroep was het niet noodzakelijk om nog een tweede focusgroep te houden.

### **2.2.3 Data-analyse**

Om de focusgroep te analyseren is er gebruikt gemaakt van het volledig transcriberen van de opnames (zie Bijlage 8). Dit werd gedaan om te voorkomen dat er belangrijke informatie werd gemist (Verhoef et al., 2016). Als volgt werden de gegevens open-, axiaal- en selectief gecodeerd. De selectieve codering wordt enkel weergegeven in beschrijvende vorm in het onderzoeksverslag, middels de bevindingen die uit de axiale codering zijn voortgekomen. De open- en axiale codering wordt weergeven in tabel vorm met alle citaten en bijbehorende topics zodat direct duidelijk is wat de achterliggende gedachten waren van de verpleegkundigen bij bepaalde topics (de Jong et al., 2015) (zie Bijlage 9). Als volgt is er een overzichtelijke weergave van alle thema’s en sub thema’s gemaakt middels een codeboom, zie Bijlage 10. De resultaten zijn in beschrijvende vorm in het onderzoeksverslag verwerkt. Onafhankelijke onderzoekers (collega-onderzoekers) hebben tevens deze gegevens gecontroleerd op juistheid (peer-review). De betrouwbaarheid van de resultaten wordt hierdoor vergroot en eventuele meetfouten worden gereduceerd (de Jong et al., 2015).

### **2.2.4 Kwaliteitscriteria**

Een goed kwalitatief onderzoek wordt gewaarborgd door aan de kwaliteitscriteria geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, afhankelijkheid/contextualiteit en overtuigingkracht en intersubjectiviteit te voldoen (Verhoef et al., 2016). Deze criteria hebben vooral te maken met representatie, oftewel vertegenwoordiging.

Er zijn weloverwogen keuzes gemaakt in de gebruikte onderzoeksmethoden, zoals eerder beschreven, waardoor de *geloofwaardigheid* is vergroot (Verhoef et al., 2016).

De *overdraagbaarheid* van het kwalitatief onderzoek is groot, doordat het een algemeen onderwerp bevat wat toepasbaar is op elke afdeling met hbo-verpleegkundigen. De deelnemers van de focusgroep zijn hierbij een goede afspiegeling van de gehele onderzochte groep (Verhoef et al., 2016).

Als er wordt gekeken naar de *afhankelijkheid en contextualiteit* is hetbij kwalitatief onderzoek zoals interviews en focusgroepen per definitie niet mogelijk om exact dezelfde meting opnieuw te doen (Verhoef et al,.2016). Als er een tweede keer wordt gemeten zullen de resultaten nooit hetzelfde zijn als de eerste keer. Echter is het mogelijk dat er globaal vergelijkbare antwoorden worden gegeven.

Doordat er tijdens de focusgroep mondeling een samenvatting is gegeven aan de deelnemers hiervan, werd er geverifieerd of de samenvatting inhoudelijk kloppend is waardoor de *overtuigingskracht en intersubjectiviteit* van het onderzoek wordt vergroot (Verhoef et al., 2016). Hierdoor zijn volgens Verhoef et al. (2016) de bevindingen het product van het onderzoek en niet van de onderzoeker zelf. Dat is hetgeen waar het onderzoek uiteindelijk om draait.

## **2.3 Ethische verantwoording**

Tijdens het opstellen van het onderzoeksverslag is er rekening gehouden met de wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO). Tijdens dit onderzoek zijn er geen patiënten betrokken en zijn er geen handelingen of gedragsregels aan hen opgelegd, om deze redenen hoeft dit onderzoek niet te worden voorgelegd aan de Medische Ethische Toets commissie (ETZ, z.d.-b).

Tijdens dit onderzoek is er gebruikt gemaakt van informed consent en wordt er rekening gehouden met de privacy van de onderzoekspopulatie. Informed consent houdt in dat patiënten of deelnemers toestemming moeten geven voor een behandeling of een (medisch) wetenschappelijk onderzoek (Centrum voor Ethiek en Gezondheid, z.d.). Bij het kwantitatieve onderzoek is de onderzoekspopulatie met een inleidende tekst bovenaan de vragenlijst ingelicht over het onderzoek, is hierbij de privacy gewaarborgd door anonieme gegevens verwerking en werd benadrukt dat meedoen geheel vrijwillig is. Bij het invullen van de vragenlijst werd er akkoord gegaan met de voorwaarden. Bij het kwalitatieve onderzoek is er, zoals beschreven in paragraaf 2.2.1, gebruik gemaakt van informed consent door middel van een informatiebrief (zie Bijlage 4) en het ondertekenen van het informed consent formulier (zie Bijlage 5). Alle verzamelde en verwerkte gegevens gedurende dit praktijkonderzoek zijn veilig opgeslagen binnen OneDrive van het ETZ, op blackboard en zijn via de beveiligde weergave in een mail verstuurd. Hierdoor is tevens de privacy van de onderzoekspopulatie gewaarborgd.

# **Resultaten**

In dit hoofdstuk worden de analyse en interpretatie van de onderzoeksresultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek weergegeven. De kwantitatieve onderzoeksresultaten, die uit de vragenlijst naar voren kwamen, worden weergegeven in paragraaf 3.1. Vervolgens worden de kwalitatieve onderzoeksresultaten, naar aanleiding van de focusgroep, weergegeven in paragraaf 3.2 middels de bijbehorende topics. Het bijbehorende codeboek is te vinden in Bijlage 9.

## **3.1 Resultaten met betrekking tot het kwantitatief onderzoek**

### **3.1.1 Deelgenomen onderzoekspopulatie**

Op het moment van dataverzameling middels de vragenlijst bestond etage B uit 24 hbo-verpleegkundigen waarvan 21 hbo-verpleegkundigen langer dan een half jaar werkzaam waren op etage B. De vragenlijst is uitgezet onder de 21 hbo-verpleegkundigen die langer dan een half jaar werkzaam zijn op etage B. Zoals eerder benoemd is er gestreefd naar een respons van 15 vragenlijsten waardoor er een respons van 70% zou zijn en de resultaten representatief zijn voor de gehele etage B. In totaal is er een respons van 15 vragenlijsten opgetreden, dat wil zeggen een totale respons van 70%.

De gemiddelde leeftijd van de hbo-verpleegkundigen die een respons hebben gegeven was 26 jaar. Hoe lang de verpleegkundigen als hbo-verpleegkundigen werkzaam zijn loopt erg uiteen van een half jaar tot vier jaar of langer. Daarentegen is 40% van de verpleegkundigen die een respons hebben gegeven nog maar een half tot één jaar werkzaam op etage B als hbo-verpleegkundige.

### **3.1.2 Resultaten vragenlijst**

De resultaten van de gesloten vragen uit de vragenlijst worden overzichtelijk weergegeven in Figuur 1 en 2. In Figuur 1 zijn de drie grootste belemmeringen weergeven die hbo-verpleegkundigen ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk. Hierbij is te zien dat het onderdeel tijd als de ‘grootste belemmering’ wordt gescoord en als enige geen enkele keer als ‘geen belemmering’ wordt gescoord. De grootste belemmeringen vormden een startpunt voor de focusgroep, waardoor in deze belemmeringen extra diepgang is verkregen.

Figuur1. Grootste belemmeringen bij het toepassen van EBP in de praktijk.

Uit de vragenlijsten is tevens naar voren gekomen welke factoren de hbo-verpleegkundigen als minst belemmerend ervaren. Hierbij is te zien dat de stelling ‘verpleegkundigen zien weinig voordeel voor zichzelf’ enkel wordt gescoord als geen of kleine belemmering. Deze gegevens worden weergegeven in figuur 2.

Figuur 2. Factoren die nauwelijks tot geen belemmering vormen bij het toepassen van EBP in de praktijk.

De resultaten van de open vragen worden weergegeven in Figuur 3 en 4. Zo is te zien in figuur 3 dat 27% van de respondenten aangeven kennistekort te ervaren als een belemmerende factor bij het toepassen van EBP in de praktijk. 20% van de verpleegkundigen benoemt tijdsgebrek nogmaals als belemmerende factor. 53% van de respondenten had geen aanvullingen meer.

Figuur 3. Open vraag, aanvullende belemmerende factoren bij het toepassen van EBP in de praktijk.

In Figuur 4 wordt weergegeven welke factoren de verpleegkundigen als bevorderend zien bij het gebruik maken van EBP in de praktijk. Hierbij wordt opnieuw het onderdeel tijd benoemd, 33% van de verpleegkundigen geven aan dat het bevorderend zou werken als er meer tijd en ruimte op de werkvloer beschikbaar zou zijn. De antwoorden op de open vragen zijn zoals eerder beschreven middels coderingen ingedeeld in bepaalde topics. Alle antwoorden die de verpleegkundigen gaven bij de topics tijd, cultuur/werkomgeving/motivatie, scholing/rolmodel en faciliteiten zijn terug te vinden in Bijlage 2 bij de open vragen.

Figuur 4. Open vraag, bevorderende factoren bij het toepassen van EBP in de praktijk.

## **3.2 Resultaten met betrekking tot het kwalitatief onderzoek**

### **3.2.1 Deelgenomen onderzoekspopulatie**

Ondanks veranderingen in de teams op etage B bleven er van de hbo-verpleegkundigen nog 18 hbo-verpleegkundigen over op het moment van dataverzameling middels de focusgroep. Volgens het aanmeldformulier voor de focusgroep zouden 8 hbo-verpleegkundigen deelnemen op de uitgekozen datum. Uiteindelijk hebben zes verpleegkundigen deelgenomen aan de focusgroep.

### **3.2.2 Topic: Tijd**

Aan de hand van de resultaten van de vragenlijst kwam daar de topic tijd uit naar voren. In de vragenlijsten gaven acht verpleegkundigen aan ‘tijdsgebrek’ als een grote barrière te ervaren. In de focusgroep werd hier dieper op ingegaan door na te gaan waar de verpleegkundigen de mogelijkheden zien om tijd te creëren om EBP wel toe te kunnen passen in hun dagelijks werk. Hierbij kwam met name naar voren dat de deelnemende verpleegkundigen vinden dat ze op de werkvloer niet voldoende tijd krijgen voor het toepassen van EBP en dat de visie van de afdelingen daarin moet veranderen.

***‘Het is ook een beetje de visie he, want ze willen allemaal mee met de tijd van nu en de ontwikkelen. Want je hebt bijvoorbeeld zoals een VIM groep daar wordt tijd voor gemaakt, terwijl ze het nu ook met de zorg allemaal willen verbeteren en daar hoort EBP zeker bij en dan kom je bij die visie. Het leerhuis wil het allemaal en dan wordt er aangegeven dat wij daar tijd voor moeten krijgen maar de afdelingen gaan daar niet in mee’.***

Daarnaast gaven de verpleegkundigen aan dat zij een dag of een halve dag uit zorg per maand voldoende zouden vinden om aan EBP te kunnen werken en je op die manier tijd creëert om er geconcentreerd aan te kunnen werken.

***‘Wij plannen op B2 volgens mij altijd een half uurtje en dat is echt te kort. Want eer dat je bezig bent kun je alweer stoppen. En dan ook over 1 dag waar we het over hadden om uit zorg te gaan, ik denk dat je daarvoor wel minimaal met zijn tweeën moet zijn zodat je wel met elkaar kan overleggen. En dan bijvoorbeeld niet 1 hele dag 1 iemand maar vanaf 12 uur bijvoorbeeld 2 mensen die uit zorg kunnen’.***

### **3.2.3 Topic: cultuur/werkomgeving/motivatie**

Aan de hand van de resultaten van de vragenlijst kwam tevens de topic cultuur/werkomgeving en motivatie naar voren. Verpleegkundigen gaven in het kwantitatieve onderzoek aan dat bevorderende factoren voor hen waren dat het team achter een innovatie staat, dat het team enthousiast is over een bepaald onderwerp en dat er meer aandacht voor EBP moet zijn zodat de bekendheid wordt vergroot en mensen worden gestimuleerd in het toepassen van EBP. Op deze gegevens is dieper ingegaan tijdens de focusgroep. Hierbij werd de vraag gesteld hoe de motivatie vergroot zou kunnen worden om EBP toe te passen in het dagelijks werk. De deelnemende verpleegkundigen gaven hierbij aan dat het voor hen motiverend werkt als het gehele team erin betrokken wordt dus ook de mbo-verpleegkundigen en dan valt te denken aan de best practice activiteiten.

***‘Ik denk als je het onderwerp waarnaar je op zoek bent bijvoorbeeld deelt in het werkoverleg, dan betrek je heel het team erbij en weet het team ook waar je mee bezig bent. Op die manier wordt het onder het gehele team verspreid’****.*

Daarnaast gaven de verpleegkundigen aan als het onderwerp actueel gehouden wordt en het een structurele activiteit wordt dit zorgt voor verhoging van de motivatie.

***‘Ik denk als je het transparant en actueel houdt en het geregeld gaat plannen dan zal die motivatie ook wel omhoog gaan’.***

### **3.2.4 Topic: Kennis/vaardigheden**

Alhoewel vanuit de resultaten van de vragenlijsten naar voren kwam dat Engels een van de drie grootste belemmeringen is bij het toepassen van EBP in de praktijk, werd dit in de focusgroep ontkracht*.* Hierbij werd door één verpleegkundige gesteld dat Engels niet de grootste prioriteit heeft en zij er vaak middels google translate en de abstract toch uit komen, de overige verpleegkundigen sloten zich hierbij aan.

***‘Nou vaak vind ik wel als je de abstract leest dat je dan al snel een idee hebt van waar het nou over gaat. Daar zie je vaak al wel of het te maken heeft met jou onderzoeksvraag of niet. Maar ik weet niet hoe dat voor anderen is maar voor mij heeft Engels niet de grootste prioriteit want je kunt ook alles met google translate globaal vertalen’.***

De verpleegkundigen gaven aan dat de behoefte niet bij de scholing in Engels ligt maar met name bij het zoeken en beoordelen van de gevonden literatuur en welke zoektermen stel je op. Dat er kennistekort is met betrekking tot het toepassen van EBP kwam tevens naar voren in de resultaten van de vragenlijsten.

***‘Het is sowieso wel goed om een keer weer door iemand vanuit het leerhuis, bijvoorbeeld Mariëlle die doet zulke dingen wel vaker, een soort opfris cursus te krijgen met alle basics, tips en tricks met hoe je nou precies zoekt en artikelen beoordeeld enzo’.***

De verpleegkundigen kwamen met het idee om een elektronische leeromgeving (ELO) voor EBP te ontwikkelen om op die manier digitaal of mogelijk in de praktijk les te krijgen in EBP en vervolgens een toets na de scholing te kunnen maken om je kennis te testen. Door de ELO kunnen de verpleegkundigen de informatie ten allen tijden terug zoeken zodra zij bezig zijn met het toepassen van EBP en dit is minder tijdrovend dan bijvoorbeeld de post-bachelor EBP. Tevens gaven zij aan dat zodra er een ELO is, dit wel bekend gemaakt dient te worden zodat iedereen op de hoogte is en er gebruik van kan maken.

***‘Ja een ELO dat is wel een goede. Want die post bachelor duurt echt te lang voor mij en daar heb ik ook niet echt tijd voor’.***

### **3.2.5 Topic: Rolmodel/ondersteuning**

Uit de resultaten van de vragenlijsten kwam ook naar voren dat de verpleegkundigen een rolmodel met betrekking tot EBP zien als een bevorderende factor. Hier is dan ook verder op in gegaan in de focusgroep middels de vraag ‘is er behoefte aan een rolmodel op etage B met betrekking tot EBP en hoe zou dit dan vorm moeten krijgen?’ Hier hadden de deelnemende verpleegkundigen met zijn allen een eenduidig antwoord op, namelijk het aanwijzen van aandachtsvelders voor elke afdeling. Zo geven de deelnemende verpleegkundigen aan dat er minimaal twee aandachtsvelders per afdeling moeten zijn en dat de afdelingen meer onderling moeten gaan overleggen middels de aandachtsvelders zodat er betere samenwerking over de gehele etage ontstaat.

***‘Ja ik merk wel dat er nu begin dit jaar twee aandachtsvelders EBP zijn binnen het team dat dat wel echt goed werkt. Je hebt een aanspreekpunt en zij sturen ook herinneringsmailtjes en nieuwe onderwerpen en plannen data om te gaan zitten met zijn allen waardoor je het ook weer actueel houdt. dus ik vind dat dat wel echt effect heeft bij ons’.***

Tevens gaven de verpleegkundigen aan een missend voortouw te ervaren en vaak zomaar iets te doen en hierin geen verantwoordelijkheidsgevoel te ervaren. Daarin ontbreekt leiderschap bij de hbo-verpleegkundigen.

***‘Nouja iedereen doet alles een beetje door elkaar. Dus de ene keer stuurt die een mail en de andere keer de ander dus zo blijft het wel leven maar als het dan druk is, is EBP het eerste wat erbij inschiet en neemt ook niemand het voortouw of de verantwoordelijkheid van nou jongens nu gaan we toch heel even zitten’.***

### **3.2.6 Topic: Faciliteiten**

Vanuit de vragenlijsten kwam naar voren dat het ‘niet kunnen vinden van relevante literatuur op één plaats’ tot de drie grootste barrières behoort. Hier werd verder op ingegaan tijdens de focusgroep middels de vraag hoe de verpleegkundigen deze barrière aan kunnen pakken. Tevens is er nagevraagd of de verpleegkundigen voldoende toegang hebben tot databanken, doordat uit de vragenlijsten naar voren kwam dat zij beperkte toegang tot databanken ervaarden. Echter werden beide barrières ontkracht in de focusgroep. De verpleegkundigen gaven aan het niet kunnen vinden van relevante literatuur op één plek niet als barrière te ervaren maar dat ze geen literatuur kunnen vinden doordat ze niet weten hoe ze moeten zoeken.

***‘Ik denk dat we het door die ELO kunnen overwinnen want als je niet weet wat je moet zoeken en niet weet wat wel en niet relevant is dan is het ook lastiger zoeken denk ik en kun je de literatuur dus niet vinden’.***

Daarnaast benoemden de verpleegkundigen dat zij voldoende faciliteiten aangeboden krijgen vanuit het ziekenhuis en dit dus voor hen geen barrière vormt.

***‘Ik denk dat de faciliteiten er best wel zijn, want er wordt best veel aangeboden vanuit het leerhuis en je kunt in elke databank en als je er niet bij kan dan mail je …(leerhuis) en dan zorgt zij dat je er wel toegang toe hebt’.***

De verpleegkundigen gaven aan dat zij voldoende toegang hebben tot databanken en wilde hier thuis geen toegang tot krijgen doordat zij werk en privé gescheiden willen houden.

***‘Ik wil thuis ook geen toegang krijgen tot databanken want ik wil werk en privé wel graag gescheiden houden’.***

# **Discussie en aanbevelingen**

## **4.1 Discussie resultaten**

Volgens Vermeulen en Tiemens (2015) is tijd de grootste barrière bij het toepassen van EBP in de praktijk. Dit gegeven wordt bevestigd in zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve onderzoek. In de resultaten van de vragenlijsten komt tijd als grootste barrière naar voren, hier is verder op in gegaan tijdens de focusgroep. Tijdens de focusgroep kwam naar voren dat de verpleegkundigen vinden dat zij niet voldoende tijd krijgen voor het toepassen van EBP in de praktijk en dat de visie van de afdelingen daarin moet veranderen. Uit dit gegeven kan opgemaakt dat twee van de vijf bouwstenen bij de implementatie van EBP ontbreken, namelijk een deel van de middelen en de visie. Zodra één van de bouwstenen ontbreekt wordt de implementatie van EBP een wankel proces (Vermeulen & Tiemens, 2015). Onder de beschikbaarheid van middelen wordt volgens Munten, Vermeulen en Tiemens (2012) de tijd, educatie en beschikbare literatuur verstaan. *Het is echter te simpel om in een plan van aanpak op te nemen dat de verpleegkundigen extra tijd moeten krijgen, dus een aanbeveling hierbij is dat er vervolg onderzoek gedaan moet worden naar hoe die extra tijd gerealiseerd kan worden. Tijd krijgen is een passieve vorm en gekeken naar het verpleegkundig leiderschap wordt de verantwoordelijk bij zowel de verpleegkundigen zelf als de managers gelegd. Het is dus een aangelegenheid tussen de verpleegkundigen en managers om gezamenlijk te bepalen hoe tijd gerealiseerd kan worden. Daarbij kunnen de volgende vragen worden gesteld; Hoe kan de zorg anders georganiseerd worden zodat EBP een plek heeft in het dagelijks verpleegkundig werk? Aan welke activiteiten of werkzaamheden zal minder tijd besteed gaan worden en wie gaat dat dan financieren? Is die extra tijd wel beschikbaar en moet daarvoor geworven worden? En ondersteunt het management dat (Vermeulen & Tiemens, 2015)?*

Daarnaast wordt in de literatuur benoemd dat er verwarring ontstaat als de visie niet eenduidig is en niet door de gehele organisatie wordt gedragen (Vermeulen & Tiemens, 2015). Uit dit onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen nog niet handelen als EBP-professional en dit afwijkende gedrag kan het gevolg zijn van een onduidelijke visie omtrent EBP, dit geven de verpleegkundigen dan ook aan. Echter staat beschreven in de visie van het ETZ dat de behandeling die de patiënt ontvangt de best bewezen moet zijn, waarbij dit niet alleen geldt voor doctoren maar ook voor verpleegkundigen. Daaruit blijkt dat de visie van het ETZ niet is doorgesijpeld naar de afdelingen binnen etage B en hoe de etage daarmee omgaat. *Een aanbeveling hierbij is dat er door een actieve leider, bij voorkeur iemand met vakinhoudelijke autoriteit die deel uit maakt van het team, zal moeten investeren in gemeenschappelijkheid en dit zal moeten bewaken.* *Een visie wordt ook wel omschreven als een gemeenschappelijk doel en de wijze waarop dat doel bereikt moet worden.* *Om een eenduidige visie te bepalen voor etage B wordt tevens de aanbeveling gedaan om samen met de verpleegkundigen, teamleiders en managers een herziene visie op te stellen, mogelijk in de vorm van aanvullende interviews met de verpleegkundigen, teamleiders en managers (Vermeulen & Tiemens, 2015).*

In het onderzoek van Skela-savic, Hvalic-Touzery en Pezjak (2017) benoemen verpleegkundigen dat ze het erover eens zijn dat EBP zinvol is hun dagelijkse werk. Dit komt tevens naar voren in de resultaten van het kwantitatieve onderzoek. Hierbij is te zien dat de stelling ‘verpleegkundigen zien weinig voor zichzelf enkel wordt gescoord als geen of kleine belemmering. Dat de verpleegkundigen het nut inzien van EBP toepassen in de praktijk is volgens Vermeulen en Tiemens (2015) een belangrijke drijfveer in de implementatie van EBP. Echter is het belangrijk dat elke zorgprofessional zijn eigen drijfveren en waarden heeft zodat de energie en het doorzettingsvermogen wordt vergroot door het gebruik maken van elkaars drijfveren. Tijdens het kwalitatieve onderzoek is verder ingegaan op welke wijze de motivatie zou kunnen worden vergroot voor het toepassen van EBP in de praktijk. Hierbij was opvallend dat de hbo-verpleegkundigen de mbo-verpleegkundigen willen betrekken in het toepassen van EBP in de praktijk en daarmee het draagvlak en hun intrinsieke motivatie vergroten. Uit literatuur blijkt dat intrinsieke motivatie effectiever is dan extrinsieke motivatie. Met het vergroten van intrinsieke wordt bedoeld dat de verpleegkundigen meer gemotiveerd worden door maatschappelijke verantwoordelijkheid, draagvlak, uitdaging en werkelijk bijdragen en een verschil kunnen maken (Vermeulen & Tiemens, 2015). *Vanuit deze resultaten wordt er dan ook aanbevolen om de mbo-verpleegkundigen te betrekken in de best-practice activiteiten, hierbij valt te denken aan kritisch blijven op de zorgverlening en je telkens afvragen of de handelingen die er verricht worden de juiste handelingen zijn en meedenken in probleemstukken en dit ook als mbo-verpleegkundige aan kunnen dragen.* *De onderwerpen zullen daarnaast ook besproken moeten gaan worden in een teamoverleg zodat het draagvlak wordt vergroot.*

In internationale en nationale studies naar de barrières bij de implementatie van EBP wordt gebrek aan vaardigheden benoemd (Ubbink et al., 2011). Uit de resultaten van het kwantitatieve onderzoek kwam naar voren dat Engels behoort tot de drie grootste barrières bij het toepassen van EBP in de praktijk. Opvallend is dat dit werd ontkracht in het kwalitatieve onderzoek. Tijdens het doorvragen naar deze barrière gaven de zes verpleegkundigen aan dat ze middels google translate en de abstract wel uit de Engelse artikelen komen maar dat het probleem met name ligt bij het beoordelen en zoeken van de literatuur. Dat gebrek aan vaardigheden en kennistekort een belemmerende factor is wordt tevens weergegeven in het onderzoek van Carmargo et al. (2018) die onderzoeken heeft geanalyseerd van 2007 tot 2016 omtrent het toepassen van EBP. De verpleegkundigen hadden het idee een ELO te ontwikkelen op het gebied van de vaardigheden met betrekking tot EBP, echter blijkt uit de literatuur dat alleen een training niet voldoende is (Vermeulen & Tiemens, 2015). Een combinatie van verschillende interventies lijkt het meest effectief (Grol & Wensing, 2011). *Zo komt daar logisch de volgende aanbeveling uit voort, namelijk het doen van vervolgonderzoek naar welke interventies op het gebied van de verschillende niveaus van EBP-onderwijs, het meest geschikt zijn voor etage B.* Hierbij wordt er geattendeerd op de mogelijkheden die het ETZ al biedt.

Bij het inzetten van verschillende interventies kan tevens gedacht worden aan het inzetten van EBP-rolmodellen (Ubbink et al., 2011). Het inzetten van EBP-rolmodellen kwam zowel in het kwantitatieve als het kwalitatieve onderzoek als bevorderende factor naar voren. *Zoals eerder benoemd is alleen training op het gebied van EBP niet voldoende waardoor de aanbeveling wordt gedaan om dit met ‘bedside-based’ te combineren. Dat wil zeggen het aanwijzen van aandachtsvelders en rolmodellen op de werkvloer die blijvende ondersteuning kunnen bieden bij het toepassen van EBP in de praktijk.* *Hierdoor wordt de kennis van de verpleegkundigen vergroot maar wordt de kans ook vergroot op verbeterde patiënten uitkomsten en daadwerkelijke verandering van de handelingen.* Verpleegkundigen gaven daarnaast aan in het kwalitatieve onderzoek dat ze een voortouw en leiderschap missen. Echter blijkt uit de literatuur dat actief leiderschap binnen de organisatie en management dat EBP ondersteunt en structuur biedt, de kans vergroot op een succesvolle implementatie van EBP (Van Deusen et al., 2010). *Zoals eerder beschreven, is de aanbeveling om een actieve leider of leiders aan te wijzen, waardoor er een voortouw en actief leiderschap kan ontstaan.*

In de literatuur wordt op de zesde plek in de top tien van barrières bij het toepassen van EBP in de praktijk, genoemd dat faciliteiten inadequaat zijn (Vermeulen & Tiemens, 2015). Dit kwam tevens naar voren in de resultaten van de vragenlijsten en stond daar in de top drie van de grootste barrières, namelijk het niet kunnen vinden van relevante literatuur op één plaats. Echter werd dit ontkracht in het kwalitatieve onderzoek. De verpleegkundigen gaven daarbij aan dat ze de literatuur niet kunnen vinden door gebrek aan vaardigheden met betrekking tot het zoeken van de literatuur. De verpleegkundigen gaven aan dat er voldoende faciliteiten zijn vanuit het leerhuis en ervaren dus geen gebrek aan faciliteiten bij het toepassen van EBP in de praktijk.

## **4.2 Discussie methode**

Om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag is er gekozen voor een kwantitatief en kwalitatief onderzoek, oftewel mixed methods. Dit vergroot de kwaliteit van het onderzoek doordat er data is verkregen op twee verschillende manieren, namelijk middels vragenlijsten en een focusgroep (Cox et al., 2012).

### **4.2.1 Discussie kwantitatief onderzoek**

De ingezette kwaliteitscriteria, genoemd in de methode, zorgen ervoor dat er gemeten is wat er gemeten dient te worden en dat de kwaliteit van dit onderzoek vergroot is. De vragenlijst is voor aanvang voorgelegd aan de peergroep met collega-onderzoekers en deskundigen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en/of gezondheidszorg. Hierbij is er gekeken naar de begrijpbaarheid van de stellingen. Dit is gedaan om de betrouwbaarheid te vergroten (Cox et al., 2012). De vragenlijsten zijn via de mail (PDF-bestand) en op papier uitgereikt. Hier is voor gekozen zodat de verpleegkundigen de vragenlijst thuis en op het werk in konden vullen, dit vergroot de respons. Echter zijn alle vragenlijsten op papier ingevuld. Zoals eerder benoemd is er gestreefd naar een respons van 15 vragenlijsten waardoor er een respons van 70% zou zijn en de resultaten representatief zijn voor de gehele etage B. Dit is gebaseerd op het feit dat wanneer een non-respons boven de 30% uitkomt, dit een nadelig effect heeft op de generaliseerbaarheid van het onderzoek (de Jong et al., 2015). Er zijn 15 vragenlijsten ingevuld waardoor dit representatief is voor de gehele onderzoekspopulatie en tevens bijdraagt aan de kwaliteit van het onderzoek. Het is niet te achterhalen of de respondenten de vragenlijst gezamenlijk of apart hebben ingevuld. Wanneer het gezamenlijk wordt ingevuld kan dit een nadelig effect hebben op de betrouwbaarheid. Echter kwamen bij de analyse van de vragenlijsten geen duidelijke overeenkomsten naar voren waaruit opgemaakt kon worden dat de vragenlijsten hoogstwaarschijnlijk individueel zijn ingevuld. De vragenlijst had een responstijd van twee weken waarbij na één week een herinneringsmail gestuurd is voor het invullen van de vragenlijst. Opvallend was hierbij dat de afdeling waar de onderzoeker werkt een respons had van alle hbo-verpleegkundigen op die afdeling, daarentegen moesten de overige twee afdelingen meer gemotiveerd worden tot het invullen ervan. Bij een aantal vragen uit de vragenlijst werd de optie ‘geen mening’ aangekruist, dit draagt mogelijk bij aan een verminderde kwaliteit van bepaalde resultaten van de vragenlijst (de Jong et al., 2015). Daarentegen is er tijdens de focusgroep ingegaan op de onduidelijkheden naar aanleiding van de vragenlijst en is er op die manier geen data gemist.

### **4.2.2 Discussie kwalitatief onderzoek**

De peergroep met collega-onderzoekers en de opdrachtgever hebben voorafgaand aan de focusgroep de gespreksagenda beoordeeld op inhoud en validiteit, waardoor de validiteit wordt gewaarborgd en de kwaliteit van het onderzoek wordt vergroot (de Jong et al., 2015). De focusgroep heeft plaats gevonden met zes verpleegkundigen. Ondanks de onverwachte afmeldingen bleef er een representatieve groep over, met van iedere afdeling hbo-verpleegkundigen. Namelijk van B1 één hbo-verpleegkundige, van B2 drie hbo-verpleegkundigen en van B3 twee hbo-verpleegkundigen. Hierdoor is het minimale aantal deelnemers voor een focusgroep bereikt en was er een mix van de verschillende afdelingen aanwezig (Verhoef et al., 2016). Om ervoor te zorgen dat de verpleegkundigen hun daadwerkelijke mening konden geven is er hiërarchie vermeden en zijn er voorafgaand aan de focusgroep afspraken gemaakt. De hiërarchie is vermeden door geen teamleiders of andere mensen dan hbo-verpleegkundigen deel te laten nemen aan de focusgroep, waardoor iedereen gelijk was. Doordat er hiërarchie is vermeden en duidelijke afspraken zijn gemaakt kan dit een positief effect hebben gehad op de inbreng van de respondenten (Wouters, van Zaalen & Bruijning, 2015). Tijdens de focusgroep is er gewaakt voor het stellen van suggestieve vragen en het geven van antwoordmogelijkheden, echter kon dit niet volledig worden voorkomen waardoor niet alle data zijn gebruikt die met ‘ja’ of ‘nee’ werden beantwoord. Om de geloofwaardigheid van de resultaten te vergroten is er tijdens de focusgroep een member-check gedaan middels het geven van een mondelinge samenvatting aan het einde van de focusgroep. Hier konden de verpleegkundigen zo nodig nog aanvullingen op geven waardoor de geloofwaardigheid van de resultaten is vergroot (de Jong et al., 2015). Er is bewust gekozen voor het geven van een mondelinge samenvatting tijdens de focusgroep zodat de verpleegkundigen op het directe moment nog aanvullingen konden geven en hier mogelijk nog diepgang in verkregen kon worden zodat er geen informatie werd gemist.

# **Conclusie**

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag; **“Welke barrières ervaren hbo-opgeleide verpleegkundigen op etage B van het ETZ locatie Elisabeth bij het toepassen van EBP in hun dagelijkse werk en wat hebben zij nodig om in de praktijk als reflectieve EBP-professional te kunnen werken?”** De conclusie is voortkomend vanuit de resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek. Tot slot worden de daaruit voortvloeiende aanbevelingen, zoals benoemd in de discussie, samenvattend weergegeven.

Dit praktijkgerichte onderzoek bevatte twee doelen, namelijk; 1) het achterhalen welke barrières de hbo-verpleegkundigen op etage B ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk en 2) wat zij nodig hebben om te kunnen werken als reflectieve EBP professional.

Uit bovenstaande resultaten en de discussie kan geconcludeerd worden dat de hbo-verpleegkundigen op etage B tijdsgebrek, kennistekort, een onduidelijke visie en ontbrekend leiderschap als grootste barrières ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk. De verpleegkundigen komen door het tijdsgebrek op de afdeling niet toe aan de toepassing van EBP in de praktijk en ontvangen volgens hen niet voldoende tijd vanuit het management. Daarbij komend is dat de visie omtrent EBP onduidelijk is waardoor de hbo-verpleegkundigen niet handelen als reflectieve EBP-professional. Daarnaast blijkt er bij de hbo-verpleegkundigen ontbrekende kennis te zijn omtrent het zoeken en beoordelen van artikelen en is er tot slot ontbrekend leiderschap waardoor EBP makkelijk aan de kant wordt geschoven.

Samenvattend zijn de aanbevelingen, zoals benoemd in de discussie, het doen van vervolgonderzoek met betrekking tot het realiseren van tijd voor het toepassen van EBP in de praktijk en dient er vervolgonderzoek gedaan te worden naar welke interventies op het gebied van EBP-onderwijs het meest passend zijn voor etage B. Tevens dient er gezamenlijk door de verpleegkundigen en het management een herziene visie opgesteld te worden om duidelijkheid te creëren omtrent EBP en dienen de mbo-verpleegkundigen betrokken te worden in de best-practice activiteiten om meer draagvlak te creëren en te motivatie te vergroten voor het toepassen van EBP in de praktijk. Tot slot wordt op het gebied van een ontbrekend leiderschap de aanbeveling gedaan tot het ontwikkelen van ‘bedside-based’.

Afsluitend wordt aanbevolen om bovenstaande aanbevelingen op te volgen zodat de hbo-verpleegkundigen op etage B in de toekomst kunnen werken als reflectieve EBP-professional.

# **Literatuurlijst**

AD. (2018). *Hoe scoort het ziekenhuis bij jou in de buurt? Bekijk het hier.* Geraadpleegd op 15 februari 2018, van <https://www.ad.nl/binnenland/hoe-scoort-het-ziekenhuis-bij-jou-in-de-buurt-bekijk-het-hier~a83840957/>

Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2e druk)*.* Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Carmargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvao, C. M., Pereira, G. A., Andrade, R. B., & Masso, G. C. (2018). Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(4), 2030-3038. [doi:10.1590/0034-7167-2016-0617](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617)

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (z.d.). *Informed consent.* Geraadpleegd op 26 februari 2019, van

<https://www.ceg.nl/themas/bekijk/informed-consent>

Coopmans, J. E., (2006). *De betrouwbaarheid, validiteit en hanteerbaarheid van de Nederlandse versie van de Barriers Scale* (Doctoraalscriptie). Gezondheidswetenschappen Universiteit Maastricht, Maastricht.

Cox, K., De Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (3e druk). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Cox, K. (2007). De Nederlandse versie van de Barriers scale. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice, 5*(2)*,* 29-31. doi:10.1007/BF03071180

De Jong, A., de Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2015). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidswetenschap.* Amsterdam: Reed Business.

ETZ. (z.d.-a). *Ambitie en kernwaarden.* Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.etz.nl/Over-ETZ/Over-ETZ/Ambitie-en-kernwaarden>

ETZ. (z.d.-b). *Medisch ethische toetsingscommissie.* Geraadpleegd op 15 februari 2019, van <https://www.etz.nl/Werken-bij/Leren-bij-ETZ/Medisch-wetenschappelijk-onderzoek/Medisch-Ethische-ToetsingsCommissie>

ETZ. (2019). *www.etz.nl.* Geraadpleegd op 27 februari 2019, van <https://www.etz.nl/>

Farokhzadian, J., Khajouei, R., & Ahmadian, L. (2015). Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing. *Journal of evaluation in clinical practice, 21(*6), 1107-1113*.* [doi:10.1111/jep.12480](http://dx.doi.org/10.1111/jep.12480)

Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A., & Tornquist, E. M. (1991). Barriers: The barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*, *4*(1), 39-45. doi:[10.1016/S0897-1897(05)80052-7](https://doi.org/10.1016/S0897-1897%2805%2980052-7)

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

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Van Merwijk, C. (2015). *Bachelor of Nursing 2020.* Geraadpleegd op 22 januari 2019, van file:///C:/Users/GEBRUI~1/AppData/Local/Temp/bachelor-nursing-2020-4%200.pdf.pdf

Makic, M. B. F., Vonrueden, K. T., Rauen, C. A., & Chadwick, J. (2011). Evidence-Based Practice Habits: Putting More Sacred Cows Out to Pasture. *Critical Care Nurse, 31*(2), 38-62. [doi:10.4037/ccn2011908](http://dx.doi.org/10.4037/ccn2011908)

Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (4e druk). Amsterdam, Nederland: Boom.

Munten, G., Vermeulen, H., & Tiemens, B. (2012). Ontbrekende middelen bij de implementatie van EBP. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice, 10*(5), 18-20. [doi:10.1007/s12468-012-0047-y](https://doi.org/10.1007/s12468-012-0047-y)

Offringa, M., Assendelft, W. J. J., & Scholten, R. J. P. M. (Red.). (2008). *Inleiding in evidence-based medicine: Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal* (3e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Renolen, A., & Hjalmhult, E. (2015). Nurses experience of using scientific knowledge in clinical practice: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of caring science, 29*(4), 633-641.[doi:10.1111/scs.12191](http://dx.doi.org/10.1111/scs.12191)

Rice, T. W., Morris, S., Tortella, B. J., Wheeler, A. P., & Christensen, M. C. (2012). Deviations from evidence-based clinical management guidelines increase mortality in critically injured trauma patients. *Critical Care Medicine, 40*(3), 778-786. [doi:10.1097/CCM.0b013e318236f168](http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236f168)

Schuermans, S., & Mijland, I. (2018, februari). *Functiedifferentiatie in het ETZ - Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis*. Geraadpleegd op 4 februari 2019, van <https://www.etz.nl/Over-ETZ/Nieuws/2018/02/Functiedifferentiatie-in-het-ETZ>

Schuurmans, M., Lambregts, J., & Grotendorst, A. (2012). *Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020.* Geraadpleegd op 4 februari 2019, van <https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf>

Skela-savic, B., Hvalic-Touzery, S., & Pezjak, K. (2017). Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence‐based practice in nursing. *JAN, 73*(8), 1910-1923. [doi:10.1111/jan.13280](https://doi.org.ezproxy.avans.nl/10.1111/jan.13280)

SurveyMonkey (z.d.). *De Likert-schaal.* Geraadpleegd op 22 februari 2019, van: <https://nl.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>

Tiemens, B. (2013). *Implementation of evidence based practice in mental health nursing: an action research study* (Proefschrift). Tilburg University, Tilburg.

Tiemens, B., Munten, G., & Vermeulen, H. (2013). Implementatie van EBP. Ingrediënten voor een plan van aanpak. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice, 11*(1), 4-7. doi:10.1007/s12468-013-0002-6

Ubbink, D. T., Vermeulen, H., Knops, A. M., Legemate, D. A., Rengerink, K., Heineman, M. J., Roos, Y.B., Fijnvandraat, C. J., Heymans, H. S., Simons, R., & Levi, M. (2011). Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital. *Neth J Med*, *(69)*2, 87-94. Geraadpleegd op 20 mei 2019, van <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=1026>

Van Deusen, L. C., Engle, R. L., Holmes, S. K., Parker, V. A., Petzel, R. A., Nealon, S. M., Schwartz, M., & Sullivan, J. L. (2010). Strengthening organizations to implement evidence-based clinical practices. *Health Care Manage Rev, (35)*, 235-245. doi:10.1097/HMR.0b013e3181dde6a5

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2016). *Praktijkgericht onderzoek.* Amsterdam: Boom uitgevers.

Vermeer, K. (2011). EBP in opmars bij verpleegkundigen. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice, 9*(2), 20-23*.* [doi:10.1007/s12468-011-0019-7](https://doi.org/10.1007/s12468-011-0019-7)

Vermeulen, H., & Tiemens, B. (2015). *Implementatie van evidence based practice* (Herz. ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

VWS. (2013). *Gezamenlijke agenda VWS: ‘Van systemen naar mensen’.* Geraadpleegd op 22 februari 2019, van [file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/kamerbrief-gezamenlijke-agenda-vws-van-systemen-naar-mensen(1).pdf](file:///C%3A/Users/Gebruiker/Downloads/kamerbrief-gezamenlijke-agenda-vws-van-systemen-naar-mensen%281%29.pdf)

V&VN. (2017). *Top 5 onnodige handelingen: peiling onder V&VN-leden.* Geraadpleegd op 26 februari 2019, van <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/1783379/Top-5-onnodige-handelingen-peiling-onder-VVN-leden>

Wouters, E., Van Zaalen, Y., & Bruijning, J. (2015). Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg. Bussem: Coutinho

Zimney, K. (2016, 10 maart). *Evidence in Motion.* Geraadpleegd op 27 februari 2019, van <https://www.evidenceinmotion.com/blog/2016/03/10/7708/>

# **Bijlagen**

## **Bijlage 1. Vragenlijst kwantitatief onderzoek**

Beste hbo-verpleegkundigen van etage B op locatie Elisabeth,

Voor u ligt een vragenlijst met betrekking tot de huidige situatie gericht op de barrières die hbo-verpleegkundigen ervaren in het toepassen van EBP in het dagelijkse werk. Deze vragenlijst is opgesteld naar aanleiding van het onderzoek wat momenteel speelt op de etage en dient als hbo-afstudeeropdracht. Het onderzoek richt zich op de barrières die hbo-verpleegkundigen ervaren in het toepassen van EBP in het dagelijkse werk, en wat zij uiteindelijk nodig hebben om deze barrières te overwinnen en te kunnen werken als reflectieve EBP professional.

**Instructies**

Om deel te nemen aan dit onderzoek zal ik u vragen om de vragenlijst, die hierna volgt, in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. De vragenlijst bestaat uit 35 vragen, waarvan 30 stellingen en 5 open vragen. Er wordt hierbij aan u gevraagd, het antwoord in te vullen wat het meest aansluit bij uw mening. Bovenaan de vragenlijst worden nog een aantal korte vragen gesteld om de onderzoekspopulatie helder in kaart te brengen.

**Anonimiteit**

Het invullen van de vragenlijst en de verwerking van uw gegevens gebeurt geheel anoniem. Daarnaast wordt er ten alle tijden betrouwbaar en zorgvuldig omgegaan met uw gegevens. Als u de vragenlijst invult en inlevert in het daarvoor bestemde inleverpunt, gaat u akkoord met deze voorwaarden.

**Deadline**

De vragenlijst heeft een invultijd van 2 weken, van 21-03-2019 t/m 04-04-2019. De vragenlijst kan ingeleverd worden in de daarvoor bestemde dozen, te vinden in iedere leer-en werk ruimte op etage B. De dozen zullen meerdere keren geleegd worden i.v.m. privacy van de respondenten.

**Aanvullend onderzoek**

Na de evaluatie van de vragenlijsten zal er nog een focusgroep volgen om aanvullende informatie te verkrijgen voor het onderzoek. De focusgroep zal gaan over de barrières die verpleegkundigen het meeste ervaren bij het toepassen van EBP op etage B en wat zij nodig hebben om deze barrières te overwinnen. Na de vragenlijst volgt een informatiebrief, waarna u als volgt aan kan geven deel te willen nemen aan de focusgroep. Dit wordt gevraagd als een eerste inventarisatie van mogelijke deelnemers. Er volgt te zijner tijd nog een mail, ter herinnering voor de inschrijving van de focusgroep. Er zullen data beschikbaar worden gesteld waardoor inschrijving voor de focusgroep plaats kan vinden.

Mocht u nog vragen hebben omtrent het onderzoek, neem dan gerust contact met mij op via: k.vaneijndhoven@etz.nl

Alvast hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek,

Met vriendelijke groet,

Kim van Eijndhoven

(4e jaars leerling HVOZ, afdeling B1)

Indien u de vragenlijst via word (online) invult, maak dan de keuze mogelijkheden dik gedrukt. Bijvoorbeeld als u kiest voor optie 2: 1 **2** 3 4 5

Doe dit zo ook bij de bovenste 3 open vragen m.b.t. hoeveel jaar u werkzaam bent en wat uw geslacht is. Tot slot, als u de vragenlijst via word invult, mailt u hem terug naar bovenstaand mailadres.

**Informatie deelnemer:**

Zoals eerder benoemd volgen hieronder nog een aantal korte vragen om de onderzoekspopulatie helder in beeld te krijgen.

Wat is uw leeftijd?

……jaar

Hoe lang bent u werkzaam als hbo-verpleegkundige:

 0.5 tot 1 jaar

 1-2 jaar

 2-3 jaar

 3-4 jaar

 4 jaar of langer

Hoe lang bent u werkzaam als hbo-verpleegkundige op etage B:

 0.5 tot 1 jaar

 1-2 jaar

 2-3 jaar

 3-4 jaar

 4 jaar of langer

|  |
| --- |
| **Vragenlijst over de barrieres bij het toepassen van EBP in de dagelijkse praktijk.** |
| Geef aan hoe belangrijk u de kwestie vindt waarover in de linker kolom een vraag wordt gestelddoor op dezelfde regel links het nummer te omcirkelen dat het meest met uw mening overeenkomt.  |
| **Vraag** | **Mate van belemmering bij het toepassen van EBP** |
| **Geen belemmering**  | **Kleine belemmering** | **Redelijke belemmering** | **Grote belemmering** | **Geen mening** |
| 1. Onderzoeksverslagen/artikelen zijn niet gemakkelijk beschikbaar.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Implicaties voor de praktijk zijn niet helder beschreven.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Statistische analyses van onderzoeksverslagen zijn niet te begrijpen.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Het onderzoek is niet relevant voor de verpleegkundige praktijkvoering.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen zijn niet op de hoogte van onderzoeksresultaten.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Er zijn onvoldoende randvoorwaarden (regels) voor implementatie van onderzoeksresultaten.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen hebben geen tijd om onderzoeksresultaten te lezen.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen zijn niet bekwaam om literatuur te zoeken op een systematische wijze.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen denken dat het voordeel van een verandering in de praktijk minimaal zal zijn.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen zijn onzeker of ze de onderzoeksresultaten moeten geloven.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen vinden onderzoeksartikelen die ze lezen methodologisch zwak.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Relevante literatuur is niet op één plaats verzameld/te vinden.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen vinden dat ze onvoldoende autoriteit hebben om de patiëntenzorg te veranderen.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen vinden dat onderzoeksresultaten niet te vertalen zijn naar hun eigen setting.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen voelen zich geïsoleerd van deskundige collega’s met wie ze onderzoeksresultaten kunnen bespreken.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen zien weinig voordeel voor zichzelf.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. De cultuur op de werkplek is niet stimulerend voor het zoeken en het implementeren van onderzoeksresultaten.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Medici zullen niet meewerken aan de implementatie.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Management zal implementatie niet toestaan.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen zien de meerwaarde van onderzoek voor de praktijk niet.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. De noodzaak om de praktijkvoering te veranderen is nergens beschreven.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. De conclusies die worden getrokken uit het onderzoek worden niet goed verantwoord.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. De literatuur laat tegenstrijdige resultaten zien.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Onderzoeksresultaten worden niet helder en leesbaar gerapporteerd.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Collega’s ondersteunen de implementatie niet.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen zijn niet bereid om veranderingen/nieuwe ideeën uit te proberen.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. De hoeveelheid onderzoeksverslagen is overweldigend.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen voelen zich niet bekwaam om de kwaliteit van onderzoeksverslagen te beoordelen.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Er is in de praktijk onvoldoende tijd om nieuwe ideeën te implementeren.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Verpleegkundigen hebben moeite met het lezen van Engelstalige verslagen.
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zijn er andere factoren waarvan u denkt dat deze een belemmering vormen voor het toepassen van EBP in de praktijk? Zo ja, gelieve deze hieronder te beschrijven.

31.

32.

33.

34. Welke van de bovengenoemde belemmeringen (1 t/m 33) zijn, volgens u, de drie grootste barrières

voor het gebruik maken EBP in de praktijk door verpleegkundigen?

Grootste barrière Itemnummer:

Een na grootste barrière Itemnummer:

Twee na grootste barrière Itemnummer:

35. Welke factoren bevorderen, volgens u, het gebruikmaken van EBP in de praktijk?

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

## **Bijlage 2. Resultaten vragenlijst**

### **Gesloten vragen**

**Resultaten vragenlijst**

In onderstaande tabel wordt er overzichtelijk weergegeven hoeveel respondenten een bepaald antwoord hebben gegeven. Op basis van een totaal score door middel van een punten toekenning aan de antwoordmogelijkheden, zijn hier de drie grootste belemmeringen en de drie minste belemmeringen geselecteerd bij het toepassen van EBP in de praktijk.

= Vormt nauwelijks tot geen belemmering

 = Grootste belemmeringen

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag: | Geen belemmering(1 punt) | Kleine belemmering(2 punten) | Redelijke belemmering(3 punten) | Grote belemmering(4 punten) | Geen mening(0 punten) | Totaal score: |
| 1.Onderzoeksverslagen/artikelen zijn niet gemakkelijk beschikbaar. | 1x | 3x | 8x | 3x | 0x | 43 |
| 2.Implicaties voor de praktijk zijn niet helder beschreven. | 2x | 4x | 6x | 1x | 2x | 32 |
| 3.Statistische analyses van onderzoeksverslagen zijn niet te begrijpen. | 1x | 2x | 7x | 2x | 3x | 36 |
| 4.Het onderzoek is niet relevant voor de verpleegkundige praktijkvoering. | 5x | 4x | 2x | 3x | 1x | 31 |
| 5.Verpleegkundigen zijn niet op de hoogte van onderzoeksresultaten. | 3x | 5x | 4x | 3x | 0x | 37 |
| 6.Er zijn onvoldoende randvoorwaarden (regels) voor implementatie van onderzoeksresultaten. | 2x | 6x | 5x | 1x | 1x | 33 |
| 7.Verpleegkundigen hebben geen tijd om onderzoeksresultaten te lezen. | 0x | 3x | 4x | 8x | 0x | 50 |
| 8.Verpleegkundigen zijn niet bekwaam om literatuur te zoeken op een systematische wijze. | 3x | 5x | 5x | 0x | 2x | 29 |
| 9.Verpleegkundigen denken dat het voordeel van een verandering in de praktijk minimaal zal zijn. | 6x | 6x | 2x | 1x | 0x | 28 |
| 10.Verpleegkundigen zijn onzeker of ze de onderzoeksresultaten moeten geloven. | 6x | 5x | 3x | 0x | 1x | 25 |
| 11.Verpleegkundigen vinden onderzoeksartikelen die ze lezen methodologisch zwak. | 6x | 5x | 1x | 1x | 2x | 23 |
| 12.Relevante literatuur is niet op één plaats verzameld/te vinden. | 2x | 2x | 6x | 5x | 0x | 44 |
| 13.Verpleegkundigen vinden dat ze onvoldoende autoriteit hebben om de patiëntenzorg te veranderen. | 5x | 6x | 3x | 1x | 0x | 30 |
| 14.Verpleegkundigen vinden dat onderzoeksresultaten niet te vertalen zijn naar hun eigen setting. | 5x | 7x | 1x | 1x | 1x | 26 |
| 15.Verpleegkundigen voelen zich geïsoleerd van deskundige collega’s met wie ze onderzoeksresultaten kunnen bespreken. | 6x | 6x | 2x | 0x | 1x | 24 |
| 16.Verpleegkundigen zien weinig voordeel voor zichzelf. | 9x | 6x | 0x | 1x | 0x | 21 |
| 17.De cultuur op de werkplek is niet stimulerend voor het zoeken en het implementeren van onderzoeksresultaten. | 4x | 10x | 0x | 1x | 0x | 28 |
| 18.Medici zullen niet meewerken aan de implementatie. | 5x | 4x | 6x | 0x | 0x | 31 |
| 19.Management zal implementatie niet toestaan. | 5x | 5x | 2x | 2x | 1x | 29 |
| 20.Verpleegkundigen zien de meerwaarde van onderzoek voor de praktijk niet. | 8x | 3x | 3x | 1x | 0x | 27 |
| 21.De noodzaak om de praktijkvoering te veranderen is nergens beschreven. | 4x | 4x | 5x | 0x | 2x | 27 |
| 22.De conclusies die worden getrokken uit het onderzoek worden niet goed verantwoord. | 5x | 4x | 3x | 2x | 1x | 30 |
| 23.De literatuur laat tegenstrijdige resultaten zien. | 2x | 5x | 6x | 1x | 1x | 34 |
| 24.Onderzoeksresultaten worden niet helder en leesbaar gerapporteerd. | 2x | 3x | 7x | 2x | 1x | 37 |
| 25.Collega’s ondersteunen de implementatie niet. | 3x | 9x | 2x | 1x | 0x | 31 |
| 26.Verpleegkundigen zijn niet bereid om veranderingen/nieuwe ideeën uit te proberen. | 8x | 4x | 1x | 1x | 0x | 23 |
| 27.De hoeveelheid onderzoeksverslagen is overweldigend. | 2x | 4x | 4x | 3x | 2x | 34 |
| 28.Verpleegkundigen voelen zich niet bekwaam om de kwaliteit van onderzoeksverslagen te beoordelen. | 4x | 4x | 6x | 1x | 0x | 34 |
| 29.Er is in de praktijk onvoldoende tijd om nieuwe ideeën te implementeren. | 1x | 4x | 6x | 4x | 0x | 43 |
| 30.Verpleegkundigen hebben moeite met het lezen van Engelstalige verslagen. | 2x | 1x | 7x | 5x | 0x | 45 |

Gemiddelde leeftijd naar aanleiding van de ingevulde vragenlijsten:

26 jaar

Hoe lang bent u werkzaam als hbo-verpleegkundige:

 0.5 tot 1 jaar: 27% = 4

 1-2 jaar: 20% = 3

 2-3 jaar: 27% = 4

 3-4 jaar: 7% = 1

 4 jaar of langer: 20% = 3

Hoe lang bent u werkzaam als hbo-verpleegkundige op etage B:

 0.5 tot 1 jaar: 40%

 1-2 jaar: 27%

 2-3 jaar: 14%

 3-4 jaar: 7%

 4 jaar of langer: 14%

### **Open vragen**

De antwoorden op de vragen zijn onderverdeeld in verschillende topics. Deze topics vormen de basis voor de focusgroep in overleg met de opdrachtgever van dit onderzoek (persoonlijke communicatie, 19 april 2019).

**Tijd**

Ruimte en tijd op de werkvloer

Tijd

Veranderingen die efficiënter zijn, waarmee je tijd kan winnen

Tijd geven voor onderzoek + implementatie

Tijd zodat er maandelijks tijd gemaakt wordt om onderzoeken uit te werken

Tijd

Tijd

Meer tijd/ruimte om met meerdere ervaren collega’s de stappen van EBP door te nemen

**Kennis/rolmodel/vaardigheden**

Meer routine in het doorlopen van de stappen van EBP

Hulp op de afdeling om EBP opnieuw op te pakken

Ondersteuning

Scholing rondom toepassen van EBP

Rolmodel op de etage

Scholing, iemand met kennis en kunde op de etage op de stappen van EBP te ondersteunen

**Faciliteiten**

Maandelijks zitten voor EBP zorgt voor waarborging

Meer databanken via het ziekenhuis beschikbaar en eventueel thuis in kunnen loggen

Inloggegevens voor databank Kaluga van Avans of toegang tot andere databanken

Duidelijke overleg momenten zodat je weet wat er afdelings breed speelt, nu worden er misschien dingen dubbel gedaan.

**Cultuur/werkomgeving/motivatie**

Succes ervaringen met implementaties van EBP

Enthousiasme van collega’s om verbetering in te voeren

Meer EBP onderbouwing bij veranderingen doorvoeren

Team erachter staat om te innoveren

Belonen door inzet bij onderzoek of implementatie door complimenten of extra aandacht

Meer aandacht voor EBP zodat collega’s meer open staan voor andere collega’s die er tijd in willen steken

Stimulatie door collega’s

**Overig**

Casusbesprekingen kritisch bekijken en elkaars handelen bespreken

Kwaliteit van zorg zal door EBP verhoogd worden waardoor patiënt en tevredenheid van verpleegkundigen wordt verhoogd

## **Bijlage 3. Affiche vragenlijst**



**Onderzoek naar de barrières die hbo-verpleegkundigen ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk op etage B van het ETZ Elisabeth ziekenhuis.**

‘Welke barrières ervaren hbo-verpleegkundigen op etage B van het ETZ Elisabeth ziekenhuis in het toepassen van EBP in de praktijk en wat hebben zij nodig om te kunnen werken als reflectieve EBP professional.’

**Wat:** Vragenlijst voor alle hbo-verpleegkundigen op etage B die hier langer dan een half jaar werkzaam zijn om te achterhalen welke barrières zij ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk.

**Wanneer:** De vragenlijst heeft een looptijd van 22-03-2019 t/m 05-04-2019.

**Waar te vinden**: De vragenlijst vindt iedere hbo-verpleegkundige die langer dan een half jaar werkzaam is op etage B in zijn/haar postvak. De vragenlijst kan ingeleverd worden in de daarvoor bestemde oranje/groene doosjes in iedere werk- en leerruimte op etage B.

**Tijd:** het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

**Het invullen en verwerken van de vragenlijst gebeurt geheel anoniem!**

**Bij vragen of onduidelijkheden vraag ik jullie persoonlijk contact met mij op te nemen, via:** **k.vaneijndhoven@etz.nl**





## **Bijlage 4. Informatiebrief**

|  |
| --- |
| **Informatiebrief voor deelname aan de focusgroep** |

Onderaan de informatiebrief gelieve aan te geven of u deel wilt nemen aan de focusgroep ter inventarisatie van het aantal deelnemers. U Krijgt de informatiebrief voorafgaand aan de focusgroep nogmaals toegestuurd dus u kunt deze op een later moment alsnog doornemen.

**Inleiding**

Beste hbo-verpleegkundigen van etage B,

Hierbij wordt de vraag aan u gesteld of u deel wilt nemen aan het kwalitatieve gedeelte van dit praktijkgericht onderzoek. Het kwalitatieve gedeelte bevat 1 á 2 focusgroepen (afhankelijk van het aantal deelnemers). Om mee te doen is voorafgaand aan de focusgroep(en) schriftelijke toestemming nodig. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan de focusgroep(en), krijgt u hieronder uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en bij vragen kunt u de onderzoeker ten alle tijden benaderen, via; k.vaneijndhoven@etz.nl.

1. **Doel van het onderzoek.**

Het doel van de focusgroep is aanvullende informatie verkrijgen met betrekking tot de uitkomsten van de vragenlijst. Uit de vragenlijsten komen de meest voorkomende barrières naar voren die hbo-verpleegkundigen ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk. Om als hbo-verpleegkundige te kunnen werken als reflectieve EBP professional moet er gekeken worden naar wat de hbo-verpleegkundigen nodig hebben om de barrières te overwinnen. Het uiteindelijke doel met de focusgroep is inzicht verkrijgen in wat de verpleegkundigen nodig hebben om de grootste barrières binnen het toepassen van EBP in de dagelijkse praktijk te kunnen overwinnen.

1. **Wat meedoen inhoudt.**

*Wie kan meedoen aan het onderzoek:*

Een focusgroep bestaat uit minimaal 6 en maximaal 12 deelnemers. De hbo-verpleegkundigen die minimaal een half jaar werkzaam zijn op etage B kunnen deelnemen aan de focusgroep. Het is geen eis dat u de vragenlijst ingevuld moet hebben om deel te mogen nemen aan de focusgroep.

*Focusgroep*:

Afhankelijk van het aantal deelnemers aan de eerste focusgroep moet er mogelijk een tweede focusgroep plaats vinden. Bij voldoende deelnemers aan de eerste focusgroep is dit niet nodig. De focusgroep zal ongeveer 60 minuten duren, en zal plaats vinden op etage B in een rustige en veilige omgeving. Te zijner tijd zullen er in iedere werk- en leer ruimte affiches komen te hangen met de mogelijkheid tot het inschrijven van data dat u beschikbaar bent voor een mogelijke focusgroep.

1. **Wat wordt er van u verwacht**

Er wordt van u verwacht dat u actief deel neemt aan de focusgroep en u zich aan de vooraf opgestelde regels houdt.

1. **Mogelijke voor-en nadelen.**

Voordelen:

* Dankzij uw deelname aan de focusgroep wordt er inzicht verkregen in het huidige probleem dat speelt op de etage met betrekking tot het toepassen EBP.
* Dankzij uw deelname en mening hierbij kan er naar geschikte oplossingen worden gezocht voor het praktijkprobleem.
* Dankzij uw deelname kan de kwaliteit van zorg op den duur worden vergroot doordat hbo-verpleegkundigen zich kunnen uiten en werken als reflectieve EBP professional. Hierdoor zullen er onder andere bij de patiënt minder onnodige handelingen uitgevoerd worden en wordt er daarmee gehandeld naar de beste kwaliteit van zorg.

Nadelen:

* De focusgroep zal tijd van u in beslag nemen.
1. **Als u niet wilt meedoen of wil stoppen met het onderzoek.**

U beslist zelf of u mee wilt doen aan het onderzoek, deelname is geheel vrijwillig. Wil u niet deelnemen aan het onderzoek dan heeft dit geen nadelige gevolgen of effecten voor u.

Doet u wel mee aan het onderzoek, dan mag u ten alle tijden uw deelname beëindigen. U bent hierbij niet verplicht een rede te noemen, wel dient u de onderzoeker te informeren over het beëindigen van uw deelname. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld zullen echter wel gebruikt worden bij het onderzoek.

1. **Einde van het onderzoek.**

Uw deelname aan het onderzoek stopt als:

* u zelf ervoor kiest om te stoppen
* het einde van het onderzoek is bereikt
* de onderzoeker het beter voor u vindt om te stoppen
* de onderzoeker genoodzaakt is om het onderzoek te stoppen.

Na afloop van het verwerken van de gegevens van de focusgroep zal er aan iedere deelnemer van de focusgroep een samenvatting worden voorgelegd waarbij u eventueel nog aanvullingen kunt doen en gegevens kunt controleren. De onderzoeker zal u na afronding van het onderzoek informeren over de uitkomsten.

1. **Gebruik en bewaren van uw gegevens.**

Voor dit onderzoek is het noodzakelijk dat uw gegevens gebruikt en verwerkt mogen worden, echter gebeurd dit geheel anoniem. Er wordt geen enkele keer uw naam genoemd en aan alles wordt een code gegeven zodat het niet te herleiden is naar de persoon. Enkel de onderzoeker weet welke code u heeft. Uw gegevens worden door de Avans en het ETZ 5 jaar bewaard.

1. **Heeft u vragen?**

Bij vragen of onduidelijkheden kunt u altijd contact opnemen via: k.vaneijndhoven@etz.nl

**Deelname focusgroep**

Tot slot de vraag of u interesse heeft in deelname aan de focusgroep. Nogmaals, als u op dit moment voor ja kiest bent u nog nergens aan verbonden, dit dient enkel als eerste inventarisatie van het aantal deelnemers.

Ik wil wel/niet deelnemen aan de focusgroep.

## **Bijlage 5. Informed consent formulier**

**Toestemming voor gegevensgebruik vanuit de focusgroep over de barrières bij het toepassen van EBP in de praktijk.**

Beste hbo-verpleegkundige,

Middels het ondertekenen van dit formulier verleend u toestemming voor het gebruiken van de opgenomen gegevens tijdens de focusgroep. Deze gegevens worden gebruikt voor het praktijkgerichte onderzoek omtrent de barrières bij het toepassen van EBP. Middels uw handtekening geeft u toestemming voor onderstaande voorwaarden;

1. De informatiebrief heb ik doorgenomen en begrijp ik. Ik kreeg ruimte om vragen te stellen en deze vragen zijn beantwoord.
2. Mijn deelname wordt geheel geanonimiseerd. Enkel Kim van Eijndhoven, tevens de onderzoeker, heeft inzicht in de respondenten bij het verwerken van de resultaten.
3. De deelname aan de focusgroep is geheel vrijwillig en ik kan op elk moment afzien van mijn deelname hieraan. De onderzoeker wordt hier echter wel van op de hoogte gesteld maar ik ben niet verplicht een rede te geven.
4. De verkregen anonieme gegevens mogen gedeeld worden met het ETZ en Avans Hogeschool.
5. Ik ben ervan op de hoogte dat de focusgroep middels een videorecorder wordt opgenomen, opnames worden enkel gebruikt voor dit onderzoek.
6. Alles wat buiten de opnamen gezegd wordt, is vertrouwelijk, en behoort niet tot de verzamelde resultaten en zal dan ook niet gebruikt worden voor dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

Naam moderator:

Datum:

Handtekening moderator:

## **Bijlage 6. Inschrijfformulier focusgroep**

***‘EBP toepassen in de dagelijkse praktijk’***

***Naar aanleiding van de vragenlijst wil ik met jullie als hbo-verpleegkundigen een focusgroep houden. Hierin worden de resultaten van de vragenlijst besproken en zal er gezamenlijk gediscussieerd gaan worden over de barrières die jullie ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk.***

**Het is geen voorwaarde de vragenlijst ingevuld te hebben, dus iedere hbo-verpleegkundige mag deelnemen aan de focusgroep.**

**De focusgroep zal plaatsvinden op één van onderstaande data op etage B. Geef aan op welke data jij aanwezig zou kunnen zijn. Op basis van de meeste aanmeldingen wordt er een datum gekozen. De focusgroep zal op alle data rond 14.30u beginnen, hierdoor kunnen de collega’s van de avonddienst eventueel voor aanvang van hun dienst deel nemen aan de focusgroep.**

**Groetjes Kim (leerling B1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Vrijdag 19 april***  | ***Woensdag 24 april*** | ***Donderdag 25 april*** | ***Vrijdag 26 april*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## **Bijlage 7. Gespreksagenda focusgroep**

***Gesprekagenda focusgroep:***

**Welkomstwoordje**

* Korte inhoud focusgroep
* Tijdbestek benoemen
* Informed consent invullen

**Afspraken maken**

* Geluidsopname (informed consent)
* Afspraken omtrent uit laten praten etc.
* Benoemen moderator en observator

**Resultaten vragenlijst bespreken, aangeven dat deze barrières naar voor komen:**

Grootste barrières naar aanleiding van vragenlijst:

* Tijd
* Relevante literatuur is niet op een plaats te vinden
* Engels

Nauwelijks tot geen belemmeringen naar aanleiding van vragenlijst:

* Verpleegkundigen zien voordeel voor zichzelf
* Verpleegkundigen vinden onderzoeksverslagen die ze lezen methodologisch sterk
* Verpleegkundigen zijn bereid om de veranderingen of nieuwe ideeën uit te voeren

**(Opvallende) resultaten bespreken waar diepgang/verduidelijking op nodig is**:

* Tijd:
* Waar zien jullie de mogelijkheden om te zorgen dat we voldoende tijd kunnen creëren om EBP toe te passen in ons dagelijks werk? (veranderingen)
* Hoe te waarborgen?
* Wat denken jullie dat de beste frequentie is om EBP op de afdeling/etage breed te evalueren en zaken te bespreken? En hoe kunnen we dit waarborgen?
* Cultuur/werkomgeving/motivatie:
* Op welke manier zouden we de motivatie kunnen verhogen om EBP toe te passen in jullie dagelijkse werk?
* Kennis en vaardigheden:
* Denken jullie dat er behoefte is aan scholing m.b.t. EBP en zou Engels daar een onderdeel in moeten zijn? en waarom wel of niet?
* en op welke gebieden dan?
* Waar zien jullie de mogelijkheden om aan deze kennis te komen en op welke manier?
* Rolmodel/ondersteuning:
* Is er behoefte aan rolmodel of ondersteuning of de etage/afdeling. Iemand die kennis beheert m.b.t de stappen van EBP en hoe zou dit dan vorm moeten krijgen?
* Faciliteiten
* Op welke manier zouden we de belemmering van het niet kunnen vinden van relevante literatuur op één duidelijk plek/geen toegang tot literatuur aan kunnen pakken?
* Zijn er voldoende databanken beschikbaar en zouden jullie thuis in willen kunnen loggen? En waarom? Privé/werk gescheiden houden?
* Moet er etage breed overlegd worden m.b.t. de onderwerpen van EBP? (Zo voorkom je dat mensen met hetzelfde bezig zijn). En waarom dan? Hoe te waarborgen?

**Na afloop:**

* Vraag of iedereen nog overige vragen/dingen die je kwijt wil op een briefje wil noteren.
* Ik ga als eerst een samenvatting geven (mondeling) en mochten er daarna nog vragen of opmerkingen zijn dan is hier nog ruimte voor.
* 🡪 membercheck.

Iedereen bedanken voor deelname en aangeven dat de uiteindelijke resultaten via de mail gedeeld zullen worden.

## **Bijlage 8. Transcript focusgroep**

Transcript focusgroep 26-04-2019

Ik: allereerst wil ik jullie bedanken dat jullie hier bij de focusgroep aanwezig zijn. De focusgroep zal gaan over de vragenlijst die jullie mogelijk hebben ingevuld omtrent de barrières die jullie ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk. Het is geen voorwaarde deze vragenlijst ingevuld te hebben om deel te mogen nemen aan deze focusgroep. Vanuit de vragenlijsten zijn er aantal barrières naar voren gekomen die jullie aangeven als meest belemmerend te ervaren bij het toepassen van EBP in de praktijk. Deze barrières heb ik onderverdeeld in bepaalde topics, in overleg met mijn opdrachtgever Manon Gerrits, waar ik tijdens deze focusgroep meer diepgang in wil verkrijgen.

De focusgroep zal ongeveer 3 kwartier duren en ik wil zometeen voorafgaand aan de focusgroep jullie een informed consent formulier laten ondertekenen als toestemming voor jullie gegevensgebruik en toestemming voor de opname van deze focusgroep.

* Afname informed consent -

Ik ben de gespreksleider tijdens deze focusgroep en zal per topic een inleidende vraag aan jullie stellen waarbij jullie allemaal je mening mogen geven, ik wil de afspraken maken dat we elkaar uit laten praten, dat we elkaars mening respecteren, dat we luisteren naar elkaar en ik vraag een actieve houding van jullie. Kunnen jullie je hierin vinden? Respondenten: Ja, mee eens. Tot slot is respondent 3 aangewezen als observator, zij zal ervoor zorgen dat iedereen voldoende aan het woord komt.

Dan wil ik graag starten met het eerste onderwerp, en tevens ook de grootste barrière vanuit de vragenlijsten, namelijk tijd.

**Tijd**

Ik: waar zien jullie de mogelijkheden om te zorgen dat we voldoende tijd kunnen creëren om Ebp toe te passen in ons dagelijks werk?

Respondent 1: Nouja, ik heb nou in de nachtdienst gedacht ja ik nu ff literatuur zoeken, probleem is wel, mijn concentratie is ver te zoeken en toch is het de laatste tijd in de avond en in de middag gewoon heel erg druk waardoor je niet ff kan zeggen ik ga even apart zitten en uh ja en je kunt gewoon niet even gaan zitten want er zijn te weinig mensen om jou taken dan over te nemen.

Ik: en wat zou daarin dan nodig zijn zodat we de tijd wel kunnen creëren?

Respondent 1: Ja meer personeel dan misschien

Respondent 3: ja dat denk ik wel

Ik: tijd is natuurlijk iets heel moeilijks om op te lossen, dus ja waar haal je tijd vandaan, dus is misschien de optie om heel groot te denken.

Respondent 1: ja uiteindelijk ligt het gewoon aan te weinig personeel, waardoor je geen tijd vrij kan maken om dingen bij de zorg te doen.

Respondent 3: Ja je bent echt alleen maar bezig met zorg verlenen, maar aan al die andere extra dingen kom je gewoon niet aan toe, of in een nachtdienst maar dan heb je geen concentratie meer en wordt de kwaliteit van je dan doet ook niet echt hoog.

Ik: en als we dan wel voldoende personeel zouden hebben, hoe zouden we er dan voor kunnen zorgen dat wij wel voldoende tijd hebben, stel je hebt een mannetje extra.

Respondent 2: ja ik denk niet dat personeel het grootste probleem is, maar meer dat het druk is en uhm, je kunt bijvoorbeeld anders ook nog overgepland worden. dus dat je bijvoorbeeld een keer een dag uit zorg voor de EBP groep doet, dat zou wel kunnen met het personeel dat we nu hebben denk ik.

Respondent 4: Ebp is niet iets wat je zomaar doet, je hebt er al gauw een uur anderhalf uur voor nodig om echt lekker op te starten. Dus als je dan weet het is druk, je moet toch achter een computer zitten en je een beetje afsluiten van het team en als er dan steeds binnen wordt gelopen en de werkzaamheden niet door kunnen dan heeft het ook niet zoveel zin om echt er goed aan te kunnen zitten. En het zijn vaak engelse artikelen dus je moet je wel een beetje kunnen concentreren.

Respondent 5: het is ook een beetje de visie he, want ze willen allemaal mee met de tijd van nu en de ontwikkelen. Want je hebt bijvoorbeeld zoals een VIM groep daar wordt tijd voor gemaakt, terwijl ze het nu ook met de zorg allemaal willen verbeteren en daar hoort EBP zeker bij en dan kom je bij die visie. Het leerhuis wil het allemaal en dan wordt er aangegeven dat wij daar tijd voor moeten krijgen maar de afdelingen gaan daar niet in mee. Daar worden de uren gewoon niet voor vrij gemaakt, als zou je maar 8 uur in de maand een keer een dag uit zorg hebben en dan is het personeelsprobleem nog niet eens het grootste probleem. Dus kortom eigenlijk dan een beetje de visie of de afdeling er in mee gaat.

Respondent 3: want hoe wordt bij jullie EBP gedaan? Want wij zoeken thuis echt informatie op en dan gaan we in een half uurtje zitten en bespreken we dat, doen jullie dat ook?

Respondent 5: Van tevoren hebben we dat ook altijd gedaan.

Respondent 6: maar nu hebben steeds meer mensen zoiets van ja dat ga ik thuis niet meer doen.

Respondent 5: ja het houdt een keer op, en dan kan je zeggen ja je mag je uren schrijven maar als je al 32 uur werkt en dat dan op je vrije dag nog extra moet doen. Het is niet in die 32 uur.

Respondent 2: nee precies en je doet het ook niet ff. En ik vind EBP best wel leuk maar artikelen zoeken met alle respect vind ik echt verschrikkelijk.

Respondent 3: ja

Respondent 2: ja ook het engels gebrek.

Respondent 5: ja en thuis heb je natuurlijk ook bijna nergens toegang tot door al die abonnementen.

Respondent 4: en ik werk dan 36uur dus als ik dan daarnaast dat ook nog thuis moet gaan doen, ja ik wil werk en prive wel gescheiden houden en het huishouden gaat ook gewoon door.

Ik: jullie benoemen nu ook wel een aantal dingen waar ik later nog op terug wil komen maar als je dan nu echt naar de tijd kijkt zou dan voor een deel afdelingsbreed of misschien wel etagebreed de visie moeten veranderen?

Respondent 5: ja, Bijvoorbeeld 3 mensen van b1, b2 en b3 die allemaal een dag uit zorg krijgen per maand om aan Ebp te werken. En ook het vastzetten van he, want wij plannen regelmatig wel eens een momentje dat we even evalueren maar dan is het druk en dan wordt EBP het eerst van de baan geschoven. Want er zijn dan prioriteiten. Ik snap dat je niet heel de afdeling kan missen maar dat er in ieder geval iemand er even aan kan zitten.

Respondent 3: ja mee eens

Respondent 6: ja klopt

Ik: want wat zou dan de frequentie zijn om ervoor te gaan zitten?

Respondent 1: wij doen nu op de afdeling 1 keer per maand.

Respondent 2: ik merk ook om het actueel te houden moet je het zeker wel 1 keer per maand houden.

Respondent 3: ja anders gaat het helemaal verloren.

Respondent 1: maar 1 keer per maand is ook niet ideaal want ik voel nu wel die druk van ik moet nog iets zoeken want we hebben alweer over een week EBP.

Respondent 5: ja maar dat komt door de drukte op de afdeling zelf en dat we er op dit moment geen tijd voor krijgen en daarom moet de visie veranderen en moeten we er tijd voor krijgen.

Ik: oke duidelijk, dan wil ik doorgaan naar het volgende onderwerp.

**Cultuur/motivatie/werkomgeving**

Ik: uit de open vragen vanuit de vragenlijst kwam onder andere naar voren dat mensen toch wel de motivatie missen om iets te doen omdat ze het gevoel hebben er erg weinig voor terug te krijgen. Op welke manier denken jullie dat we de motivatie zouden kunnen verhogen?

Respondent 4: ik denk als je het onderwerp waarnaar je op zoek bent bijvoorbeeld deelt in het werkoverleg, dan betrek je heel het team erbij en weet het team ook waar je mee bezig bent want EBP ligt toch eigenlijk bij de hbo verpleegkundigen en op die manier worden de mbo verpleegkundigen erbij betrokken. Op die manier wordt het onder het gehele team verspreid.

Respondent 1: ja ze vragen er dan ook naar en ze kunnen er in meedenken. Dus zij kunnen dat ook tips geven of aangeven waar zij tegenaan lopen die je dan mee kan nemen om uit te zoeken.

Ik: dus meer het gehele team erbij betrekken en niet alleen de hbo verpleegkundigen?

Respondent 6: ja

Respondent 5: ja

Respondent 3: ja

Respondent 2: Maar ik denk ook om het actueel te houden het regelmatig te plannen want vaak als we een onderwerp hebben wordt ik wel enthousiast maar als je elkaar dan na 2 maanden een keer ziet dan ja sorry maar dan weet ik ook niet meer van waar gaat het nou precies over en dan kun je weer helemaal opnieuw beginnen.

Ik: uhum

Respondent 2: dus ik denk om ermee bezig te blijven, dat is wel makkelijk gezegd, maar dat je daardoor wel iets actueel en het warm houdt.

Ik: En zouden jullie ook behoefte hebben aan bijvoorbeeld motivatie in de zin van echt een beloning krijgen, ervaren jullie die beloning?

Respondent 3: nou als ik thuis iets uit moet werken niet echt maar als je die uren vergoed krijgt of er hier echt tijd voor krijgt denk ik dat je dan al iets meer beloning krijgt. Maar als de overige verpleegkundigen dus eigenlijk heel het team het mee oppakt geeft dat natuurlijk wel extra motivatie.

Respondent 2: ja klopt.

Ik: want pakken jullie EBP nu wel echt alleen op met de hbo verpleegkundigen of ook met de mbo verpleegkundigen?

Respondent 6: bij ons met name de hbo verpleegkundigen.

Respondent 5: we hebben het wel eens gevraagd natuurlijk maar dan is het meer net zoals bijvoorbeeld die artikelen zoeken is gewoon lastig voor hun maar dan is het meer de rol als in best practice, dat soort dingen en dingen op andere afdelingen uitvragen en meedenken in de problemen. Maar dat hebben we wel een paar keer voorgelegd maar er kwam toen geen motivatie of reactie vanuit de mbo verpleegkundigen.

Respondent 1: wij hebben ze wel betrokken in ideeën bij onderwerpen en een lijstje opgehangen en gevraagd waar lopen jullie tegenaan maar daar kregen we niet al te serieuze antwoorden op.

Respondent 3: maar dat is misschien wel een manier hoe we het gehele team erbij zouden kunnen betrokken waardoor wij ook weer gemotiveerd raken. Want op die manier creeër je ook meer draagvlak als het mensen het zelf aan kunnen dragen.

Respondent 1: dus bijvoorbeeld tijdens het teamoverleg bespreken.

Respondent 4: ik denk als je het transparant en actueel houdt en het geregeld gaat plannen dan zal die motivatie ook wel omhoog gaan. En als je dan uitkomsten krijgt, en je team weet ervan en je ziet verandering motiveert dat wel. Er is niks zo leuk als je ergens hard aan hebt gewerkt en je ziet dan resultaat.

Respondent 5: maar ik vind het wel lastig hoor, want je merkt aan het team dat veranderingen wel hele grote dingen zijn. Ik heb een paar onderzoeken op de afdeling gedaan, de abcde methode enzo maar je moet dingen toch echt wel bewijzen en dat lukte wel maar toen kwam epic en liet iedereen het vallen. Dus het doorzettingsvermogen ontbreekt wel een beetje.

Ik: maar als ik het zo hoor ligt het dan persee aan jullie motivatie maar vooral aan de cultuur en werkomgeving waarin we werken.

Respondent 5: ja ik denk het wel.

Respondent 6: ja.

Respondent 4: ja en ik denk als je dan de resultaten even kort kan presenteren in het werkoverleg dat iedereen erbij is en ook waarom iets moet veranderen of ergens voor kiest, dan is de verandering misschien ook iets minder eng om aan te gaan.

Ik: ja zeker, duidelijk.

**Kennis/vaardigheden**

Ik: dan komen we bij het onderwerp kennis en vaardigheden. Denken jullie dat er behoefte is aan scholing m.b.t. EBP en zou Engels daarbij een onderdeel moeten zijn?

Respondent 6: ik denk dat er zeker wel behoefte is aan scholing omtrent EBP. Nou had ik laatst wel die opfris cursus bij Godelieve in het leerhuis gedaan over Pubmed en dat vond ik wel heel fijn en dat heb ik nu wel al van meerdere mensen gehoord.

Respondent 1: Wij hebben nu ook best wel wat mensen op de afdeling die nog niet zo heel lang afgestudeerd zijn dus dat scheelt wel.

Respondent 2: En engels is denk ik lastig want ja je kunt niet een opfris cursus engels doen.

Ik: nee dat klopt maar je zou begeleiding kunnen krijgen op het gebied van het beoordelen van Engelse artikelen en waar let je dan op etc. Zou er op dat vlak wel behoefte aan zijn?

Respondent 5: het is sowieso wel goed om een keer weer door iemand vanuit het leerhuis, bijvoorbeeld Mariëlle die doet zulke dingen wel vaker, een soort opfris cursus te krijgen met alle basics, tips en tricks met hoe je nou precies zoekt en artikelen beoordeeld enzo.

Respondent 6: ik denk wel dat er genoeg aangeboden wordt vanuit het ziekenhuis

Respondent 3: Ja

Respondent 5: Ja zeker

Respondent 2: Want er is ook een post bachelor EBP.

Respondent 4: voor degenen die iets langer afgestuurd zijn is dat ook zeker een hele fijne opfris cursus.

Respondent 3: nee ja vooral, ik ben natuurlijk een half jaar geleden afgestudeerd, en ik denk dat het nog wel fris in mijn geheugen zit zegmaar maar als je inderdaad al 5 of 10 jaar bijvoorbeeld afgestudeerd bent dan zie ik hier wel dat het veel moeizamer gaat bij de hbo verpleegkundigen.

Respondent 4: Ja ik heb zelf eind dit jaar de post bachelor EBP.

Ik: oké. En op welke gebieden van EBP hebben jullie de meeste behoefte aan scholing?

Respondent 4: het zoeken van artikelen denk ik. Dus hoe je de juiste termen kan opstellen om de beste hits te krijgen, daar loop ik vaak tegen aan.

Respondent 3: ja dat ik vind ook wel het lastigste.

Ik: oke dus vooral de zoektermen en daarbij dan ook nog het Engels of speelt dat minder een rol?

Respondent 1: Nou vaak vind ik wel als je de abstract leest dat je dan al snel een idee hebt van waar het nou over gaat. Daar zie je vaak al wel of het te maken heeft met jou onderzoeksvraag of niet. Maar ik weet niet hoe dat voor anderen is maar voor mij heeft engels niet de grootste prioriteit want je kunt ook alles met google translate globaal vertalen.

Respondent 2: ik gooi ook alles gewoon in google translate.

Respondent 1: ja maarja dan weet je het ook.

Respondent 6: dat is net zo makkelijk en globaal klopt dat vaak wel.

Ik: dus scholing van Engels staat dus niet echt op de voorgrond maar meer hoe zoek je.

Respondent 6: ja dat is denk ook wel het meest gebruikte, niet alleen hoe zoek je maar ook het beoordelen van de kwaliteit van artikelen.

Respondent 3: dat zoeken lukt uiteindelijk misschien nog wel maar ook inderdaad hoe weet je nou wanneer het echt van goede kwaliteit is, dat vind ik zo lastig.

Respondent 5: ja dat vinden veel mensen lastig volgens mij.

Respondent 2: ja klopt

Respondent 4: ja en de relevantie beoordelen is moeilijk.

Respondent 1: ja en al die moeilijk termen die zakken zo snel weg.

Ik: en waar zien jullie de mogelijkheden om hier dan scholing in te krijgen, dus hoe kan dat vorm worden gegeven?

Respondent 2: misschien kan het wel bijvoorbeeld in een paar korte cursussen want bijvoorbeeld de post bachelor EBP kost echt veel tijd en dat is bijna een hele opleiding. Maar gewoon even bijvoorbeeld een halve dag of 2 halve dagen van hoe werkt EBP en herhaling van de termen enzo.

Respondent 2: Misschien een ELO?

Respondent 3: ja een ELO dat is wel een goede. Want die post bachelor duurt echt te lang voor mij en daar heb ik niet echt tijd voor.

Respondent 4: met een ELO bereik je veel laagdrempeliger meer mensen.

Respondent 6: ja en dan gewoon een praktijk gedeelte en een toets gedeelte, en dan bijvoorbeeld een halve dag een praktijk gedeelte met uitleg, een opfris cursus.

Respondent 2: ja en die ELO kun je er dan altijd nog even bij pakken om te kijken van hoe zat het ook alweer als je artikelen aan het beoordelen en zoeken bent.

Respondent 3: ja precies.

Respondent 1: en dan ook zorgen dat zo’n ELO kenbaar wordt gemaakt zodat mensen ervan af weten en er gebruik van kunnen maken.

Ik: hebben jullie het idee dat EBP onzichtbaar is op de werkvloer?

Respondent 1: nou ik hoor wel van veel mensen ja ik heb bij Godelieve geweest of ik volg de post bachelor EBP, dus denk dat het voldoende zichtbaar is.

Respondent 4: je ziet het wel steeds meer toenemen op de afdeling en ook in het ziekenhuis. Er wordt steeds meer met EBP gedaan maar op de etage nog niet voldoende denk ik.

Respondent 2: het is ook de kunst om het vol te houden denk ik. Ik merk dat soms bij ons wel als een onderwerp veel te groot is dan vervalt dat weer en is zonde van je werk. Het werkt ook wel mee als je een actieve aandachtsvelder EBP hebt en die hebben wij gelukkig.

**Rolmodel/ondersteuning**

Ik: dan sluiten we denk ik mooi aan op het volgende onderwerp. De vraag hierbij is of er behoefte is aan een rolmodel of ondersteuning vanuit een of twee mensen op de afdeling of etage bij het toepassen van EBP?

Respondent 2: ja ik merk wel dat er nu begin dit jaar 2 aandachtsvelders EBP zijn binnen het team dat dat wel echt goed werkt. Je hebt een aanspreekpunt en zij sturen ook herinneringsmailtjes en nieuwe onderwerpen en plannen data om te gaan zitten met zijn allen waardoor je het ook weer actueel houdt. Dus ik vind dat dat wel echt effect heeft bij ons.

Ik: hoe is dat op B1 en B3?

Respondent 6: Nou wij hadden een hele goede kartrekker, Nikki, maar die gaat nu weg. Dus nu is het niet veel meer.

Respondent 5: nou ja we probeerden het eigenlijk een beetje te variëren zodat iedereen aan de beurt kwam en een voorzittersrol heeft maar helaas loopt dat nog niet echt goed.

Respondent 6: Maar er gaan gewoon heel veel mensen weg waardoor ik en Tony nog overblijven.

Respondent 1: ik vind het wel fijn dat ik aandachtsvelder met iemand samen ben samen en dat je dan samen kunt sparren over ideeën en onderwerpen.

Ik: en hoe is het op B1?

Respondent 3: nouja iedereen doet alles een beetje door elkaar. Dus de ene keer stuurt die een mail en de andere keer de ander dus zo blijft het wel leven maar als het dan druk is, is EBP het eerste wat erbij inschiet en neemt ook niemand het voortouw of de verantwoordelijkheid van nou jongens nu gaan we toch heel even zitten. Op een gegeven moment gaat iemand dan wel wat data zoeken wanneer we een keer iets kunnen bespreken maar heel actief wordt dat niet gedaan. Maar ik vind het wel een goed idee 1 of 2 aandachtsvelders, bij voorkeur 2 dan inderdaad zodat je wel met iemand kan sparren en overleggen. Maar sinds dat Annemarije weg is is EBP nooit echt meer opgepakt.

Ik: maar zoals op B2 is het dus wel prettig om in ieder geval 2 kartrekkers en een aanspreekpunt te hebben.

Respondent 2: ja.

Respondent 1: ja. En misschien kan dat ook wel etagebreed opgepakt worden zodat je ook met de andere afdelingen kunt overleggen van hoe pakken jullie het aan of over wat voor onderwerpen hebben jullie het, zodat je ook niet telkens dingen dubbel aan het uitzoeken bent.

Respondent 2: laatst zou er ook etagebreed een overleg plaats vinden maar dat ging toen niet door maar volgens mij wordt dan in een nieuw jasje gestoken vanuit de kwaliteitsfunctionaris.

Respondent 4: ik denk dat het sowieso leuk is om het etagebreed op te pakken en gezien er op B3 bijna geen hbo’ers over blijven en veel nieuwe. Het is dan ook wel leuk om van elkaar te weten waar iedereen mee bezig is en dat je elkaar kan ondersteunen.

Ik: en hoe vaak zou zo’n overleg dan plaats moeten vinden volgens jullie?

Respondent 1: 1 keer in de 2/3 maanden ofzo?

Respondent 2: ja ik denk dat dat wel reëel is.

Respondent 1: ik denk dat de aandachtsvelder tussendoor ook aan elkaar kunnen laten weten met welk onderwerp je op dat moment bezig bent zodat er niks dubbel wordt uitgezocht.

Respondent 2: en ik denk ook de kwaliteitsfunctionarissen erbij betrekken want die weten ook veel overkoepelend en ziekenhuis breed.

Respondent 4: ja klopt en dan de aandachtsvelder elkaar in de cc zetten zodat alles in een keer overzichtelijk is en we ook meer samen gaan werken als etage.

Ik: oké, duidelijk.

**Faciliteiten:**

Ik: daarmee wil ik graag doorgaan op het volgende en tevens laatste onderwerp en dat zijn de faciliteiten. Op welke manier zouden we de belemmering van het niet kunnen vinden van relevante literatuur kunnen overwinnen? Dit kwam als belemmering naar voren vanuit de vragenlijst.

Respondent 1: ik denk dat we het door die ELO kunnen overwinnen want als je niet weet wat je moet zoeken en niet weet wat wel en niet relevant is dan is het ook lastiger zoeken denk ik en kun je de literatuur dus niet vinden.

Respondent 6: ik denk dat de faciliteiten er best wel zijn, want er wordt best veel aangeboden vanuit het leerhuis en je kunt in elke databank en als je er niet bij kan dan mail je Godelieve en dan zorgt zij dat je er wel toegang toe hebt.

Ik: denk je dat dat ook bij iedereen bekend is?

Respondent 6: Ja ik denk het opzich wel dat het bekend is dat er faciliteiten aangeboden worden maar dit zou altijd duidelijker kenbaar gemaakt kunnen worden.

Respondent 4: ja via het ziekenhuis heb je wel toegang tot alles eigenlijk.

Ik: dus wat dat betreft zijn er voldoende faciliteiten op het gebied van databanken. Maar hoe kijken jullie daartegen aan vanuit thuis? Want ik hoorde daarnet ook dat mensen thuis naar literatuur moeten zoeken, zolang je op school zit heb je daar natuurlijk toegang tot maar anders niet.

Respondent 5: ik wil thuis ook geen toegang krijgen tot databanken want ik wil werk en prive wel graag gescheiden houden.

Respondent 2: ja mee eens.

Respondent 4: nee je moet dat thuis ook niet willen doen. Als je er thuis toegang tot hebt dan wordt er ook van je verwacht dat je dit dan thuis doet.

Ik: ik hoorde daarnet dat het vanuit de verpleegkundigen van B1 dus wel thuis gedaan wordt maar daar moeten we dus eigenlijk zoals ik jullie begrijp voor waken dat dit niet gebeurt?

Respondent 3: ja klopt maar dan zullen we daar tijd op de werkvloer voor moeten krijgen zoals eerder besproken anders is het niet meer haalbaar en zullen we het tocht huis moeten doen.

Ik: oké duidelijk. Ik denk dat hiermee voldoende diepgang is verkregen in de vragenlijst en de barrières die hieruit naar voren kwamen. Ik wil jullie vragen om op de memo blaadjes, mochten jullie nog iets kwijt willen of nog aanvullingen te hebben, dit hierop te schrijven. Ik ga ondertussen een korte samenvatting geven van de focusgroep als membercheck, dus mocht je aanvullingen hebben of klopt er iets niet, schrijf het op en dan krijgen jullie zometeen de mogelijkheid om mij hierin aan te vullen.

**Ik: Samenvatting:**

**Qua tijd hebben we besproken dat er eventueel extra uren gepland worden zodat bijvoorbeeld iemand van elke afdeling een keer per maand een dag uit zorg kan om aan EBP te werken.**

**Op het gebied van de cultuur en de werkomgeving gaven jullie aan het aan te kaarten in een werkoverleg zodat misschien ook de mbo verpleegkundigen daarin betrokken worden en iedereen gemotiveerd wordt om mee te denken over mogelijke onderwerpen en dit dan in een teamoverleg te herhalen.**

**Qua kennis en vaardigheden gaven jullie als gezamenlijk idee de ELO over EBP met een praktijk gedeelte, dus een cursus middag of dag en een theorie/toets gedeelte en dat je de ELO ook altijd er nog bij kan pakken als je even niet meer precies weet hoe het werkt. Jullie gaven aan dat de ELO dan moet bevatten hoe je literatuur zoekt, wat voor trefwoorden, hoe beoordeel je relevante artikelen en hoe bepaal je hier de kwaliteit van.**

**Op het gebied van een rolmodel en ondersteuning gaven jullie aan dat de voorkeur wel uit gaat naar aandachtsvelder op het gebied van EBP net zoals op B2. Mogelijk dat ook op de andere afdeling 1 bij voorkeur 2 aandachtsvelder EBP worden aangesteld. Op deze manier zijn er kartrekkers aanwezig zodat B1, B2 en B3 makkelijker met elkaar kunnen overleggen en er minder makkelijk dingen dubbel worden gedaan.**

**Qua faciliteiten vonden jullie dat er voldoende aanwezig was binnen het ziekenhuis en dat het probleem van het niet kunnen vinden van relevante literatuur voornamelijk ligt op het gebied van onvoldoende scholing. Mogelijk dat de faciliteiten meer kenbaar gemaakt kunnen worden onder iedereen. Verder is er geen behoefte aan toegang tot artikelen in de thuissituatie. Jullie gaven allemaal aan werk en privé gescheiden te willen houden.**

Ik: hebben jullie nog aanvullingen of dingen die niet kloppen?

Respondent 1: bij die ELO wat je net zei, niet alleen de zoektermen maar ook de begrippen van EBP erbij betrekken.

Ik: ja klopt, goede aanvulling.

Respondent 2: en ik had nog bij het stukje van tijd, wij plannen op B2 volgens mij altijd een half uurtje en dat is echt te kort. Want eer dat je bezig bent kun je alweer stoppen. En dan ook over 1 dag waar we het over hadden om uit zorg te gaan, ik denk dat je daarvoor wel minimaal met zijn tweeën moet zijn zodat je wel met elkaar kan overleggen. En dan bijvoorbeeld niet 1 hele dag 1 iemand maar 2 mensen die bijvoorbeeld vanaf 12 uur uit zorg gaan voor EBP.

Respondent 1: Ja precies, dat moet wel haalbaar zijn denk ik.

Ik: verder nog iemand aanvullingen? Opmerkingen?

Groep: nee.

Ik: dan wil ik jullie bij deze bedanken voor jullie deelname en inbreng. De resultaten van het onderzoek zullen uiteindelijk via de mail met jullie gecommuniceerd worden.

## **Bijlage 9. Codeboek focusgroep**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Topic**  | **Axiale codering**  | **Open codering**  | **Citaten**  |
| **Tijd**  | Werkdruk | Drukte  | ‘Toch is het de laatste tijd in de avond en in de middag gewoon heel erg druk’. |
| Drukte  | ‘Ja ik denk niet dat personeel het grootste probleem is, maar meer dat het druk is’.  |
| Bijkomstige taken  | Extra taken  | ‘Ja je bent echt alleen maar bezig met zorg verlenen, maar aan al die andere extra dingen kom je gewoon niet aan toe’.  |
| Dingen bij de zorg doen | ‘Waardoor je geen tijd vrij kan maken om dingen bij de zorg te doen’. |
| Dag uit zorg  | Overplanning, dag uit zorg  | ‘Je kunt bijvoorbeeld anders ook nog overgepland worden. dus dat je bijvoorbeeld een keer een dag uit zorg voor de EBP groep doet, dat zou wel kunnen met het personeel dat we nu hebben denk ik’. |
| Dag uit zorg | ‘Bijvoorbeeld 3 mensen van b1, b2 en b3 die allemaal een dag uit zorg krijgen per maand om aan Ebp te werken’.  |
| 2 personen dag uit zorg  | ‘En ik had nog bij het stukje van tijd, wij plannen op B2 volgens mij altijd een half uurtje en dat is echt te kort. Want eer dat je bezig bent kun je alweer stoppen. En dan ook over 1 dag waar we het over hadden om uit zorg te gaan, ik denk dat je daarvoor wel minimaal met zijn tweeën moet zijn zodat je wel met elkaar kan overleggen. En dan bijvoorbeeld niet 1 hele dag 1 iemand maar vanaf 12 uur bijvoorbeeld 2 mensen die uit zorg kunnen’. |
| Visie  | Visie, afdelingen gaan niet mee | ‘Het is ook een beetje de visie he, want ze willen allemaal mee met de tijd van nu en de ontwikkelen. Want je hebt bijvoorbeeld zoals een VIM groep daar wordt tijd voor gemaakt, terwijl ze het nu ook met de zorg allemaal willen verbeteren en daar hoort EBP zeker bij en dan kom je bij die visie. Het leerhuis wil het allemaal en dan wordt er aangegeven dat wij daar tijd voor moeten krijgen maar de afdelingen gaan daar niet in mee’. |
| Werkdruk, geen tijd, visieverandering | ‘Ja maar dat komt door de drukte op de afdeling zelf en dat we er op dit moment geen tijd voor krijgen en daarom moet de visie veranderen en moeten we er tijd voor krijgen’.  |
| Vastzetten EBP, EBP prioriteren  | ‘En ook het vastzetten van he, want wij plannen regelmatig wel eens een momentje dat we even evalueren maar dan is het druk en dan wordt EBP het eerst van de baan geschoven. Want er zijn dan prioriteiten’.  |
| **Cultuur/****Werkomgeving/** **Motivatie**  | Betrokkenheid hbo/mbo  | Betrekking gehele team  | ‘Ik denk als je het onderwerp waarnaar je op zoek bent bijvoorbeeld deelt in het werkoverleg, dan betrek je heel het team erbij en weet het team ook waar je mee bezig bent. Op die manier wordt het onder het gehele team verspreid’. |
| Gezamenlijk oppakken EBP | ‘Maar als de overige verpleegkundigen dus eigenlijk heel het team het mee oppakt geeft dat natuurlijk wel extra motivatie’. |
| Motiverende factor, draagvlak creëren | ‘Maar dat is misschien wel een manier hoe we het gehele team erbij zouden kunnen betrokken waardoor wij ook weer gemotiveerd raken. Want op die manier creëer je ook meer draagvlak als mensen het zelf aan kunnen dragen’. |
| Best practice mbo | Rol best practice, meedenken | ‘We hebben het wel eens gevraagd natuurlijk maar dan is het meer net zoals bijvoorbeeld die artikelen zoeken is gewoon lastig voor hun maar dan is het meer de rol als in best practice, dat soort dingen en dingen op andere afdelingen uitvragen en meedenken in de problemen’. |
| Vergoeding uren | Vergoeding extra uren, tijd op werkvloer  | ‘Nou als ik thuis iets uit moet werken niet echt maar als je die uren vergoed krijgt of er hier echt tijd voor krijgt denk ik dat je dan al iets meer beloning krijgt’. |
| Actueel houden | Actueel houden, regelmatig plannen | ‘Maar ik denk ook om het actueel te houden het regelmatig te plannen want vaak als we een onderwerp hebben wordt ik wel enthousiast maar als je elkaar dan na 2 maanden een keer ziet dan ja sorry maar dan weet ik ook niet meer van waar gaat het nou precies over en dan kun je weer helemaal opnieuw beginnen’ |
| Actualiteit, transparant, plannen  | ‘Ik denk als je het transparant en actueel houdt en het geregeld gaat plannen dan zal die motivatie ook wel omhoog gaan’. |
| Veranderingen, doorzettingsvermogen | ‘Maar ik vind het wel lastig hoor, want je merkt aan het team dat veranderingen wel hele grote dingen zijn. Ik heb een paar onderzoeken op de afdeling gedaan, de abcde methode enzo maar je moet dingen toch echt wel bewijzen en dat lukte wel maar toen kwam epic en liet iedereen het vallen. Dus het doorzettingsvermogen ontbreekt wel een beetje’. |
| **Kennis/****Vaardigheden** | Vaardigheden nieuwelingen  | Kort geleden afgestudeerd | ‘Wij hebben nu ook best wel wat mensen op de afdeling die nog niet zo heel lang afgestudeerd zijn dus dat scheelt wel’.  |
| Basics EBP | Opfris cursus EBP, basics EBP | ‘Het is sowieso wel goed om een keer weer door iemand vanuit het leerhuis, bijvoorbeeld Mariëlle die doet zulke dingen wel vaker, een soort opfris cursus te krijgen met alle basics, tips en tricks met hoe je nou precies zoekt en artikelen beoordeeld enzo’. |
| Engels skills voldoende, moeite zoeken literatuur  | ‘Engels staat dus niet echt op de voorgrond maar meer hoe zoek je’. |
| Engels skills niet grootste belemmering | ‘Nou vaak vind ik wel als je de abstract leest dat je dan al snel een idee hebt van waar het nou over gaat. Daar zie je vaak al wel of het te maken heeft met jou onderzoeksvraag of niet. Maar ik weet niet hoe dat voor anderen is maar voor mij heeft Engels niet de grootste prioriteit want je kunt ook alles met google translate globaal vertalen’. |
| Moeite beoordeling kwaliteit  | ‘Dat zoeken lukt uiteindelijk misschien nog wel maar ook inderdaad hoe weet je nou wanneer het echt van goede kwaliteit is, dat vind ik zo lastig’. |
| Termen EBP | ‘Ja en al die moeilijk termen die zakken zo snel weg’. |
| ELO EBP | ELO, post bachelor kost te veel tijd | ‘Ja een ELO dat is wel een goede. Want die post bachelor duurt echt te lang voor mij en daar heb ik ook niet echt tijd voor’. |
| ELO laagdrempelig  | ‘Met een ELO bereik je veel laagdrempeliger meer mensen’. |
| ELO gebruiksvriendelijk | ‘Ja en die ELO kun je er dan altijd nog even bij pakken om te kijken van hoe zat het ook alweer als je artikelen aan het beoordelen en zoeken bent’. |
| Kenbaar maken ELO | ‘En dan ook zorgen dat zo’n ELO kenbaar wordt gemaakt zodat mensen ervan af weten en er gebruik van kunnen maken’. |
| **Rolmodel/****Ondersteuning** | Aandachtsvelders  | Aandachtsvelders EBP, actueel houden | ‘Ja ik merk wel dat er nu begin dit jaar 2 aandachtsvelders EBP zijn binnen het team dat dat wel echt goed werkt. Je hebt een aanspreekpunt en zij sturen ook herinneringsmailtjes en nieuwe onderwerpen en plannen data om te gaan zitten met zijn allen waardoor je het ook weer actueel houdt. dus ik vind dat dat wel echt effect heeft bij ons’. |
| Meerdere aandachtsvelders, samenwerking aandachtsvelders  | ‘Ik vind het wel fijn dat ik aandachtsvelder met iemand samen ben samen en dat je dan samen kunt sparren over ideeën en onderwerpen’. |
| Taken aandachtsvelders, samenwerking etage | ‘Ja klopt en dan de aandachtsvelder elkaar in de cc zetten zodat alles in een keer overzichtelijk is en we ook meer gaan samenwerken als etage’. |
| Leiderschap | Missend voortouw, geen verantwoordelijkheidsgevoel | ‘Nouja iedereen doet alles een beetje door elkaar. Dus de ene keer stuurt die een mail en de andere keer de ander dus zo blijft het wel leven maar als het dan druk is, is EBP het eerste wat erbij inschiet en neemt ook niemand het voortouw of de verantwoordelijkheid van nou jongens nu gaan we toch heel even zitten’. |
| Uitwisseling informatie  | Etagebreed uitwisselen informatie, geen dubbel werk | ‘En misschien kan dat ook wel etagebreed opgepakt worden zodat je ook met de andere afdelingen kunt overleggen van hoe pakken jullie het aan of over wat voor onderwerpen hebben jullie het, zodat je ook niet telkens dingen dubbel aan het uitzoeken bent’. |
| Betrekking kwaliteitsfunctionarissen  | ‘En ik denk ook de kwaliteitsfunctionarissen erbij betrekken want die weten ook veel overkoepelend en ziekenhuis breed’. |
| **Faciliteiten**  | Faciliteiten  | Voldoende faciliteiten, aanbod leerhuis  | ‘Ik denk dat de faciliteiten er best wel zijn, want er wordt best veel aangeboden vanuit het leerhuis en je kunt in elke databank en als je er niet bij kan dan mail je …(leerhuis) en dan zorgt zij dat je er wel toegang toe hebt’. |
| Kenbaarheid faciliteiten  | ‘Ja ik denk het opzich wel dat het bekend is dat er faciliteiten aangeboden worden maar dit zou altijd duidelijker kenbaar gemaakt kunnen worden’. |
| Privé/werk gescheiden  | Privé/ werk gescheiden houden  | ‘Ik wil thuis ook geen toegang krijgen tot databanken want ik wil werk en privé wel graag gescheiden houden’.  |
| EBP ziekenhuis gebonden, geen thuiswerk  | ‘Nee je moet dat thuis ook niet willen doen. Als je er thuis toegang tot hebt dan wordt er ook van je verwacht dat je dit thuis doet’. |
| Tijd  | Tijd innen voor EBP | ‘Ja klopt, maar dan zullen we daar tijd op de werkvloer voor moeten krijgen zoals eerder besproken anders is het niet haalbaar en zullen we het toch thuis moeten doen’.  |

## **Bijlage 10. Codeboom**

Visie

Dag uit zorg

Bijkomstige taken

Werkdruk

Tijd

Cultuur/werkomgeving/

motivatie

Betrokkenheid hbo/mbo

Vergoeding uren

Best practice mbo

Actueel houden

Kennis/vaardigheden

Basics EBP

Vaardigheden nieuwelingen

ELO EBP

Rolmodel/ ondersteuning

Leiderschap

Uitwisseling informatie

Aandachtsvelders

Faciliteiten

Privé/werk gescheiden

Tijd

Werkdruk