ZIEKENHUIS Gelderse Vallei

CHE CHRISTELIJKE HOGESCHOOL EDE

2009

Signaleer & Doorbreek Zinloze Rituelen



Afstudeeronderzoek

HBO - Verpleegkunde

Krista Bont

Carolien de Jongh

Marieke Ruiter

Signaleer & Doorbreek Zinloze Rituelen

Onderzoek naar zinloze rituelen binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei in opdracht van de Verpleegkundige Adviesraad.

Afstudeeronderzoek HBO – Verpleegkunde

Christelijke Hogeschool Ede

Auteurs:
Krista Bont
Carolien de Jongh
Marieke de Ruiter

Begeleider: Gerard Vermeulen
Docent: Henk Chevalking

Juni 2009

SAMENVATTING

De aanleiding van dit onderzoek is het verzoek van de Verpleegkundige Adviesraad van het Ziekenhuis Gelderse Vallei om zinloze rituelen die worden aangegeven door het verplegend personeel, op te sporen en te doorbreken.

Door middel van een nulmeting is onderzoek gedaan onder het verplegend personeel dat werkzaam is op de klinische afdelingen. De nulmeting is uitgevoerd door middel van enquêtes. De ingevulde enquêtes zijn verwerkt met behulp van Microsoft Office Excel 2007. Daarnaast is literatuurstudie gedaan naar verschillende methodes die helpen bij het doorbreken van zinloze rituelen.

Uit de geretourneerde enquêtes is aangetoond dat vooral rondom de handelingen 'Administratie' en 'Medische controles' veel zinloze rituelen door het verplegend personeel worden opgemerkt. Van alle antwoorden die gegeven zijn rondom de handelingen 'Administratie', geeft een groot aantal aan dat er veel dubbele Administratie is. Binnen de handelingen 'Medische controles' wordt de nadruk gelegd op de frequentie van het uitvoeren van de controles. Wanneer op een andere manier naar 'Medische controles' gekeken wordt blijkt dat het vooral gaat om meerdere algemene controles. Naast deze handelingen zijn 'ADL', 'LEVV', 'Disciplines', 'In- en Output', 'verpleegtechnische handelingen', 'Overdracht', 'Faciliteit', en 'Tijdsplanning' aangegeven.
Uit de resultaten blijkt dat 'Gewoonte' de hoofdreden is van het in stand houden van de rituelen. Mede blijkt uit de enquête dat de aangegeven rituelen dagelijks uitgevoerd dienen te worden, hetgeen de noodzaak van het doorbreken van rituelen benadrukt.

Er wordt aanbevolen om de methode van Groll & Wensing te gebruiken bij het doorbreken van zinloze rituelen. Naast deze aanbeveling zijn er nog andere aanbevelingen gedaan om het doorbreken van zinloze rituelen te bereiken.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING 3
INHOUDSOPGAVE 4
VERKLARENDE WOORDENLIJST 7
VOORWOORD 9
1. INLEIDING 10
1.1. Aanleiding 10
1.2. Probleemstelling 10
1.3. Doelstelling 10
1.4. Vraagstelling 11
1.4.1. Hoofdvraag 11
1.4.2. Deelvragen 11
1.5. Relevantie 11
2. SAMENVATTING LITERATUURSTUDIE 12
2.1. Zinloze rituelen 12
2.2. Evidence-based 12
2.3. Methoden 14
2.3.1. Methode van Cozijnsen & Vrakking 14
2.3.2. Methode van Groll & Wensing 15
2.3.3. Methode van Kotter 17
2.3.4. Methode van Holleman 18
2.4. Onderzoekslijnen 20
3. ONDERZOEKSOPZET 22
3.1. Typering onderzoek 22
3.2. Meetinstrumenten 22
3.3. Populatie 22
3.4. Analysemethode 23
3.5. Respons 24
3.6. Betrouwbaarheid en validiteit 24
3.7. Aangehouden definities ritueel en probleem 24
4. RESULTATEN 26
4.1. Inleiding op de resultaten 26

4.2. Resultaten van de deelvragen ... 27
4.2.1. Deelvraag 1 ... 27
4.2.2. Deelvraag 2 ... 28
4.2.3. Deelvraag 3 ... 36
4.2.4. Deelvraag 4 ... 37
4.2.5. Deelvraag 5 ... 39
5. CONLCUSIES ... 42
5.1. Conclusie hoofdvraag ... 42
5.2. Conclusie deelvragen ... 42
5.2.1. Deelvraag 1 ... 42
5.2.2. Deelvraag 2 ... 43
5.2.3. Deelvraag 3 ... 44
5.2.4. Deelvraag 4 ... 45
5.2.5. Deelvraag 5: ... 46
6. AANBEVELINGEN ... 48
6.1. Korte termijn aanbevelingen ... 48
6.2. Lange termijn aanbevelingen ... 50
7. DISCUSSIE ... 51
LITERATUURLIJST ... 53
BIJLAGE ... 55
Bijlage 1 Enquête ... 56
Bijlage 2 Literatuurstudie ... 58
2.1 Zinloze rituelen ... 58
2.2 Evidence-based practice ... 60
2.3 Methode van Cozijnsen & Vrakking ... 63
2.4 Methode van Grol en Wensing ... 65
2.5 Methode van Kotter ... 68
2.6 Methode van Holleman ... 72
2.7 Onderzoekslijnen ... 74
Bijlage 3 Burgerlijk Wetboek en Beroepscode Verpleging en verzorging ... 75
Bijlage 4 Resultaten ... 76
Bijlage 5 Lijsten van rituelen en problemen ... 132
5.1 Rituelen ... 132
5.2 Problemen ... 139

Bijlage 6 Poster aankondiging enquête 142
Bijlage 7 Herinnering e-mail enquête 143
Bijlage 8 Bedank e-mail na afsluiting van het onderzoek 144
Bijlage 9 Poster aankondiging presentatie 145

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Elektronisch Patiënten Dossier:	Een ziekenhuisbreed medisch dossier waarin patiëntengegevens in digitale vorm bewaard en beschikbaar zijn. Zorgverleners kunnen in dit medische dossier gegevens uitwisselen.
Klinische afdelingen:	Cardiologie, Chirurgie 1, Chirurgie 2, Chirurgie 3, Chirurgie 4, Dagbehandeling, Dagbehandeling A3, Dialyse, Gynaecologie, Hartbewaking, Intensive Care, Interne 1, Interne 2, Interne 3, Interne 4, Kinder- en Jongerenafdeling, Longgeneeskunde, Multi Care, Neurologie 1, Oncologie 1, Orthopedie, Special Care, Spoed Eisende Hulp en de Verloskunde en Kraamafdeling.
Methode:	Een specifieke manier van werken om een bepaald doel te bereiken.
Probleem:	Een probleem is een incidentele handeling of een handeling die niet binnen het doel van dit verpleegkundige onderzoek valt.
Verpleegkundige Adviesraad:	Een onafhankelijk advies orgaan voor en bestaand uit verpleegkundigen.
Verplegend personeel:	In dit onderzoek wordt onder verplegend personeel verstaan diegenen van niveau 3, 4 en 5 die hulp en zorg geven aan mensen die door gezondheidsproblemen of dreigende gezondheidsproblemen een bepaalde vorm van zorg nodig hebben.
Ziekenhuisbreed:	In dit onderzoek wordt onder het begrip ziekenhuisbreed de afdelingen verstaan die beschreven zijn bij het begrip ‘klinische afdelingen’.
Zinloze rituelen:	‘Een zinloos ritueel binnen de verpleegkundige beroepsgroep is een algemeen aanvaarde routinematige handeling die ontkracht kan worden op basis van wetenschappelijke inzichten op het vakgebied.’ (LEVV, 2008)

VOORWOORD

Voor u ligt de scriptie van ons afstudeeronderzoek dat is uitgevoerd in het kader van de afronding van de opleiding HBO-Verpleegkunde. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Verpleegkundige Adviesraad van Ziekenhuis Gelderse Vallei. Dit onderzoek is de start van een nieuwe onderzoekslijn. Vanaf februari 2009 tot en met juni 2009 zijn we bezig geweest met de opzet en uitvoering van dit onderzoek. De scriptie heeft als onderwerp: ‘Signaleer & doorbreek zinloze rituelen’.

Het onderzoek maakt inzichtelijk welke rituelen door het verplegend personeel van Ziekenhuis Geldese Vallei als zinloos worden ervaren. Er wordt een methode aanbevolen, die als doel heeft om zinloze rituelen te kunnen doorbreken. Daarnaast zijn aanbevelingen gedaan voor het vervolg van de onderzoekslijn.

Zonder de feedback van Henk Chevalking, onze begeleidende docent, zouden we niet tot dit resultaat gekomen zijn. We bedanken hem hartelijk voor zijn aanmoedigingen en positieve instelling.

Alle leden van de Verpleegkundige Adviesraad, in het bijzonder Gerard Vermeulen die onze contactpersoon is geweest, willen wij bedanken voor hun enthousiasme en het advies dat wij hebben gekregen tijdens het onderzoek. Hartelijk dank hiervoor!

Ook willen we het verplegend personeel van Ziekenhuis Gelderse Vallei die de enquête heeft ingevuld bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek. Zonder jullie bijdrage zouden de zinloze rituelen binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei niet opgespoord en doorbroken kunnen worden.

We kijken terug op een leerzame periode waarin wij prettig hebben samengewerkt met Henk Chevalking, het Ziekenhuis Gelderse Vallei en met elkaar.

Ede, juni 2009

Krista Bont
Carolien de Jongh
Marieke Ruiter

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding voor het onderzoek beschreven. De probleemstelling, doelstelling en vraagstelling worden benoemd. Als laatste wordt de relevantie van het onderzoek duidelijk gemaakt.

1.1. Aanleiding

In 2007 is door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging onderzoek gedaan naar zinloze rituelen in de zorg. Naar aanleiding van dit onderzoek heeft in 2008 een congres plaatsgevonden waar de onderzoeksresultaten gepresenteerd zijn. Tijdens dit congres zijn 18 zinloze rituelen benoemd. Deze zinloze rituelen worden sindsdien door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging bij ziekenhuizen onder de aandacht gebracht. Het doel hiervan is dat ziekenhuizen aangespoord worden om zinloze rituelen te doorbreken.

Binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei wordt het verplegend personeel vertegenwoordigd door de Verpleegkundige Adviesraad. De Verpleegkundige Adviesraad heeft de 18 zinloze rituelen van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging onder de aandacht gebracht. Zij spraken de wens uit dat zinloze verpleegkundige rituelen die worden opgemerkt door het verplegend personeel en specifiek zijn voor het Ziekenhuis Gelderse Vallei, opgespoord en doorbroken worden. Dit is de reden dat het onderzoek plaats zal vinden onder het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei.

De Verpleegkundige Adviesraad voorziet dat het uiteindelijke doorbreken van zinloze rituelen een uitgebreid en langdurig project zal zijn. Wanneer er binnen het ziekenhuis een dermate groot project plaats vindt, wordt gebruik gemaakt van een zogenoemde onderzoekslijn. Dit houdt in dat het project gefaseerd en door meerdere afstudeergroepen uitgevoerd wordt. Voor een volledige uitleg van het begrip onderzoekslijn wordt verwezen naar hoofdstuk 2.4. Ook dit onderzoek zal volgens het principe van de onderzoekslijn aangepakt worden, waarbij dit onderzoek de eerste fase van de onderzoekslijn zal zijn.

1.2. Probleemstelling

De Verpleegkundige Adviesraad van het Ziekenhuis Gelderse Vallei heeft niet duidelijk welke verpleegkundige handelingen er door het verplegend personeel als zinloze rituelen ervaren worden en welke methodiek gebruikt kan worden om het doorbreken van de zinloze rituelen te kunnen bewerkstelligen.

1.3. Doelstelling

Door middel van dit onderzoek wordt geïnventariseerd en uitgewerkt welke handelingen, door het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei, als zinloze verpleegkundige rituelen ervaren worden en er wordt een methode aangedragen waarmee het doorbreken van zinloze verpleegkundige rituelen bewerkstelligd kan worden.

1.4. Vraagstelling

1.4.1. Hoofdvraag

Welke verpleegkundige handelingen worden door het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei als zinloze rituelen ervaren en op basis van welke methodiek kan het uiteindelijk doorbreken van zinloze verpleegkundige rituelen bewerkstelligd worden?

1.4.2. Deelvragen

1. Welke handelingen worden door het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei ervaren als zinloze verpleegkundige rituelen?
2. Welke handelingen zijn, van de door het verplegend personeel aangegeven punten, daadwerkelijk rituelen en welke handelingen zijn problemen?
3. Welk ritueel, van de aangegeven rituelen, heeft de hoogste prioriteit om doorbroken te worden?
4. Met welke methode kan de Verpleegkundige Adviesraad de zinloze rituelen het beste doorbreken?
5. Wat is de volgende fase in dit onderzoek om het doorbreken van zinloze rituelen te bewerkstelligen?

1.5. Relevantie

In het Burgerlijk Wetboek 7, artikel 446 lid 2 wordt vermeld dat alle verrichtingen die de hulpverlener bij de patiënt uitvoert, moeten dienen om de patiënt van een ziekte te genezen, voor ziekte te behoeden of om de gezondheidstoestand te beoordelen.
Uit onderzoek van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden handelingen uitvoeren die niet dienen tot genezing of bijdragen aan het voorkomen van ziekte.
In dit onderzoek wordt onderzocht welke zinloze verpleegkundige rituelen ervaren worden door verpleegkundigen en verzorgenden binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Wanneer zinloze rituelen doorbroken worden zal de zorg die gegeven wordt voldoen aan de eis die het Burgerlijk Wetboek 7, artikel 446 lid 2 stelt.
In de beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden wordt in artikel 1.6, 3.3, 3.4, 4.2 en 4.3 vermeldt dat verpleegkundigen en verzorgenden een bijdrage moeten leveren aan de ontwikkeling van hun beroep.
Dit onderzoek stimuleert verpleegkundigen en verzorgenden om na te denken over het waarom van hun handelen. Door hier over na te denken en actief deel te nemen aan dit onderzoek stimuleren zij de ontwikkeling van de beroepsgroep.
Voor Burgerlijk Wetboek 7 artikel 446 lid 2 en de beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden artikel 1.6, 3.3, 3.4, 4.2 en 4.3 wordt verwezen naar bijlage 3.

2. SAMENVATTING LITERATUURSTUDIE

Dit hoofdstuk is een samenvatting van de literatuurstudies naar zinloze rituelen, evidence-based, verschillende methoden en onderzoekslijnen. De uitgebreide literatuurstudie is te vinden in bijlage 2.

2.1. Zinloze rituelen

Zoals beschreven in paragraaf 1.1 is dit onderzoek gestart naar aanleiding van het onderzoek 'Doorbreek de rituelen' uit 2007, dat is uitgevoerd door het Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging. Om inzicht te krijgen in de opzet en uitkomsten van desbetreffend beschreven onderzoek, is er binnen dit onderzoek literatuurstudie gedaan naar zinloze rituelen.

De betekenis van de literatuurstudie naar het onderzoek 'Doorbreek de rituelen' van het Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging voor dit onderzoek is groot. Aan rituelen binnen de zorg is door het Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging de volgende definitie gegeven:
'Een ritueel binnen de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep is een algemeen aanvaarde routinematige handeling die niet onderbouwd is met wetenschappelijke inzichten op het vakgebied maar gebaseerd is op gewoonten en traditie' (LEVV, 2008).

Aan zinloze rituelen binnen de zorg heeft het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging de volgende definitie gegeven:
'Een zinloos ritueel is een algemeen aanvaarde routinematige handeling die ontkracht kan worden op basis van wetenschappelijke inzichten op het vakgebied. (LEVV, 2008)

De oorzaken die het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging heeft beschreven voor het in stand houden van de rituelen (de resultaten van onderzoek bereikt de praktijk van de verpleegkundigen onvoldoende; men is te zeer gewend geraakt aan bepaalde handelingen) geeft belangrijke achtergrondinformatie die ook binnen dit onderzoek van pas zullen komen.
De 18 zinloze rituelen die aangegeven zijn door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging zullen bruikbaar zijn binnen dit onderzoek. Voornamelijk doordat de Verpleegkundige Adviesraad deze 18 punten wel onder de aandacht heeft gebracht binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei, maar nog niet doorbroken heeft. Binnen dit onderzoek zullen de 18 zinloze rituelen zeer waarschijnlijk ook aangegeven worden door het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging legt voor het doorbreken van zinloze rituelen de nadruk op het bewust worden en aannemen van een kritische houding ten aanzien van verpleegkundige handelingen en het invoeren van evidence-based practice. Zij adviseert om bij het daadwerkelijke doorbreken van zinloze rituelen, gebruik te maken van een stappenplan.

2.2. Evidence-based

Deze literatuurstudie is binnen dit onderzoek van belang, omdat zinloze rituelen doorbroken kunnen worden door middel van het invoeren van wetenschappelijke (evidence-based) kennis. Hiervoor is het van belang dat het begrip evidence-based helder is.

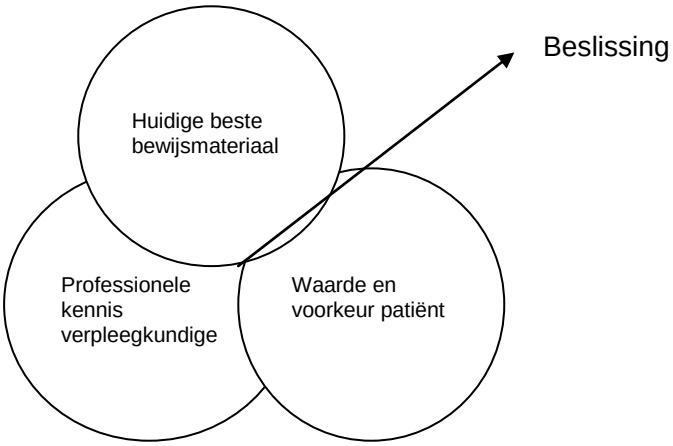
De literatuurstudie naar evidence-based heeft belangrijke inzichten gegeven in het verschil tussen zinloze rituelen en wetenschappelijk onderbouwde rituelen binnen de zorg. Deze inzichten zijn hieronder beknopt weergegeven.

De invoering van evidence-based practice heeft ervoor gezorgd dat behandelingen niet meer gebaseerd worden op ervaring maar op een combinatie van feiten, deskundigheid en argumentatie. Aan evidence-based practice wordt de volgende definitie gegeven:

> 'Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal en evidence om beslissingen te nemen met individuele patiënten om de zorgverlening te verbeteren. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele professionele kennis van de behandelaar, de wens en voorkeur van de patiënt met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematische onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol' (Cox e.a. 2008).

Evidence-based betekendt dus niet letterlijk 'gebaseerd op wetenschappelijk bewijs' maar duidt vooral de methode aan waarop het bewijs wordt gezocht. Zelfs in de gevallen waarbij de zoektocht geen of gebrekkig bewijs oplevert, spreken we nog van evidence-based. Hieruit kan geconcludeerd worden dat gezocht moet worden naar het 'best evidence' voor het oplossen van klinische problemen, ofwel onderbouwing zoeken voor keuzes in de verpleegkundige zorg (Everdingen 2004).
Schematisch weergegeven gaat het bij evidence-based om het volgende:

- het huidige beste beschikbare bewijs;
- de kennis en ervaring van de verpleegkundige;
- de waarde en voorkeur van de individuele patiënt.



Figuur 1: Waardoor evidence-based tot stand komt.

Evidence-based kan dus op verschillende manieren tot stand komen. Hierdoor zijn er verschillende niveaus van evidence-based. Deze niveaus zijn uitgewerkt in de uitgebreide versie van de literatuurstudie naar evidence-based, zie hiervoor bijlage 2.2.
Wanneer vanuit evidence-based gewerkt wordt, is het van belang dat gecommuniceerd wordt met alle betrokken disciplines, maar ook tussen arts/verpleegkundige en patiënt. Het communiceren van evidence-based door verpleegkundigen leidt tot:

- afname van variatie in verpleegkundige zorg;

- eenduidigheid binnen de beroepsgroep;
- professionalisering van de beroepsgroep;
- professionalisering van multidisciplinaire communicatie;
- verbetering van de kwaliteit van zorg (Everdingen 2004).

2.3. Methoden

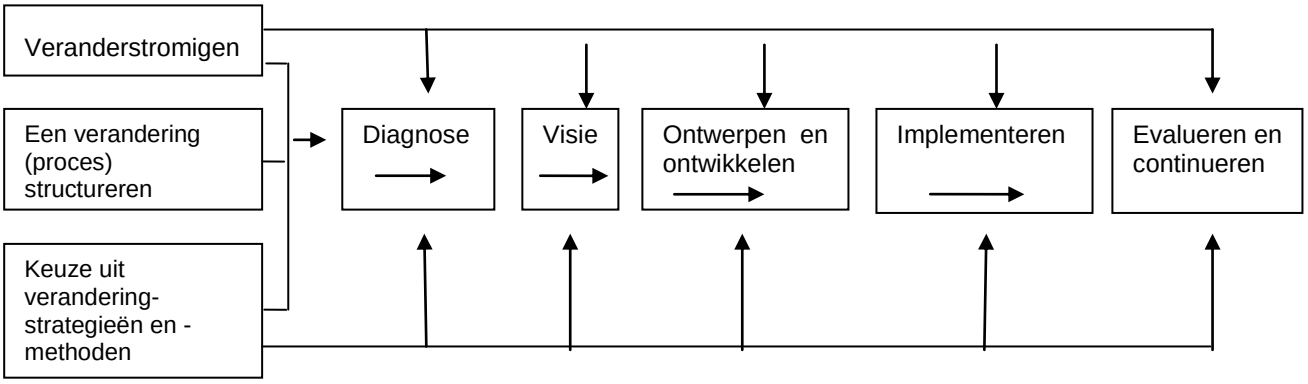
In de literatuurstudie is onderzoek gedaan naar verschillende methoden die het Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging heeft gebruikt bij hun onderzoek naar zinloze rituelen. Omdat binnen dit onderzoek een methode nodig is die gehanteerd zal kunnen worden bij het doorbreken van de zinloze rituelen is literatuurstudie naar methoden noodzakelijk. De methoden worden in de navolgende paragrafen samengevat.

2.3.1. Methode van Cozijnsen & Vrakking

Volgens Cozijnsen & Vrakking gaat het bij organisatieverandering om drie cruciale bouwstenen:

- de inhoud;
- het proces of het gedrag;
- de organisatie.

Daarbij maken Cozijnsen & Vrakking gebruik van een vijfstappenplan. Het vijfstappenplan is hieronder schematisch weergegeven.



Figuur 2: Schematische methode van het vijfstappenplan van Cozijnsen & Vrakking.

1. Diagnose:

Diagnose stellen is de eerste fase van een veranderingsproces. Met deze stap worden de interne of externe problemen duidelijk gemaakt die spelen binnen de organisatie. De diagnose laat de noodzaak tot verandering inzien en heeft daarnaast ook de functie om te bepalen over welke mogelijkheden een organisatie beschikt om de veranderingen effectief tegemoet te kunnen treden, de verandercapaciteit. Door enerzijds de verandering en anderzijds de verandercapaciteit vast te stellen wordt er duidelijk welke kloof te overbruggen valt.

2. Visie:

Bij deze stap wil degene die verantwoordelijk is voor het veranderingsproces samen met betrokkenen zicht krijgen op de toekomstgerichte visie en strategie die de organisatie wil nastreven. Mede moet gekeken worden hoe dit bereikt kan worden.

3. Ontwerpen en ontwikkelen:

In deze fase van het veranderingsproces wordt de verdere invulling van de veranderingsdoelen gespecificeerd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen structurele vernieuwingen en culturele veranderingen. De veranderingsdoelen dienen op alle betrokken partijen motiverend te werken.

4. Implementeren:
Het implementeren is vaak de moeilijkste stap. Dit komt omdat de uitkomsten van de voorgaande fase niet altijd even duidelijk zijn. De uitdaging van het implementeren is het herkenbaar maken van ingewikkelde methoden zodat deze herkend worden door mensen en zij een link kunnen leggen tussen de methoden en praktijk.

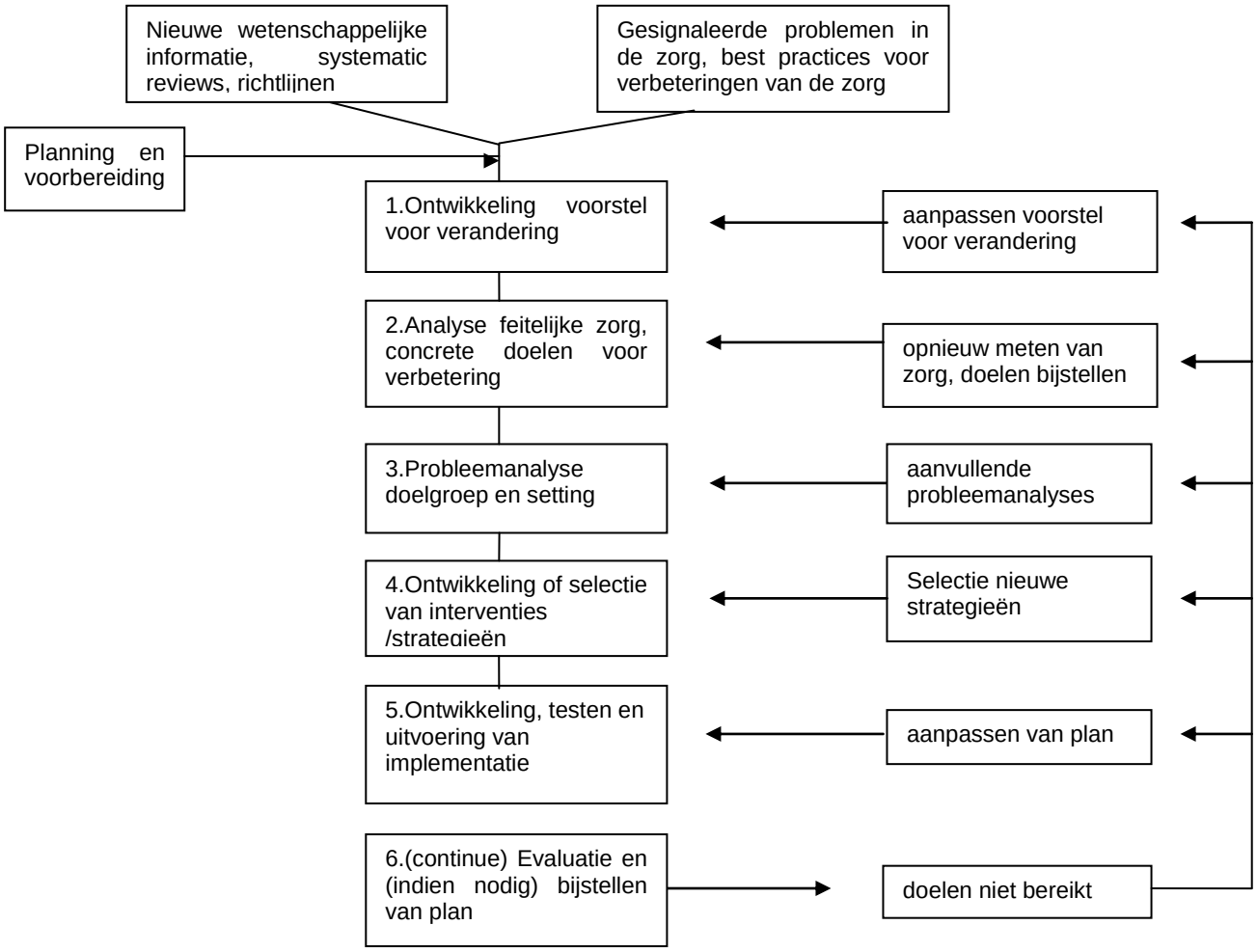
5. Evalueren en continueren:
Aan het eind van het veranderingproces wordt geëvalueerd zodat de balans opgemaakt kan worden tussen datgene wat als doelstelling is beschreven en datgene wat daadwerkelijk bereikt is. Evalueren is in elke fase belangrijk, maar aan het eind van het veranderingsproces een absolute must. Het heeft als doel om duidelijk te maken of de doelen gerealiseerd zijn of dat er nog verder geïmplementeerd zal moeten worden. Daarnaast kan worden nagegaan hoe betrokkenen in het veranderingsproces (hebben ge-) staan.

2.3.2. Methode van Groll & Wensing

De methode van Groll & Wensing richt zich op de implementatie van uiteenlopende veranderingen en verbeteringen in de zorg, namelijk:

- de invoering van goed onderzochte of geteste werkwijzen, technieken, zorgprogramma's en preventieve programma's;
- de invoering van richtlijnen voor de praktijk;
- de invoering van zorgprotocollen, zorgprogramma's en interventies die een verbetering aanbrengen in de patiëntenzorg;
- het uitbannen van ongewenste routines en verminderen van ongewenste variaties in de zorg.

De methode ziet er schematisch als volgt uit:



Figuur 3: Schematische methode van Groll & Wensing.

1. Ontwikkeling en voorstel voor verandering:

De eerste stap in de methode van Groll & Wensing is het ontwikkelen en vaststellen van een concreet en haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk.
Een succesvolle innovatie heeft hierbij de volgende kenmerken:

- ze levert meer voordelen op dan de bestaande werkwijze;
- ze is overeenstemmend met bestaande normen en waarden ten aanzien van goede zorg;
- ze is goed te begrijpen, de invoering wordt als haalbaar en als niet moeilijk gezien;
- er kan op beperkte schaal mee worden geëxperimenteerd alvorens er tot echte invoering wordt overgegaan;
- de resultaten van de nieuwe werkwijze zijn goed zichtbaar, ook voor anderen.

2. Analyse feitelijke zorg en concrete doelen opstellen voor verbetering:

Dit is het in kaart brengen van de huidige situatie.

3. Probleemanalyse van doelgroep en setting:

In deze stap wordt helder gemaakt; wat de context is waarbinnen de verandering plaats vindt, de kenmerken van de doelgroep en wat de bevorderende/belemmerende factoren zijn.

4. Ontwikkeling of selectie van implementatie/strategieën:

Tijdens deze fase zijn vaak twee strategieën nodig:

- disseminatie: vergroten van de belangstelling voor de kennis van de innovatie en bevordering van een positieve houding (bereidheid) tot het aanpassen van de bestaande werkwijze;
- implementatie: bevorderen van de feitelijke toepassing in de praktijk en ervoor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routine.

5. Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan:

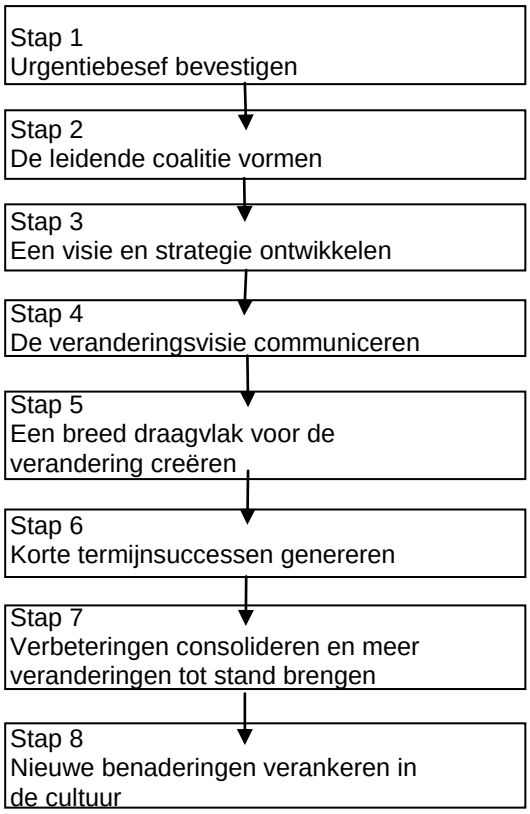
Bij het maken van het implementatieplan moet aandacht besteed worden aan een effectieve verspreiding en het bevorderen van de acceptatie.

6. Evaluatie en het (eventueel) bijstellen van het plan:

Bij de evaluatie worden de korte- en lange termijndoelen geëvalueerd.

2.3.3. Methode van Kotter

Het doel van de methode van Kotter is het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen. De methode is opgezet vanuit de gedachte dat de kern van de zaak altijd draait om het veranderen van menselijk gedrag. Basisgedachte hierbij is “mensen veranderen wat ze doen niet zozeer omdat ze een analyse voorgeschoteld krijgen die hun denken verandert, maar omdat ze feiten te zien krijgen die hun gevoelens veranderen”. Het hart van de verandering is emotie.
De methode van Kotter beschrijft 8 stappen om tot implementatie te komen. Deze stappen zijn gebaseerd op de verschillende fasen van gevoelens die waar te nemen zijn bij implementatie. De methode ziet er als volgt uit:



Figuur 4: Schematische methode van Kotter.

1. Urgentiebesef bevestigen:
Het creëren van een gevoel van urgentie onder de mensen die erbij betrokken zijn. Een gevoel van urgentie krijgt mensen in beweging en haalt ze uit hun loopgraven, zodat ze klaar zijn om in actie te komen. Hierbij zijn ‘zien’ en ‘voelen’ belangrijke begrippen.

2. De leidende coalitie vormen:
Er wordt een leidende coalitie samen gesteld. Kernwoorden van dit team: vertrouwen en betrokkenheid.

3. Een visie en strategie ontwikkelen:
De leidende coalitie creëert duidelijke, zinvolle, eenvoudige en verheffende strategieën en visie.

4. De veranderingsvisie communiceren:
Het communiceren van de visie en strategieën heeft als doel: begrip kweken, betrokkenheid ontwikkelen en meer energie los maken bij een cruciale hoeveelheid mensen. Hierbij zijn daden vaak belangrijker dan woorden. Zien en voelen zijn opnieuw belangrijke begrippen.

5. Een breed draagvlak voor de verandering creëren:
Belangrijke obstakels die mensen tegen houden om in actie te komen, worden weggenomen. Mensen kunnen elkaar succesvol ‘empoweren’ als men het achterliggende idee begrijpt.

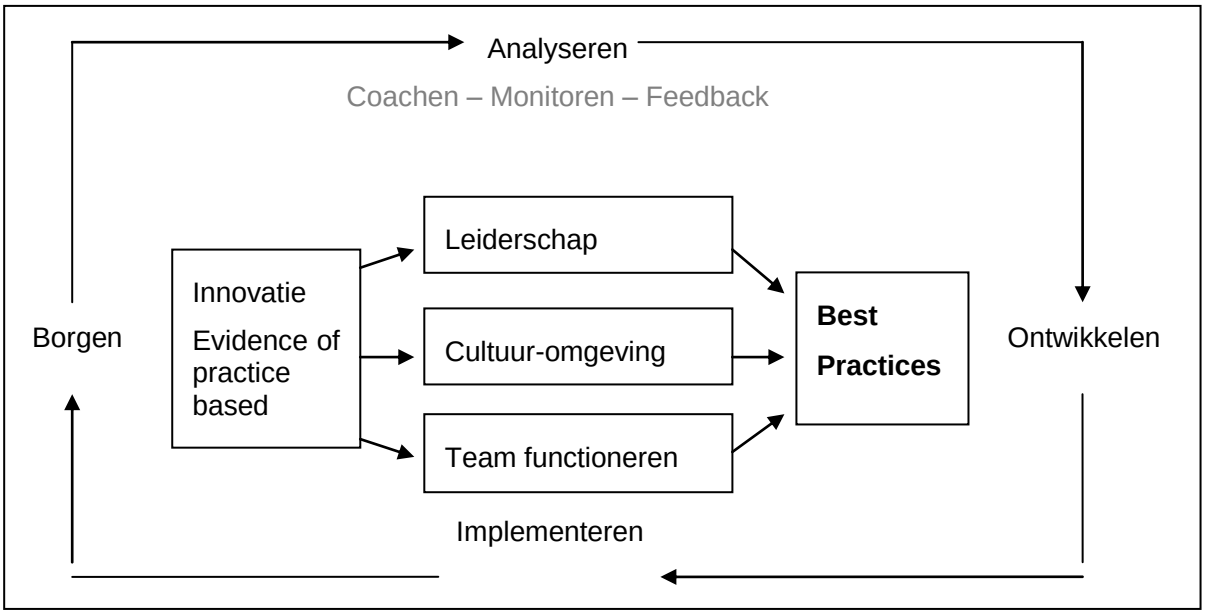
6. Korte termijnsuccessen genereren:
Het generen van kort termijnsucces zorgt voor geloofwaardigheid, middelen en een impuls voor het proces als geheel.

7. Verbeteringen consolideren en meer veranderingen tot stand brengen:
In deze fase is het belangrijk om probleem voor probleem aan te pakken; impuls voor impuls te geven.

8. Nieuwe benadering verankeren in de cultuur:
De gedane veranderingen verankeren door de nieuwe cultuur te koesteren.

2.3.4. Methode van Holleman

Op basis van verschillende methoden zoals Cozijnsen & Vrakking, Kotter en met name Groll & Wensing is door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging de werkmethode van Holleman opgesteld. Deze methode is in ontwikkeling en wordt op basis van nieuwe inzichten, ervaringen en onderzoek voortdurend aangepast.



Figuur 5: Schematische methode van Holleman

De rituelen kunnen doorbroken worden door activiteiten die afgeleid zijn van de volgende factoren; leiderschap, cultuur, omgeving en team functioneren. Om dit te realiseren wordt er een stappenplan gebruikt dat bestaat uit analyseren, implementeren en borgen. Dit kan gezien worden als een cyclisch proces, dat schematisch is weergegeven.

Analyseren	1. Omschrijving van het ritueel 2. In kaart brengen van de feitelijke zorg
Ontwikkelen	3. Formuleren van doelen 4. Formuleren van indicatoren 5. Nulmeting 6. Uitvoeren contextanalyse 7. Implementatiediagnose 8. Keuze van implementatiestrategieën 9. Schrijven van communicatieplan
Implementeren	10. Uitvoering implementatie 11. Bijstellen implementatieplan
Borgen	12. Meten indicatoren

1. Omschrijving van het ritueel:
Het is als eerste belangrijk dat het duidelijk is wat het ritueel is en waarom deze doorbroken moet worden. Hierbij is een evidence-based practice een belangrijk uitgangspunt.

2. In kaart brengen van de feitelijke zorg:
In kaart moet worden gebracht in welke mate het probleem zich voordoet, waardoor de kloof tussen praktijk en kennis inzichtelijk wordt.

3. Formuleren doelen:
Er dienen concrete doelen opgesteld te worden om doelgericht te kunnen implementeren.

4. Formuleren indicatoren:
Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg die een aanwijzing (indicatie) geeft over de kwaliteit van de zorg. Indicatoren zijn een middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Er zijn drie verschillende soorten indicatoren, namelijk structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

5. Nulmeting:
Met behulp van de geformuleerde indicatoren kan een nulmeting plaatsvinden. Deze meting kan na het implementatietraject opnieuw plaatsvinden.

6. Uitvoeren van de contextanalyse:
In een contextanalyse worden de bevorderende en belemmerende factoren bij het veranderingsproces uitgewerkt.

7. Implementatiediagnose:
De bovenstaande 6 stappen leiden tot een implementatiediagnose. Deze diagnose geeft een overzicht van de feitelijke zorg, beoogde verandering en factoren waarop de implementatiestrategie dient aan te sluiten.

8. Keuze van de implementatiestrategieën:
Op basis van deze implementatiediagnose kan een strategie gekozen worden.

9. Schrijven van communicatieplan:
In een communicatieplan wordt de gekozen strategie verder uitgewerkt en wordt het plan van aanpak beschreven.

10. Uitvoering van de implementatie:
Deze stap houdt de uitvoering van het implementatietraject in.

11. Bijstellen van het implementatieplan:
Deze stap houdt de eventuele bijstelling van het implementatietraject in.

12. Meten indicatoren:
De effecten van de implementatie kunnen gemeten worden aan de hand van de eerder geformuleerde diagnose.

2.4. Onderzoekslijnen

Naar de onderzoekslijn van het Ziekenhuis Gelderse Vallei is literatuuronderzoek gedaan, omdat dit onderzoek deel uitmaakt van een onderzoekslijn. Om deel uit te kunnen maken van een onderzoekslijn is het van belang dat begrepen wordt hoe een onderzoekslijn eruit ziet en wat het precies inhoudt.
De literatuurstudie naar onderzoekslijnen heeft voldoende, maar niet veel achterliggende informatie opgeleverd. Dit, doordat buiten de informatie die binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei is over onderzoekslijnen, niets over onderzoekslijnen te vinden was. De resultaten van deze literatuurstudie zijn hieronder beknopt weergegeven.
Het idee van een onderzoekslijn is door het Ziekenhuis Gelderse Vallei en de Christelijke Hogeschool Ede tot stand gekomen. Zij heeft als doel het sturing geven aan de onderwerpen en onderzoeksvragen en het gericht kunnen inzetten van studenten binnen de organisatie. Door het

gebruik van onderzoekslijnen wordt een onderwerp gefaseerd. Dit houdt in dat meerdere groepen vierdejaars studenten, verdeeld over een aantal jaren worden ingezet om het gestelde hoofddoel van het onderwerp te bereiken. Gemiddeld zal een onderzoekslijn bestaan uit 4 à 5 afstudeergroepjes. Dit is verspreid over een periode van ongeveer twee tot drie jaar, (Vermeulen & Grupstra, 2008).

3. ONDERZOEKSOPZET

Dit hoofdstuk beschrijft en beargumenteerd de typering van de werkwijze tijdens dit onderzoek. Ook wordt beschreven hoe de analysemethode is gebruikt. Tot slot zal de validiteit en de betrouwbaarheid van het meetinstrument worden beschreven.

3.1. Typering onderzoek

Dit onderzoek is een nulmeting door middel van een enquête. Dit, omdat voor de eerste maal wordt onderzocht welke specifieke zinloze rituelen spelen onder het verplegend personeel in het Ziekenhuis Gelderse Vallei.
Dit onderzoek is kwantitatief, het beschrijft de mate waarin een verschijnsel voorkomt. Ook beschrijft kwantitatief onderzoek de mate waarin, tussen die verschijnselen, overeenkomsten, verschillen en eventuele oorzakelijke verbanden kunnen worden gevonden. In de methode die binnen dit onderzoek gehanteerd wordt, worden statistische technieken gebruikt om de resultaten te beschrijven en om verwachtingen over de uitkomst van de enquête te toetsen. Verder bestaat het grootste gedeelte van dit onderzoek uit een beschrijvend onderzoek, omdat de uitkomsten zijn gecategoriseerd, geteld en in diagrammen zijn uitgewerkt. Een beschrijvend onderzoek is meestal aan de orde als het onderzoeksonderwerp één of meer frequentievraagstellingen bevat. Dit is van toepassing op deelvraag één tot en met drie. Deelvraag vier en vijf zijn anders geformuleerd. Deelvraag vier en vijf vormen een ontwerpend onderzoek. Er is een oplossing gezocht op de vraag hoe de rituelen doorbroken kunnen worden.
Op basis van literatuurstudie is een meetinstrument, een enquête, samengesteld waarmee in de praktijk onderzoek wordt gedaan. Hoe dit meetinstrument is vorm gegeven zal worden uitgewerkt in paragraaf 3.2.

3.2. Meetinstrumenten

Om te kunnen meten welke rituelen door verpleegkundige als zinloos ervaren worden en om zo veel mogelijk verpleegkundigen te kunnen bereiken, is gekozen voor een schriftelijke enquête. In deze enquête worden op een gestructureerde wijze vragen gesteld. Voor deze vragen is gekozen, omdat achterhaald wordt welke zinloze rituelen spelen in het Ziekenhuis Gelderse Vallei en welke mogelijkheden er zijn om de zinloze rituelen te doorbreken. In dit onderzoek is gekozen voor open vragen zodat het verplegend personeel alle mogelijke antwoorden kan noteren. Een ander argument voor de keuze voor open vragen is dat het verplegend personeel gestimuleerd wordt om zelf na te denken, wat een belangrijk criterium van de Verpleegkundige Adviesraad is. Doordat de enquête anoniem wordt afgenomen is de kans op sociaal wenselijke antwoorden kleiner. Tijdens het maken van de enquête is steeds weer teruggegrepen naar de probleemstelling en is de bestudeerde literatuur als kader gebruikt.

3.3. Populatie

Dit onderzoek heeft als doel de zinloze verpleegkundige rituelen die worden ervaren door het verplegend personeel binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei, op te sporen en te doorbreken. Daarom zal dit onderzoek uitsluitend uitgevoerd worden onder het verplegend personeel.

Inclusie
In overleg met de Verpleegkundige Adviesraad is bepaald dat onder het verplegend personeel alle gediplomeerden van niveau 3, 4 en 5, die werkzaam zijn op de klinische afdelingen van het Ziekenhuis Gelderse Vallei gerekend worden.

Onder klinische afdelingen worden de volgende afdelingen gerekend:

Cardiologie	Gynaecologie	Longgeneeskunde
Chirurgie 1	Hartbewaking	Neurologie 1
Chirurgie 2	Intensive Care	Oncologie 1
Chirurgie 3	Interne 1	Orthopedie
Chirurgie 4	Interne 2	Special Care
Dagbehandeling	Interne 3	Spoed Eisende Hulp
DagbehandelingA3	Interne 4	Verloskunde en kraamafdeling
Dialyse	Kinder- en Jongeren afdeling	

Naast bovengenoemd verplegend personeel zijn ook specialistische verpleegkundigen geënquêteerd. Dit, omdat zij verpleegkundige zinloze rituelen ziekenhuisbreed zullen waarnemen en handelingen vanuit hun specialistische kennis kunnen beoordelen.

Tot specialistische verpleegkundigen worden binnen dit onderzoek gerekend:

Mammacareverpleegkundige	Specialisten verpleegkundige
Specialistisch verpleegkundige palliatieve zorg	Voedingsverpleegkundige
Stomaverpleegkundige	Wondverpleegkundige

Tot boven beschreven populatie behoren 632 werknemers van het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Aan geheel het verplegend personeel zal gevraagd worden de enquête in te vullen.

Exclusie
Het verplegend personeel dat werkzaam is op de poliklinische afdelingen, de Operatie Kamer en de Recovery zal niet worden betrokken in dit onderzoek. Dit, omdat het onderzoek dan aanzienlijk groter wordt en er waarschijnlijk andere zinloze rituelen aangegeven worden, doordat de zorg hier gespecialiseerder is. Ook het verplegend personeel dat werkzaam is vanuit uitzendbureaus en het Flex-Bureau worden niet opgenomen in dit onderzoek. Hier is voor gekozen omdat deze categorie moeilijk tot niet te benaderen is. Het niet-gediplomeerde verplegend personeel is niet opgenomen in dit onderzoek, omdat deze mogelijk onvoldoende zicht hebben op de problematiek, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek kan beïnvloeden.

3.4. Analysemethode

De enquête die afgenomen wordt onder het verplegend personeel wordt geanalyseerd met behulp van het programma Microsoft Office Excel 2007. Microsoft Office Excel 2007 is een programma waarmee gegevens van een kwantitatief onderzoek op een gestructureerde wijze geanalyseerd kunnen worden. De uitkomsten van de enquêtes worden verwerkt door beschrijvende statistiek. Daarmee wordt geprobeerd zo dicht mogelijk bij de concrete inhoud van de enquête te blijven. Beschrijvende statistiek is bedoeld om de essentie van gegevens samen te vatten of om gegevens op een inzichtelijke wijze voor te stellen. (Schreuder Peters. R.P.I.J, 2005)

3.5. Respons

Zoals eerder vermeld wordt de enquête onder 632 werknemers afgenomen. Het respons op de enquête dient minimaal 20% te bedragen. Boven de 40% is redelijk, boven de 60% is goed (Schreuder Peters, 2005). Ons streven is om 50% van de enquêtes terug te krijgen, zodat een goed beeld verkregen kan worden van de zinloze rituelen die ervaren worden door het verplegend personeel. Om dit percentage te behalen zijn er verschillende acties ondernomen:

- posters; ziekenhuisbreed zullen er posters opgehangen worden, waardoor het onderzoek herhaaldelijk onder de aandacht van het verplegend personeel gebracht zal worden. Zie voor de poster bijlage 6.
- persoonlijke benadering; elk verplegend personeelslid zal de enquête in een persoonlijk geadresseerde enveloppe ontvangen, waardoor de persoonlijke betrokkenheid van de werknemer bij het onderzoek benadrukt wordt.
- aftekenlijst; ieder verplegend personeelslid dient een paraaf te plaatsten wanneer de vragenlijst wordt ingeleverd, waardoor het verplegend personeel makkelijker aan te spreken zal zijn op het inleveren van de enquête;
- anoniem; de enquête dient op boven genoemde lijst afgetekend te worden maar wordt verder anoniem ingeleverd in een afgesloten doos, zodat de enquête niet bekeken kan worden door anderen;
- aanmaning; wanneer de inlevertermijn overschreden wordt zal het verplegend personeelslid een mail ontvangen. In deze mail zal het verplegend personeelslid erop gewezen worden om de enquête alsnog binnen een week in te leveren.

3.6. Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te vergroten zijn een aantal activiteiten uitgevoerd. Deze zijn:

- literatuurstudie;
- gebruik maken van een pilot;
- gebruik maken van Microsoft Office Excel 2007.

Om tot een opzet, grondig onderzoek en complete vergelijkingen te komen is literatuurstudie belangrijk. Door literatuurstudie is kennis verkregen van het onderwerp, zodat relevante vragen gesteld konden worden in de enquête. Na het opstellen van de enquête is er een pilot uitgevoerd onder 8 personen, om na te gaan of de vraagstelling duidelijk bleek en om eventuele taalfouten te ondervangen. Om de resultaten van de enquête volledig en correct te verwerken is gebruik gemaakt van het programma Microsoft Office Excel 2007. Hierdoor is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

3.7. Aangehouden definities ritueel en probleem

Naar aanleiding van de literatuurstudie is gediscussieerd over de definitie van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging. Afgevraagd werd of zinvolle rituelen bestaan die onderbouwd zijn met evidence-based. Na onderzoek in de literatuur kon hier geen antwoord op gevonden worden. Om toch antwoord te vinden op deze vraag is contact opgenomen met het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging. Zij gaven door middel van literatuur antwoord op de vraag. Uit de literatuur van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging bleek dat zodra een ritueel onderzocht is het evidence-based genoemd wordt en het geen ritueel meer is. Na gediscussieerd te hebben is besloten de definitie van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging te gebruiken in dit onderzoek.

Voor de definitie van een probleem is mede literatuurstudie gedaan. Daarnaast is, om tot een definitie te komen, gekeken naar het kader van dit onderzoek. Een van de criteria die gehanteerd wordt is of het aangegeven punt door meerdere personen uitgevoerd dient te worden op verschillende momenten van de dag. Hieruit kan blijken of het een algemeen aanvaarde handeling is. Na discussie over al deze punten is de definitie van een probleem ontstaan.

De volgende definities van een ritueel en probleem zijn gebruikt en vormen de basis van dit onderzoek:

Definitie ritueel:
'Een ritueel binnen de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep is een algemeen aanvaarde routinematige handeling die niet onderbouwd is met wetenschappelijke inzichten op het vakgebied maar gebaseerd is op gewoonten en traditie.' (LEVV, 2008)

Definitie probleem:
'Een probleem is een incidentele handeling of een handeling die niet binnen het doel van dit verpleegkundige onderzoek valt.'

4. RESULTATEN

Dit hoofdstuk gaat in op de resultaten van dit onderzoek. De resultaten op de deelvragen worden in dit hoofdstuk uitgewerkt.

4.1. Inleiding op de resultaten

Er zijn 632 enquêtes uitgedeeld aan het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Hiervan zijn er 137 geretourneerd. Dit is een respons van 22%. Zie diagram 1 voor de respons per afdeling. Door de grootte van het onderzoek kunnen de resultaten niet allemaal genoemd worden. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste en opvallendste resultaten benoemd. Voor de resultaten per afdeling wordt verwezen naar bijlage 4.

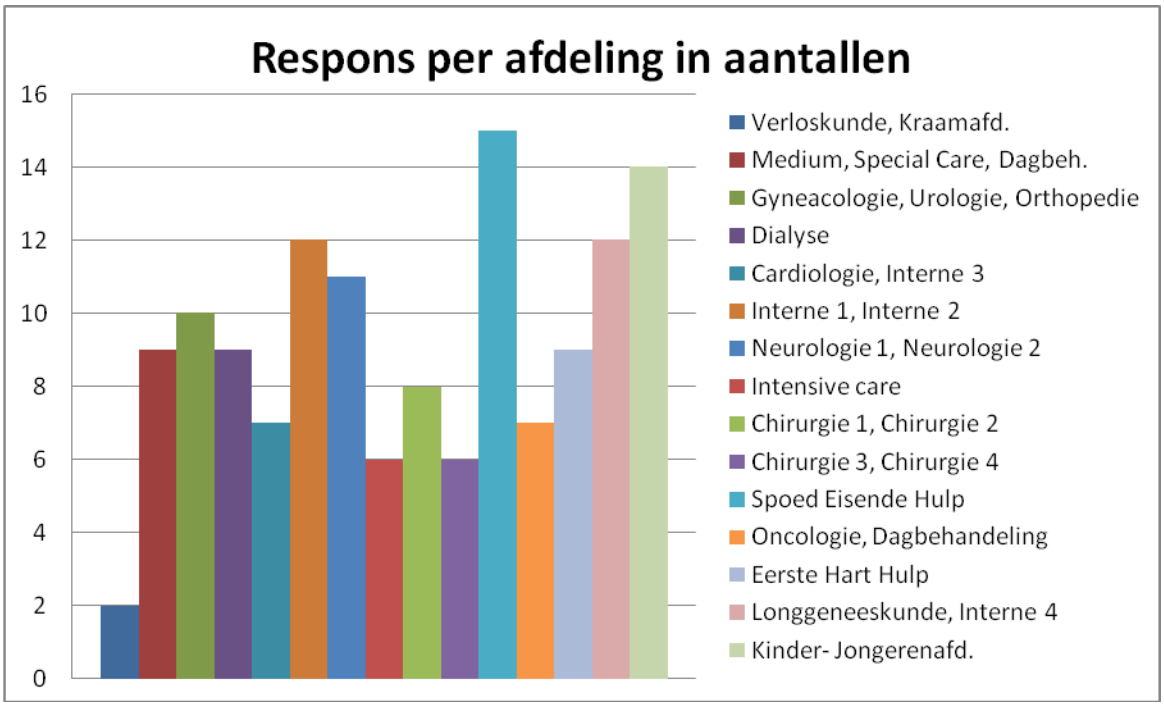


Diagram 1: Respons per afdeling in aantal ingeleverde enquêtes, weergegeven in aantallen.

In dit onderzoek werd gestreefd naar een respons van 50%. Dit betekend dat de respons waarnaar gestreefd werd niet behaald is. Hier zijn verschillende verklaringen voor:

- onder het verplegend personeel heerst enquête moeheid. Dit bleek uit de reacties die gegeven werden toen de enquêtes werden verspreid en opgehaald;
- het verplegend personeel vond het moeilijk om zinloze rituelen te achterhalen en aan te geven. Dit bleek uit de reactie die herhaaldelijk werden gegeven tijdens het promoten van de enquête;
- doordat het onderzoek ziekenhuisbreed werd afgenomen is het niet mogelijk geweest om de enquête onder al het verplegend personeel persoonlijk te stimuleren;
- op de afdelingen werd verschillende keren aangegeven dat er meerdere personeelsleden voor langere tijd afwezig waren;
- doordat niet te achterhalen was hoe de afdelingsgewoontes op de verschillende afdelingen waren, was het moeilijk te achterhalen hoe de enquêtes het best verspreid konden worden;

- door het verplegend personeel werd aangegeven dat het invullen van de enquête bemoeilijkt werd doordat er open vragen gesteld werden. Voor de argumentatie van open vragen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.2.

De uitwerking van de resultaten wordt beschreven aan de hand van de respons van 137 enquêtes. Dit respons wordt gezien als 100%. Er zijn respondenten geweest die meerdere antwoorden hebben gegeven bij één vraag. In totaal zijn er bij vraag één, 355 antwoorden gegeven, zie diagram 2 voor het overzicht. Hierdoor kan niet uitgegaan worden van: 1% is 13,7 respondenten.

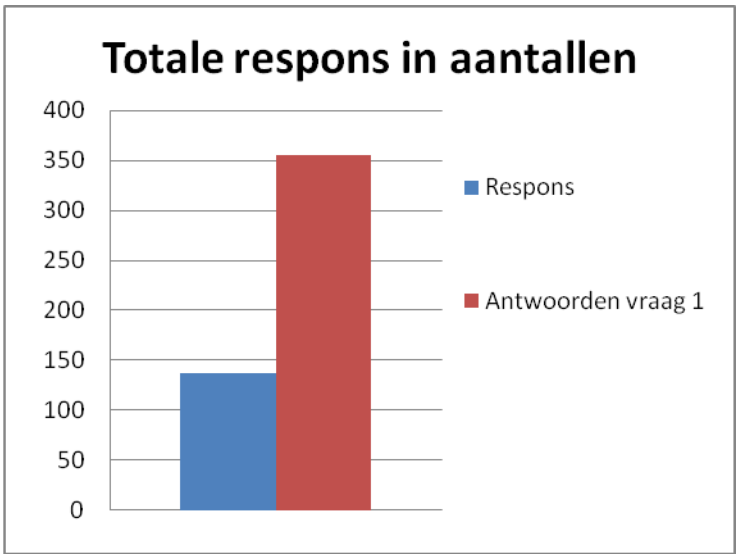


Diagram 2: Het totaal aantal ingeleverde enquêtes ziekenhuisbreed en het totaal aantal antwoorden op vraag één, weegegeven in aantallen.

4.2. Resultaten van de deelvragen

In deze paragraaf worden de resultaten van de deelvragen weer gegeven. De deelvragen zijn beschreven in hoofdstuk 1.4.2.

4.2.1. Deelvraag 1

Welke handelingen zijn, van de door het verplegend personeel aangegeven punten, rituelen en welke handelingen zijn problemen?

Er zijn in totaal 355 antwoorden gegeven op vraag één van de enquête. Daarvan zijn 270 antwoorden rituelen, dit is 76,1%. 85 antwoorden zijn problemen, dit is 23,9%. Zie ter verduidelijking diagram 3.

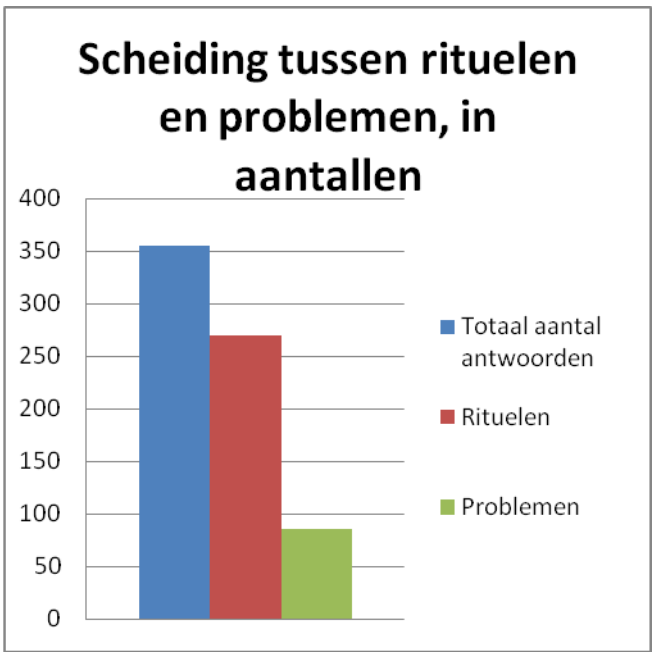


Diagram 3: Het aantal rituelen en problemen binnen de antwoorden die gegeven zijn bij vraag één, weergegeven in aantallen.

Bij het verwerken van vraag één van de enquête kwam naar voren dat er een grote diversiteit is aan antwoorden. Om binnen al deze antwoorden een goed en betrouwbaar onderscheid te kunnen maken tussen problemen en rituelen, zijn er op basis van de literatuurstudie (zie hoofdstuk 2.1 en bijlage 2) en overleg (zie 3.7), definities ontstaan voor een probleem en ritueel die bruikbaar zijn binnen dit onderzoek. Zie voor de definities paragraaf 3.7.

4.2.2. Deelvraag 2

Welke handelingen worden door het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei ervaren als zinloze verpleegkundige rituelen?

Om een duidelijk resultaat te kunnen presenteren is de lijst met rituelen apart genomen en geclusterd. Het bepalen van de clusters is een proces geweest van lezen, herlezen, clusteren, discussiëren en opnieuw clusteren. Uiteindelijk is te zeggen dat het verplegend personeel rituelen heeft aangegeven die vallen binnen de volgende clusters:

- *Medische controles:*
  Wegen, bloeddruk (RR), temperatuur (T), saturatie (SpO2/ sat.), bloedsuiker (DGM), labwaarde. Naast specifiek genoemde controles wordt er tot dit cluster ook alles gerekend wat betrekking heeft op het moment van uitvoeren en de frequentie van het uitvoeren van controles.
- *Administratie:*
  Alles wat door verpleegkundigen schriftelijk of digitaal vastgelegd wordt en eventueel verder verwerkt moet worden.
- *Overdracht:*
  Alle schriftelijke en mondelinge overdracht tussen verpleegkundigen.
- *In- en Output:*

Alle in- en output van patiënten die bijgehouden wordt door verpleegkundigen. Tot input wordt gerekend: sondevoeding, infusie, eten en drinken. Tot output: alle urine en defecatie die uitgescheiden wordt door patiënten.

- *ADL:*
  Handelingen die door verpleegkundigen verricht worden om patiënten te ondersteuning in de Algemene Dagelijkse Levensbehoefte. Hierbij valt te denken aan douchen, wassen (evt. op bed), omkleden, lichaamsverzorgende handelingen, ondersteuning verlenen bij de intake en output van patiënten, bedden verschonen.
- *Verpleegtechnische handelingen:*
  Handelingen die door verpleegkundigen worden verricht met het oog op: hygiëne, infusie en het klaarmaken van medicatie, acute situaties zoals reanimatie, wondbehandelingen en de conditie van patiënten zoals vernevelen.
- *Faciliteit:*
  Facilitaire dingen die door verpleegkundigen worden uitgevoerd; ongeacht of dit behoort tot de verpleegkundige taak of niet. Hierbij valt te denken aan het schoonmaken van spullen, het aanbieden van koffie etc.
- *Disciplines:*
  Handelingen die verpleegkundigen uit moeten voeren voor een andere discipline, ongeacht of dit behoort tot de verpleegkundige taak of niet. Onder disciplines wordt hierbij gerekend: arts-assistent, (specialistische-) arts en secretaresse.
- *LEVV:*
  Punten die in dit onderzoek zijn aangegeven en door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorgenden in 2007 als zinloze rituelen zijn benoemd en onder de aandacht zijn gebracht. Hiertoe behoort: het scheren voor OK, nuchter houden voor OK, temperaturen post - OK, desinfecteren voor injectie en de behandeling van decubitus wonden.
- *Tijdsplanning:*
  Punten die verwijzen naar een onnodige vaste Tijdsplanning.

Na het clusteren werd duidelijk hoe vaak deze onderwerpen aangegeven zijn bij vraag één. Van al het respons gaat 29% over ‘Administratie’ en 23% over ‘Medische controles’. Verder is in 10% van de antwoorden ‘ADL’ genoemd en 10% van de antwoorden gaat over zinloze handelingen die door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging aangegeven zijn. Zie diagram 4 en 5 voor een overzicht van alle percentages en aantallen per cluster.

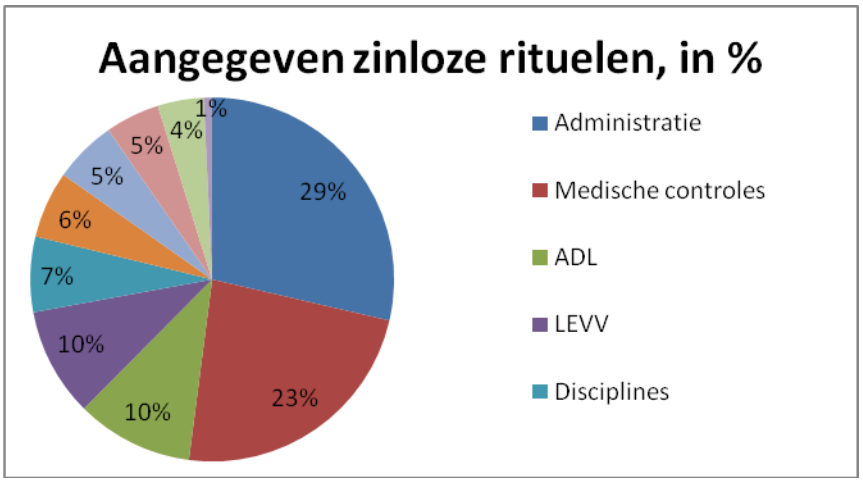


Diagram 4: De aangegeven zinloze rituelen bij vraag één van de enquête weergegeven in procenten.

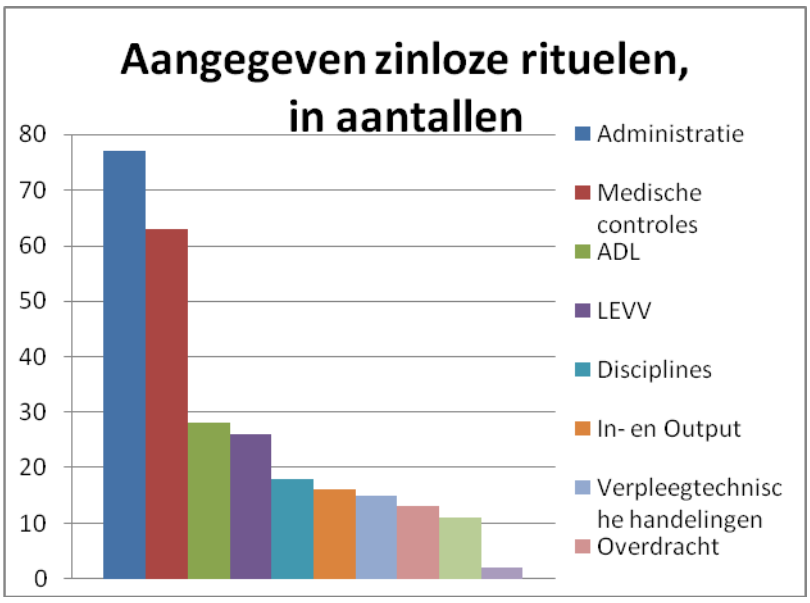


Diagram 5: De aangegeven zinloze rituelen bij vraag één van de enquete weergegeven in aantallen.

De clusters ‘Administratie’ en ‘Medische controles’ zijn verder geclusterd en uitgediept. Deze clusters worden los van elkaar als 100% gezien.

Administratie

Voor het opnieuw clusteren van de cluster ‘Administratie’ zijn de volgende clusternamen gebruikt:

- *Dubbele administratie:*
  Dubbele administratie veroorzaakt door; niet overeenkomende formulieren, formulieren die dubbel ingevuld en/of in de computer en op papier ingevuld dienen te worden; formulieren die bewaard dienen te blijven terwijl gegevens ook bijvoorbeeld digitaal bewaard zijn en onnodige formulieren die ingevuld dienen te worden terwijl dit al gedaan is.
- *Algemene administratie:*
  Lijsten invullen die zinloos lijken te zijn, de grote papierwinkel die ingevuld dient te worden, de efficiëntie van formulieren en het administratiesysteem, formulieren standaard in moeten vullen terwijl dit niet nodig is en het altijd alles moeten vastleggen van gegevens.
- *Formulieren voor andere disciplines:*
  Het moeten (her-)invullen van de vele formulieren voor andere disciplines, ook al blijkt dit lang niet altijd nodig.
- *Laboratorium:*
  Het weg moeten brengen van formulieren naar het laboratorium en het op verschillende manieren moeten communiceren naar het laboratorium toe.
- *Overig:*
  Punten die bij deze vraag van de enquête zijn aangegeven maar niet bij bovenstaande clusters geclusterd kunnen worden, door onduidelijke omschrijving of niets zeggende formulering.

Uit deze nieuwe manier van clusteren blijkt, dat 37% van de antwoorden bij de cluster ‘Administratie’, betrekking hebben op ‘Dubbele administratie’. ‘Algemeen administratie’ wordt in 31%, van de antwoorden binnen de nieuwe cluster ‘Administratie’, aangegeven. Voor een overzicht van de resultaten van de hercluster ‘Administratie’ wordt verwezen naar diagram 6.

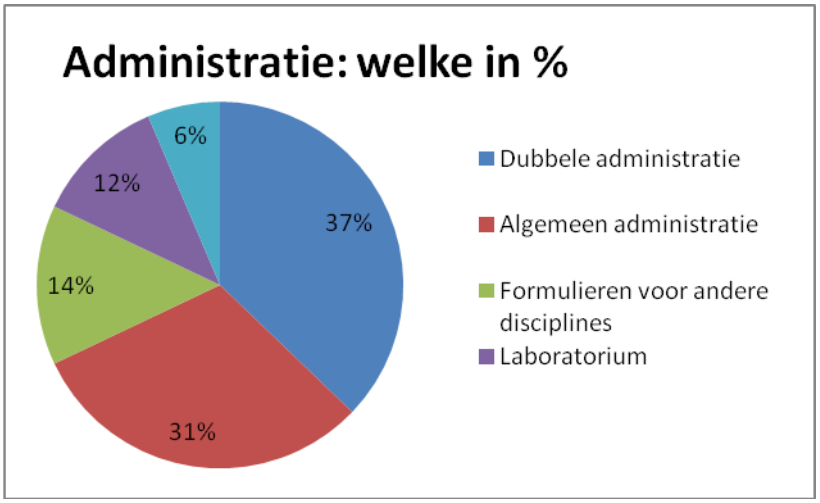


Diagram 6: Cluster 'Administratie' verder geclusterd weergegeven in procenten.

De cluster 'Dubbele administratie' is het meeste aangegeven. Dit is de reden dat de cluster opnieuw is geclusterd. De volgende clusternamen zijn hiervoor gebruikt:

- *Dubbele administratie digitaal en op papier:*
  Alles wat verwijst naar administratie die zowel op papier als digitaal verwerkt dient te worden.
- *Dubbele administratie op papier:*
  Alles wat verwijst naar (net geen geheel-) dubbele formulieren en het dubbel moeten verwerken van administratie.

Van 37% van de cluster 'Dubbele administratie' geeft 83% aan dat dubbele administratie komt door het dubbel opschrijven van gegevens op papier. Bij 17% van de antwoorden bij 'Dubbele administratie' gaat het om administratie van papier naar digitaal en andersom. Zie diagram 7 voor het overzicht van deze resultaten.

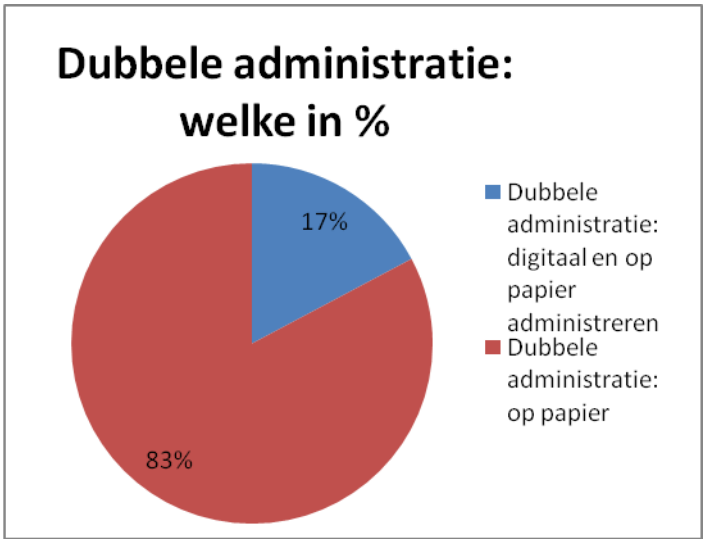


Diagram 7: 'Dubbele administratie' verder geclusterd weergegeven in procenten.

Medische controles

Van alle antwoorden is 23% te clusteren bij ‘Medische controles’. Het cluster ‘Medische controles’ is opnieuw geclusterd omdat binnen het cluster wisselende antwoorden zijn gegeven. Het opnieuw clusteren is op twee verschillende manieren gedaan, namelijk:

1. er is gekeken om welke Medische controles het gaat;
2. er is gekeken wat de oorzaak is van het aangegeven ritueel.

Bij de eerste keer clusteren zijn de volgende clusternamen gebruikt:

- *Algemene controles:*
  Alles wat verwijst naar (meerdere) controles in het algemeen en niet specifiek bij één controle in te delen is.
- *Temperatuur (T):*
  Alles wat verwijst naar het temperaturen van patiënten.
- *Bloeddruk (RR):*
  Alles wat verwijst naar het meten van de bloeddruk van patiënten.
- *Bloedsuiker (DGM):*
  Alles wat verwijst naar het bepalen van het suikergehalte van iemand.
- *Labwaarde:*
  Alles wat verwijst naar protocollair vastgelegde momenten waarop labwaarden aangevraagd dienen te worden.
- *Wegen:*
  Alles wat verwijst naar het wegen van patiënten.
- *Saturatie (SpO2/Sat.):*
  Alles wat verwijst naar het meten van de saturatie.

Bij de eerste keer clusteren van ‘Medische controles’ werd duidelijk dat 51% van de antwoorden gaat over ‘Algemene controles’ en 26% van de antwoorden gaat over temperatuur meten. Dit is terug te vinden in diagram 8.

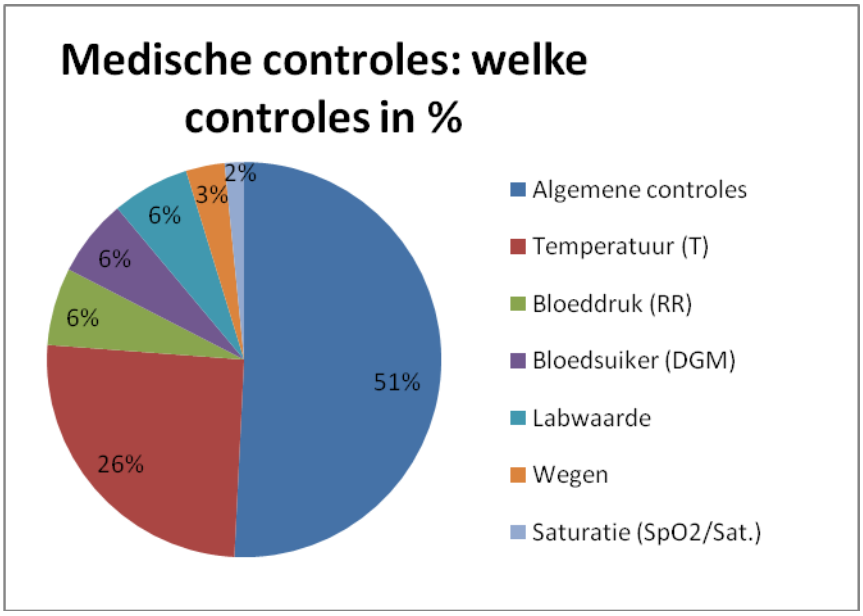


Diagram 8: ‘Medische controles’ verder geclusterd, weergegeven in procenten. Volgens de eerste manier van benaderen.

In de tweede benadering is gekeken naar de oorzaak van het aangegeven zinloze ritueel. De verschillende clusternamen die hierbij gebruikt zijn, zijn:

- *Frequentie:*
  Alles wat verwijst naar de frequentie waarmee de controles uitgevoerd (dienen te) worden.
- *Moment op de dag:*
  Alles wat verwijst naar een bepaald moment op de dag/avond/nacht waarop een controle uitgevoerd dient te worden.
- *Overig:*
  Punten die bij deze vraag van de enquête zijn aangegeven, maar niet bij bovenstaande clusters geclusterd kunnen worden, door onduidelijke omschrijving of niets zeggende formulering.
- *Post OK:*
  Alles wat verwijst naar controles die post-OK uitgevoerd dienen te worden (omdat dit protocollair vastgelegd is).

Opvallend is dat 66% van de antwoorden binnen 'Medische controles' gaan over de frequentie van de controles. De andere oorzaken worden minder aangegeven, hier gaat het respectievelijk om 13% en 8%.

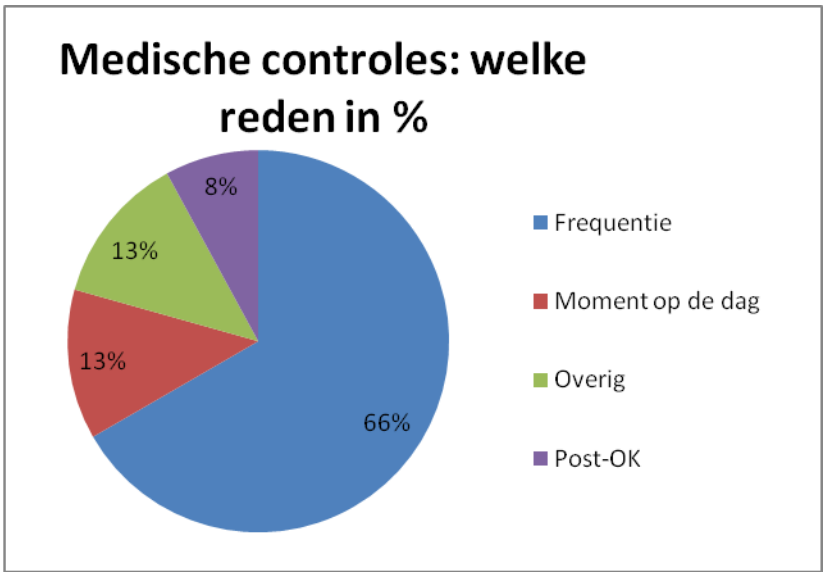


Diagram 9: 'Medische controles' verder geclusterd, weergegeven in procenten. Volgens de tweede manier van benaderen.

Opvallende resultaten

Vanwege de grote hoeveelheid resultaten is er een selectie gemaakt van de opvallende resultaten. Deze staan hieronder verder uitgewerkt. Voor de overige resultaten wordt verwezen naar bijlage 4.

Opvallende resultaten binnen de cluster 'Administratie' zijn;

- het punt 'Administratie' wordt op alle afdelingen aangegeven;
- de afdelingen Kinder- en Jongerenafdeling hebben 13 keer 'Administratie' aangegeven. Dat is 32% van alle antwoorden die door die afdelingen gegeven zijn bij vraag één;
- de afdelingen Longgeneeskunde en Interne 4 hebben ook 13 keer 'Administratie' aangegeven. Dat is voor die afdelingen 43% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;

- de afdelingen Neurologie 1 en 2 hebben 9 keer ‘Administratie’ aangegeven. Dit is 43% van de antwoorden die door die afdelingen gegeven zijn bij vraag één;
- de afdeling Spoed Eisende Hulp heeft 8 keer ‘Administratie’ aangegeven. Dit is 19% van de antwoorden die door die afdeling gegeven is bij vraag één;
- de afdeling Dialyse heeft 4 keer ‘Administratie’ aangegeven. Deze afdeling heeft in totaal 6 antwoorden gegeven bij vraag één waardoor het punt administratie 67% is van de antwoorden die door die afdeling gegeven is;
- de afdeling Eerste Hart Hulp heeft 4 keer ‘Administratie’ aangegeven. Deze afdeling heeft in totaal 5 antwoorden gegeven bij vraag één waardoor ‘Administratie’ 67% is van de antwoorden die door die afdeling gegeven is.

Opvallende resultaten binnen de cluster ‘Medische controles’ zijn;
- de afdelingen Gynaecologie, Urologie en Orthopedie hebben 19 keer ‘Medische controles’ aangegeven. Dat is voor die afdelingen 47% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;
- de afdelingen Longgeneeskunde en Interne 4 hebben 9 keer ‘Medische controles’ aangegeven. Dat is voor die afdelingen 30% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;
- de afdelingen Kinder- en Jongerenafdeling hebben ook 9 keer het punt ‘Medische controles’ aangegeven. Dat is voor die afdelingen 22% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;
- ‘Medische controles’ wordt op de afdelingen Dialyse, Intensive Care, Chirurgie 3 en Chirurgie 4 niet aangegeven bij vraag één.

Opvallende resultaten binnen de cluster ‘ADL’ zijn;
- de afdelingen Interne 1 en Interne 2 hebben 5 keer ‘ADL’ aangegeven. Dat is voor die afdelingen 28% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;
- de afdelingen Kinder- en Jongerenafdeling hebben 8 keer ‘ADL’ aangegeven. Dat is voor die afdelingen 20% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één.

Opvallende resultaten binnen de cluster ‘LEVV’ zijn;
- de afdeling Spoed Eisende Hulp hebben 7 keer ‘LEVV’ aangegeven. Dat is voor die afdeling 16% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;
- de afdelingen Gynaecologie, Urologie, Orthopedie hebben 6 keer ‘LEVV’ aangegeven. Dat is voor die afdelingen 20% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één.

Opvallende resultaten binnen de cluster ‘discipline’ zijn;
- de afdeling Spoed Eisende Hulp hebben 17 keer ‘discipline’ aangegeven. Dat is voor die afdeling 39% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;
- de afdeling Chirurgie 1 en 2 hebben 1 keer ‘discipline’ aangegeven. Dat is voor die afdelingen 5% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;
- naast deze afdelingen zijn er geen afdelingen geweest die een antwoord hebben gegeven die binnen dit cluster past.

Opvallende resultaten binnen de cluster ‘Faciliteit’ zijn;
- de afdeling Spoed Eisende Hulp hebben 6 keer ‘Faciliteit’ aangegeven. Dat is voor die afdeling 14% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één;

- de afdeling Kinder- en Jongerenafdeling hebben 4 keer ‘Faciliteit’ aangegeven. Dat is voor die afdeling 10% van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag één.

Over de clusters ‘In- en Output’, ‘Verpleegtechnische handelingen’, ‘Overdracht’ en ‘Tijdsplanning’ zijn geen bijzonderheden te vermelden.

Waardoor rituelen in stand blijven
In vraag twee van de enquête wordt navraag gedaan waardoor de rituelen, aangegeven bij vraag één, volgens het verplegend personeel in stand gehouden worden.

De verschillende clusternamen die hierbij gebruikt zijn, zijn:

- *Automatisme:*
  Het uit gewoonte of gemakzucht handelen. Het meegaan in de afdelings-, ziekenhuiscultuur; niet beter weten.
- *Onzekerheid:*
  Alles wat op twijfel of (veranderings-) angst gebaseerd is.
- *Bureaucratie:*
  Datgene dat protocollair bepaald is, opdracht is van een andere discipline of van bovenhand bepaald wordt. (bijvoorbeeld management)
- *Kennis tekort:*
  Geen betere methode weten, onwetendheid en geen kennis van wetenschappelijke inzichten.
- *Arbeidsomstandigheden:*
  Geld- of tijdgebrek of gebrek aan juiste middelen of personen, waardoor het verplegend personeel beperkt worden in de uitvoering van het werk.
- *Niet kritisch nadenken:*
  Onkunde of gemakzucht van het verplegend personeel waardoor kritisch denken niet gerealiseerd wordt.

Opvallend was dat 41% van de antwoorden binnen de cluster ‘Gewoonte’ paste. En 27% van de antwoorden past binnen de cluster ‘Bureaucratie’. Voor een overzicht van deze vraag wordt verwezen naar diagram 10.

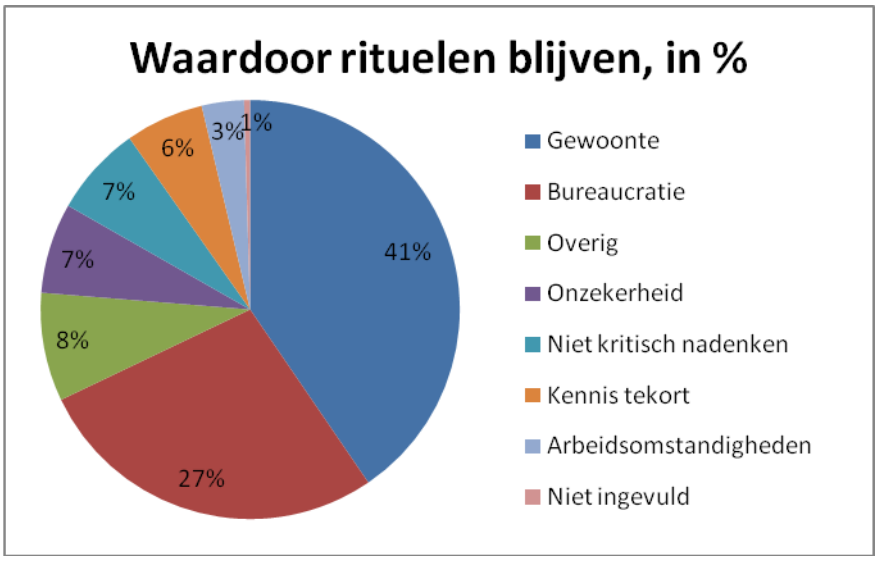


Diagram 10: De aangegeven redenen waardoor rituelen in stand worden gehouden, als antwoord op vraag 2 van de enquête. Weergegeven in procenten.

Opvallende resultaten binnen de cluster ‘Gewoonte’ zijn:

- Op de afdelingen Kinder- en Jongeren werd ‘Gewoonte’ aangegeven in 18 van de totaal 28 antwoorden die door de verpleegkundige op die afdeling gegeven zijn.
- Op de Spoed Eisende Hulp is 16 keer ‘Gewoonte’ aangegeven. Deze afdeling heeft in totaal 30 antwoorden gegeven bij vraag twee.

4.2.3. Deelvraag 3

Welk ritueel, van de aangegeven rituelen, heeft de hoogste prioriteit om doorbroken te worden?

Voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn verschillende stappen ondernomen. Allereerst zijn de clusters bij vraag één verwerkt in diagrammen. Aan deze diagrammen zijn percentages gekoppeld waardoor duidelijk werd welk ritueel het meest aangegeven werd door het verplegend personeel. Vervolgens is voor het beantwoorden van deze deelvraag, vraag drie van de enquête geclusterd. Deze vraag gaat over de frequentie van het uitvoeren van het zinloze ritueel. Daarna is vraag drie van de enquête gekoppeld aan vraag één van de enquête waardoor inzichtelijk gemaakt is hoe vaak het ritueel bij vraag één uitgevoerd dient te worden in de dagelijkse beroepsuitoefening.

De eerste 5 clusternamen spreken voor zich. Met de cluster ‘Wisselend’ en ‘Niet ingevuld’ wordt bedoeld:

- *Wisselend:*
  Datgene wat door het verplegend personeel als wisselend/verschillend is benoemd.
- *Niet ingevuld:*
  Enquêtes die zijn geretourneerd zonder deze vraag te beantwoorden.

Opvallend is dat 66% van de rituelen die genoemd zijn onder de cluster ‘Administratie’ 5-10 keer per week, dagelijks/regelmatig uitgevoerd worden. Bij ‘Medische controles’ geeft 75%, 5-10 keer per week, dagelijks/regelmatig aan. Voor het overzicht van de koppeling van vraag drie aan vraag één, zie diagram 11 en 12.

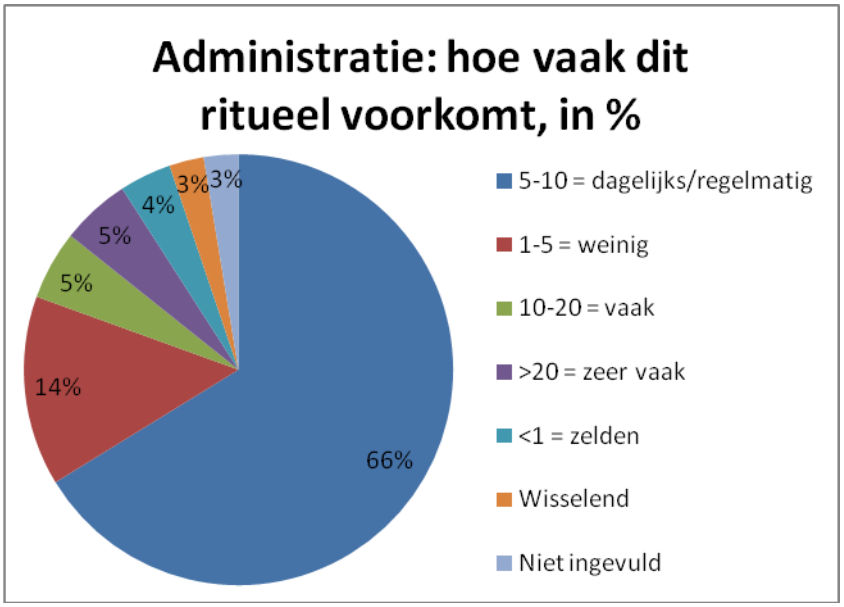


Diagram 11: Hoe vaak de rituelen binnen het cluster 'Administratie' voorkomen. Vraag 3 van de enquete, weergegeven in procenten.

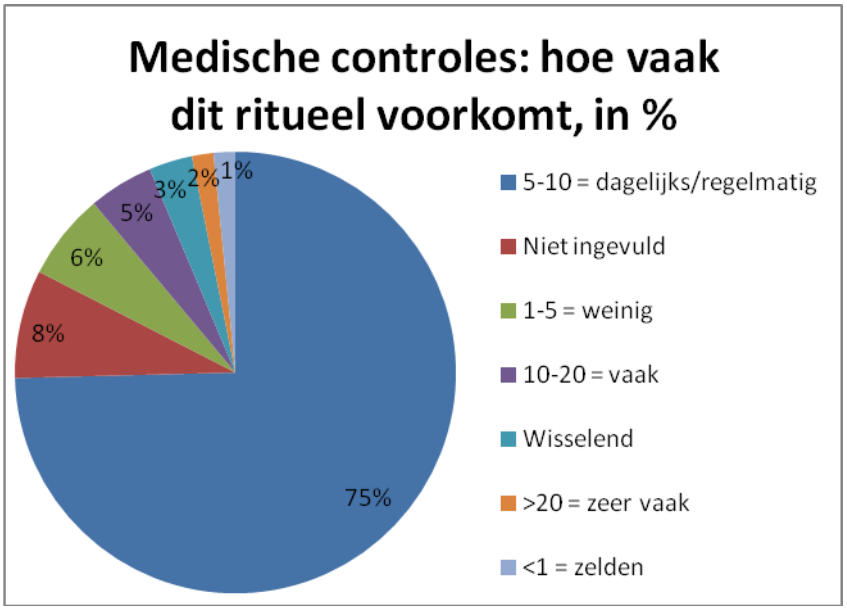


Diagram 12: Hoe vaak de rituelen binnen het cluster 'Medische controles' voorkomen. Vraag 3 van de enquete, weergegeven in procenten.

De koppeling van vraag drie aan vraag één en een nieuwe ontwikkeling binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei, namelijk de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier, zijn de basis geweest voor het opstellen van de prioriteitenlijst.

4.2.4. Deelvraag 4

Met welke methode kan de Verpleegkundige Adviesraad de zinloze rituelen doorbreken?

Voor het beantwoorden van deze vraag is literatuurstudie gedaan naar verschillende methodes, namelijk de methode van Cozijnsen, Grol & Wensing, Kotter en Holleman. De keuze voor deze methodes is gebaseerd op de literatuurstudie die het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en

Verzorging uitgevoerd heeft voor het onderzoek ‘Doorbreek de rituelen’. De methodes zijn uitgewerkt en onderzocht op werkzaamheid en bruikbaarheid voor het doorbreken van zinloze rituelen binnen Ziekenhuis Gelderse Vallei. Voor een samenvatting van de methodes wordt verwezen naar hoofdstuk 2.3, voor de gehele literatuurstudie naar de methodes wordt verwezen naar bijlage 2.

Daarnaast is aan het verplegend personeel van Ziekenhuis Gelderse Vallei gevraagd op welke manier zinloze rituelen doorbroken kunnen worden. Deze antwoorden werden beschreven bij vraag vier van de enquête.

De verschillende clusternamen die hierbij gebruikt zijn, zijn:

- *Kritisch denken:*
  Het wegnemen van gemakzucht en onkunde onder het verplegend personeel, waardoor kritisch en vernieuwend denken beoogd wordt.
- *Nieuwe afspraken:*
  Het maken van nieuwe afspraken op landelijk, ziekenhuis- en afdelingsbreed niveau en tussen verschillende disciplines waardoor een eenduidig beleid gerealiseerd wordt.
- *Aanspreken op verantwoordelijkheid:*
  Binnen het ziekenhuis elkaar aanspreken op taakverdeling en de verantwoordelijkheden die bij de desbetreffende functie horen.
- *Scholing:*
  Het organiseren van bijeenkomsten waarbij recente wetenschappelijke kennis en resultaten van gedane onderzoeken verstrekt worden, waardoor de kennis en kunde onder het verplegend personeel wordt vergroot.
- *Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel:*
  Alle adviezen die specifiek zijn gericht op het aangedragen ritueel en hierdoor niet als algemeen advies kan worden meegenomen om het bewerkstelligen van het doorbreken van rituelen te realiseren.
- *Bespreekbaar maken:*
  Het benoemen van en discussiëren over het onderwerp zinloze rituelen binnen werkoverleggen op afdelingen, multidisciplinaire werkbesprekingen en bijeenkomsten van leidinggevenden.
- *Onderzoek uitvoeren:*
  Het starten van onderzoeken en het houden van interviews (eventueel met hulp van externe deskundigen).
- *Overig:*
  Punten die bij deze vraag van de enquête zijn aangegeven, maar niet bij bovenstaande clusters geclusterd kunnen worden, door onduidelijke omschrijving of niets zeggende formulering.

Van alle antwoorden die gegeven zijn bij vraag vier, geeft 28% oplossing voor het ritueel dat de respondent beschreven heeft bij vraag één van de enquête. 21% geeft een antwoord dat gaat over het stimuleren van het kritisch denken onder het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei.
Een opvallend punt is dat door de afdelingen Interne 1 en Interne 2, van de in totaal 18 gegeven antwoorden, 9 keer aangegeven werd dat het kritisch denken verbeterd moet worden om de zinloze rituelen te kunnen doorbreken. Voor het overzicht van vraag vier zie diagram 13.

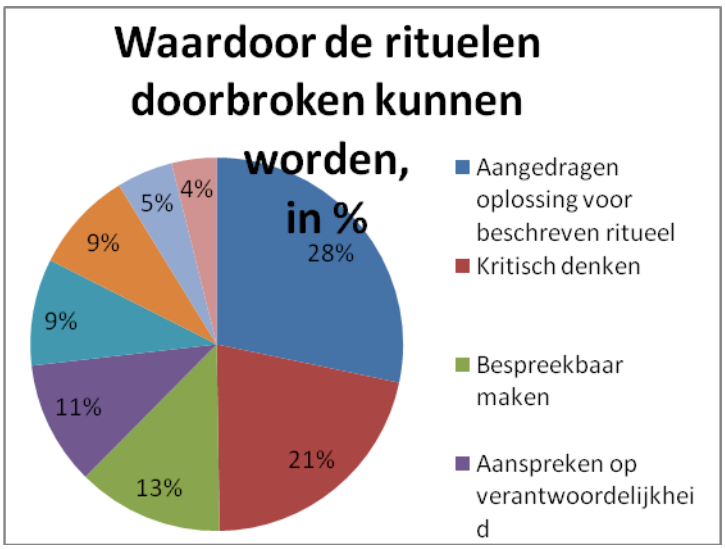


Diagram 13: Waardoor de rituelen doorbroken kunnen worden. Antwoord op vraag 4 van de enquete, weergegeven in procenten.

4.2.5. Deelvraag 5

Wat is de volgende fase in dit onderzoek om het doorbreken van zinloze rituelen te bewerkstelligen?

Voor het beantwoorden van deze vraag zijn verschillende stappen ondernomen. De eerste stap was het opstellen van de enquête voor het verplegend personeel zodat duidelijk kon worden welke rituelen er in het Ziekenhuis Gelderse Vallei spelen. De tweede stap was om van deze resultaten een prioriteitenlijst samen te stellen. Aan de hand van de prioriteitenlijst kan vastgesteld worden welk ritueel als eerste onderzocht en doorbroken kan worden.
Naast de prioriteitenlijst is een lijst samengesteld met adviezen, die gegeven zijn bij vraag vijf van de enquête en betrekking hebben tot dit onderwerp/onderzoek. Deze adviezen van het verplegend personeel zijn geclusterd in vier verschillende clusters.

De verschillende clusternamen die hierbij gebruikt zijn, zijn:

- *Advies met betrekking tot dit onderzoek:*
  Alle adviezen die betrekking hebben op dit onderzoek en/of tijdens dit onderzoek gebruikt kunnen worden.
- *Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel:*
  Alle adviezen die specifiek zijn gericht op het aangedragen ritueel en hierdoor niet als algemeen advies kan worden meegenomen om de Verpleegkundige Adviesraad te adviseren hoe zij zinloze rituelen kunnen doorbreken.
- *Overig:*
  Punten die bij deze vraag van de enquête zijn aangegeven, maar niet bij bovenstaande clusters geclusterd kunnen worden door onduidelijke omschrijving of niets zeggende formulering.
- *Niet ingevuld:*
  De resultaten van de enquêtes die zijn geretourneerd zonder deze vraag te beantwoorden.

In totaal gaf 40% een advies wat betrekking heeft op dit onderzoek. Voor een overzicht van vraag vijf, zie diagram 14.

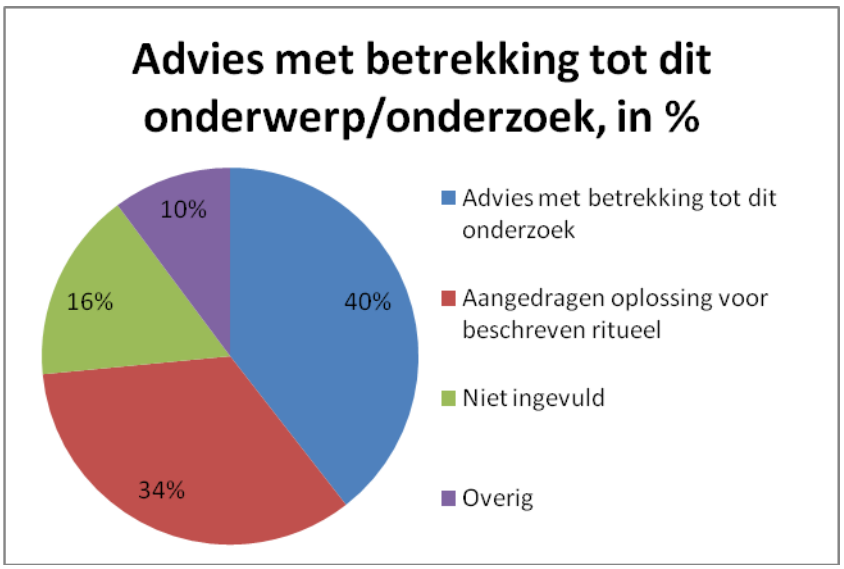


Diagram 14: Advies met betrekking tot dit onderwerp/onderzoek. Antwoord op vraag 5 van de enquete, weergegeven in procenten.

Voor de duidelijkheid is die 40% van het cluster 'advies met betrekking tot dit onderzoek' opnieuw geclusterd. Deze 40% wordt gezien als 100%.

De verschillende clusternamen die hierbij gebruikt zijn, zijn:

- *Verwerken/ terugkoppelen resultaten:*
  Alle adviezen die gericht zijn op het verwerken en het bekend maken van resultaten.
- *Onder de aandacht brengen onderwerp:*
  Alle adviezen die het bewust worden van het onderwerp zinloze rituelen binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei op het oog hebben.
- *Onderzoek naar zinloze rituelen:*
  Alle adviezen die gericht zijn op het inzicht krijgen in, weerleggen en doorbreken van zinloze rituelen.
- *Leren kritisch denken:*
  Het wegnemen van gemakzucht en onkunde onder het verplegend personeel waardoor kritisch en vernieuwend denken beoogd wordt.
- *Leren van/overleggen met andere disciplines:*
  Alles wat verwijst naar de samenwerking tussen disciplines waardoor het doorbreken van zinloze rituelen beoogd zal worden.
- *Ziekenhuisbreed aanpakken:*
  Op alle afdelingen, besprekingen en overleggen onder de aandacht brengen, aanpakken en doorbreken van rituelen.
- *Afdelingsbreed aanpakken:*
  Specifiek op de afdeling onder de aandacht brengen, aanpakken en doorbreken van rituelen.

Van de cluster 'Verwerken/terugkoppelen resultaten' geeft 24% een advies over het verwerken en/of terugkoppelen van de resultaten naar het verplegend personeel. 21% geeft een advies om het onderwerp goed onder de aandacht te brengen. Van alle antwoorden geeft 21% advies over hoe onderzoek gedaan moet worden naar zinloze rituelen. Voor een overzicht van het opnieuw clusteren zie diagram 15.



Diagram 15: 'Advies met betrekking tot dit onderwerp' verder geclusterd,weergegeven in procenten.

5. CONLCUSIES

In dit hoofdstuk worden de conclusies beschreven. Deze conclusies zijn gebaseerd op de resultaten die per deelvraag uitgewerkt zijn in hoofdstuk 4. Omdat er veel resultaten zijn, en er dus ook veel conclusies te trekken zijn, is ervoor gekozen om in de conclusie een algemeen beeld te schetsen. Dit zodat de belangrijkste conclusies op de deelvragen helder weergegeven worden. De conclusie op de hoofdvraag is een beknopte samenvatting. Op de conclusies van de deelvragen zal uitgebreider ingegaan worden.

5.1. Conclusie hoofdvraag

Welke verpleegkundige handelingen worden door het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei als zinloze rituelen ervaren en op basis van welke methodiek kan het uiteindelijk doorbreken van zinloze verpleegkundige rituelen bewerkstelligd worden?

De volgende punten worden aangegeven door het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei als zinloze rituelen:

- Administratie;
- Medische controles;
- ADL;
- LEVV;
- Disciplines;
- in- output;
- Verpleegtechnische handelingen;
- Overdracht;
- Faciliteit;
- Tijdsplanning.

Van deze punten moet ‘Administratie’ als eerste onderzocht en doorbroken worden. Dit op basis van de methodiek van Groll & Wensing.

5.2. Conclusie deelvragen

5.2.1. Deelvraag 1

Welke handelingen zijn, van de door het verplegend personeel aangegeven punten, daadwerkelijk rituelen en welke handelingen zijn problemen?

Aan de hand van de gedane literatuurstudie, beschreven in hoofdstuk 2, zijn er definities opgesteld van rituelen en problemen. De definitie van een ritueel en probleem wordt uiteengezet in hoofdstuk 3.7. Op basis van deze definities zijn de antwoorden bij vraag één van de enquête gerangschikt. Na het rangschikken zijn lijsten opgesteld van de aangegeven rituelen en problemen. De lijsten zijn niet geclusterd, maar zijn een overzicht van de letterlijke antwoorden, gegeven in vraag één van de enquête. Op basis van de definities kan geconcludeerd dat de aangegeven punten op de rituelen lijst, rituelen zijn en de aangegeven punten op de problemen lijst, problemen zijn. Deze lijsten zijn weergegeven in bijlage 5.

5.2.2. Deelvraag 2

Welke handelingen worden door het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei ervaren als zinloze verpleegkundige rituelen?

Deze conclusies zijn gebaseerd op de antwoorden die verkregen zijn bij vraag één van de enquête.
Uit diagram 4, hoofdstuk 4.2, kan geconcludeerd worden dat een groot aantal van het verplegend personeel handelingen rondom ‘Administratie’ en ‘Medische controles’ als zinloos ervaren.

Administratie
Op alle afdelingen wordt ‘Administratie’ in meer of mindere mate aangegeven. Hieruit kan geconcludeerd worden dat handelingen met betrekking tot ‘Administratie’ door het verplegend personeel vaak als zinloos wordt ervaren en dat dit ziekenhuisbreed speelt. Uit de nieuwe cluster onder ‘Administratie’ namelijk ‘Dubbele administratie’ kan geconcludeerd worden dat een groot aantal van het verplegend personeel, namelijk 37%, handelingen rondom ‘Dubbele administratie’ als zinloos ervaart. Uit de cluster ‘Dubbele administratie’ blijkt mede dat een groot deel, namelijk 83%, hierbij verwees naar het vele papierwerk dat dubbel is. Dit is terug te vinden in diagram 7 van de resultaten. Uit de diagrammen van vraag één van de enquête, cluster ‘Administratie’ kan geconcludeerd worden dat handeling rondom ‘Administratie’ op de Kinder- Jongerenafdeling als meest zinloos ervaren wordt. Voor het overzicht van dit diagram wordt verwezen naar bijlage 4.

Medische contoles
Uit de resultaten blijkt dat ‘medische contoles’ niet op elke afdeling als een zinloze handeling wordt ervaren. Op de afdelingen Dialyse, Intensive Care, Chirurgie 3 en Chirurgie 4 wordt ‘Medische controles’ namelijk niet benoemd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het ritueel ‘Medische controles’ niet ziekenhuisbreed als zinloos ritueel ervaren wordt.
Verder kan uit de diagrammen van vraag één cluster ‘Medische controles’, geconcludeerd worden dat ‘Medische controles’ voornamelijk op de afdelingen Gynaecologie, Urologie en Orthopedie als zinloze handeling wordt ervaren.
Diagram 8, weergegeven bij de resultaten, geeft weer welke controles door het verplegend personeel als zinloos ervaren worden. Hieruit blijkt dat 51% van het verplegend personeel die ‘Medische controles’ heeft ingevuld, beschrijft dat het om zinloze rituelen in de algemene controles gaat. Hieruit kan geconcludeerd worden dat deze 51% vindt dat onderzoek gedaan moet worden naar alle medische controles. (Voor de verklaring van het begrip ‘Algemene controles’ wordt verwezen naar hoofdstuk 4.2.2)
Uit diagram 9, weergegeven in de resultaten, kan geconcludeerd worden dat 66% van het verplegend personeel aangeeft dat zij de frequentie van de medische controles zinloos vinden.

Uit de diagrammen van vraag één kan geconcludeerd worden dat ziekenhuisbreed wisselende handelingen als zinloos ervaren worden. Dit blijkt uit de antwoorden die gegeven zijn op de verschillende afdelingen. Voor een overzicht van alle aangegeven rituelen per afdeling wordt verwezen naar bijlage 4.

5.2.3. Deelvraag 3

Welk ritueel, van de aangegeven rituelen, heeft de hoogste prioriteit om doorbroken te worden?

Zoals beschreven staat in de resultaten hebben meerdere punten meegewogen bij het opstellen van de prioriteitenlijst. Uit de resultaten blijkt dat ‘Medische controles’ vaker per dag uitgevoerd dienen te worden dan ‘Administratie’. Het verschil hierbij is minimaal, namelijk 66% om 75%. Het Elektronische Patiënten Dossier wordt eind 2009, begin 2010 ingevoerd in het Ziekenhuis Gelderse Vallei. Het is raadzaam om ‘Dubbele administratie’ te onderzoeken en doorbreken omdat het moeilijk is om ‘Dubbele administratie’ uit het Elektronische Patiënten Dossier te verwijderen als het Elektronisch Patiënten Dossier ingevoerd is. Hieruit geconcludeerd worden dat het zinloze ritueel ‘Administratie’ boven aan de prioriteitenlijst gezet dient te worden. Verder is de prioriteitenlijst opgesteld in volgorde van datgene wat het meest aangegeven is door het verplegend personeel. In de prioriteitenlijst zijn twee clusters tot één gemaakt, doordat het onderzoek bij deze clusters veel overeenstemming zal vertonen. Dit betreft de clusters ‘Disciplines’ en ‘Faciliteit’. Achtereen volgens dienen de volgende rituelen aangepakt te worden, geordend aan de hand van urgentie:

1. Administratie
   - Dubbele administratie;
     - Op papier en digitaal registreren;
     - Overig;
   - Algemene administratie;
   - Formulieren voor andere disciplines;
   - Laboratorium
   - Overig
2. Medische controles
   Opnieuw geclusterd in specifieke controles:
   - Niet specifiek een controle benoemd
   - Tempratuur (T)
   - Bloeddruk (RR)
   - Bloedsuiker (DGM)
   - Labwaarde
   - Wegen
   - Saturatie (SpO2)

   Opnieuw geclusterd in aangegeven tijden:
   - Frequentie
   - Moment op de dag
   - Overig
   - Post OK
3. LEVV
4. ADL
5. Disciplines en Faciliteit
6. In- Output

7. Verpleegtechnische handelingen
8. Overdracht
9. Tijdsplanning

5.2.4. Deelvraag 4

Met welke methode kan de Verpleegkundige Adviesraad de zinloze rituelen doorbreken?

In de literatuurstudie staan de verschillende methodes die uitgewerkt zijn, namelijk: Cozijnsen & Vrakking, Groll & Wensing, Holleman en Kotter. Aan de hand van deze literatuurstudie zijn conclusies getrokken.

Cozijnsen & Vrakking:
- er is moeizaam informatie te vinden over de methode en de informatie die te vinden is, is niet altijd even duidelijk;
- de methode is opgezet om implementatie in het algemeen te kunnen beogen. Deze methode is dus niet specifiek gericht op de gezondheidszorg;
- begrippen als: de inhoud, het proces of gedrag en de organisatie zijn de bouwstenen van deze methode. Deze uitgangspunten zijn echter moeilijk in de methode zelf terug te vinden;
- een voordeel van deze methode is dat zij rekening houdt met het personeel en hen betrekt bij de implementatie;
- ook is in deze methode de evaluatie een belangrijk onderdeel. Er wordt echter onduidelijk beschreven hoe dit gedaan moet worden.

Groll & Wensing:
- er is veel informatie over de methode te vinden;.
- de methode is specifiek voor de gezondheidssector ontworpen en is goed toe te passen om het doorbreken van rituelen te realiseren;
- in de methode wordt begonnen met een uitgebreid vooronderzoek;
- aan het eind van het proces wordt veel ruimte gegeven voor evaluatie. Binnen deze evaluatie wordt onderscheid gemaakt tussen de korte en lange termijn doelen, waardoor kritisch gekeken wordt naar het verloop van het proces en de resultaten die gerealiseerd zijn;
- de schematische uitwerking van de methode is erg helder. In de methode is duidelijk terug te zien dat er binnen de methode ruimte is om terug te gaan naar voorgaande problemen wanneer een stap niet gerealiseerd kan worden;
- een kanttekening bij de schematische weergave is dat er niet in terug te zien is dat er rekening gehouden moet worden met begrippen als cultuur, team en leiderschap. Deze begrippen worden in de uitwerking van de methode wel duidelijk beschreven.

Holleman:
- deze methode is specifiek ontwikkeld voor de zorg en gebaseerd op de hier boven beschreven methode van Groll & Wensing;
- de methode van Holleman begint met een uitgebreid vooronderzoek en is goed toepasbaar wanneer zinloze rituelen doorbroken moeten worden, doordat begrippen als rituelen en evidence-based practice integreerbaar zijn binnen deze methode;
- de methode zet duidelijk tegenover elkaar wat de praktijk is en wat evidence-based practise is en heeft op het oog het uiteindelijke integreren van evidence-based practise in de praktijk. Hierbij zijn er continu terugkoppelmomenten naar de praktijk, waardoor de implementatie

inzichtelijk en ‘dichtbij’ blijft. Het gevolg hiervan is dat rekening gehouden wordt met verschillende teams, culturen en leiderschap;
- binnen de methode wordt gebruik gemaakt van indicatoren om de kwaliteit van zorg, structuren, processen en uitkomsten kritisch te bekijken. Een nadeel is dat deze indicatoren niet (duidelijk) worden uitgelegd of onderbouwd;
- de methode eindigt met een evaluatie waarbij wordt gekeken naar de kwaliteit van de implementatie;
- een nadeel van de methode is de onduidelijke schematische weergaven van de methode. Deze schematische weergaven wijst erop dat er twee aparte processen zijn. Het is niet duidelijk hoe deze met elkaar samen hangen;
- over de methode is weinig informatie te vinden.

Kotter:
- de methode is gebaseerd op de verschillende fasen die spelen bij implementatie. Het voordeel hiervan is dat het bij alle implementaties goed gebruikt kan worden, maar tegelijkertijd is het nadeel hiervan dat er over verdere processen naast de emotie weinig tot geen informatie wordt gegeven. Over het komen tot een goede wetenschappelijke implementatie wordt bijvoorbeeld nauwelijks iets beschreven;
- de methode stelt vast dat een visie en strategie ontwikkeld moet worden, maar legt niet uit hoe dit gedaan moet worden;
- een sterk punt van deze methode is dat het personeel gestimuleerd wordt en meegekregen kan worden in de implementatie;
- de methode van Kotter is een helder en duidelijk beschreven methode, doordat bij alle stappen die worden aangegeven duidelijk wordt uitgelegd waarom en hoe de stappen genomen moeten worden.

Gezien de voor- en nadelen van de verschillende methodes is besloten om de methode van Groll & Wensing aan te houden bij het verdere onderzoek. Het voordeel van de methode van Groll & Wensing is dat meerdere boeken over dit model geschreven zijn, hierdoor wordt het zoeken naar informatie makkelijker gemaakt. Verder worden de stappen die Groll & Wensing nemen allemaal weergegeven in het schematische model, voor het model zie hoofdstuk 2.3.3. Dit geeft een helder inzicht in de stappen die genomen dienen te worden. Daarnaast is de methode specifiek gericht op implementatie in de gezondheidszorg. Omdat dit onderzoek plaats vindt in de zorg is dit model dus heel bruikbaar voor dit onderzoek. Naast de methode van Groll & Wensing kan de methode van Kotter als aanvulling gebruikt worden. De methode van Kotter is volledig gebaseerd op emoties en gaat daarom dieper in op de emoties die kunnen spelen bij het implementeren, iets waar het model van Groll & Wensing veel minder aandacht aan besteedt. Het model van Kotter neemt de omstanders mee in de verandering, iets wat bij het verplegend onderzoek belangrijk is, gezien de reacties die op dit onderzoek werden gegeven.

5.2.5. Deelvraag 5:

Wat is de volgende fase in dit onderzoek om het doorbreken van zinloze rituelen te bewerkstelligen?

De volgende fase zal het verder onderzoeken van de cluster ‘Administratie’ zijn. Het blijkt dat er op dit gebied veel verandering nodig is. Het is echter mogelijk dat een groot deel van de zinloze rituelen die aangegeven zijn door de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier opgelost zal worden. De eerste stap zal daarom zijn, het in gesprek gaan met diegenen die het

Elektronisch Patiënten Dossier ontworpen hebben. Wanneer blijkt dat een groot deel van de aangegeven ‘zinloze rituelen’ door de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier doorbroken worden, kan de cluster ‘Administratie’ met rust gelaten worden en verder gegaan worden met de cluster ‘Medische controles’. Wanneer echter blijkt dat er, ondanks de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier, veel zinloze rituelen in stand worden gehouden, zullen de zinloze rituelen van de cluster ‘Administratie’ als eerst doorbroken moeten worden. Dit zal plaats moeten vinden voordat het Elektronisch Patiënten Dossier ziekenhuisbreed doorgevoerd zal worden.

6. AANBEVELINGEN

Aan de hand van de resultaten en conclusies zijn aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen hebben als doel om de kwaliteit en voortgang van de onderzoekslijn te waarborgen. De aanbevelingen zijn opgesplitst in aanbevelingen op korte termijn en een aanbeveling op lange termijn.

6.1. Korte termijn aanbevelingen

1. Methode van Grol & Wensing.

Voor het vervolgonderzoek en het doorbreken van de zinloze rituelen wordt aanbevolen om de methode van Groll & Wensing te gebruiken. Zoals blijkt uit het antwoord op deelvraag vier van de conclusie, is de methode van Groll & Wensing de beste methode om het opsporen en doorbreken van zinloze rituelen te realiseren.

Het model van Groll & Wensing kan in de gehele onderzoekslijn aangehouden worden. Door de volgende groep kan in de schematische weergave van het model**,** begonnen worden bij ‘gesignaleerde problemen in de zorg’, waarna vervolgens het gehele schema doorlopen zal kunnen worden. Bij stap drie, vier en vijf van het model van Groll & Wensing, kan het model van Kotter ter aanvulling ingelezen worden. Zie voor de argumentatie hiervan 5.2.4.

2. De handelingen die aangegeven zijn bij ‘Dubbele administratie’ als eerst onderzoeken en doorbreken.

Zoals op de prioriteitenlijst vermeld, ligt de hoogste prioriteit bij de handelingen aangegeven bij ‘Administratie’. Doordat het Elektronisch Patiënten Dossier op korte termijn in het Ziekenhuis Gelderse Vallei doorgevoerd zal worden, is het noodzakelijk dat door de Verpleegkundige Adviesraad binnen zeer korte tijd iets gedaan zal worden met deze aanbeveling. Voordat het Elektronisch Patiënten Dossier ingevoerd wordt, dienen de punten die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen binnen het cluster ‘Administratie’ bekeken te worden en zo nodig aangepast te worden in het Elektronisch Patiënten Dossier. Om deze reden wordt aanbevolen dat de Verpleegkundige Adviesraad in gesprek gaat met diegenen die het Elektronisch Patiënten Dossier hebben ontworpen. Tijdens dit gesprek kan gekeken worden of het Elektronisch Patiënten Dossier de rituelen die vallen onder de clusters ‘Dubbele administratie’, ‘Formulieren voor andere disciplines’, administratie met betrekking tot het ‘Laboratorium’, en ‘Algemene administratie’ doorbreekt. (Zie 4.2.2. deelvraag 2).

Wanneer blijkt dat er verschillende rituelen niet doorbroken worden door invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier kan besloten worden om een nieuwe groep aan dit probleem te laten werken of het over te laten aan de ontwerpers van het Elektronisch Patiënten Dossier. Dit moet gebeuren voordat het Elektronische Patiënten Dossier ingevoerd wordt.

Wanneer blijkt dat het Elektronisch Patiënten Dossier de zinloze rituelen, aangegeven bij het cluster ‘Administratie’ doorbreekt, is het raadzaam om een jaar na de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier onder het verplegend personeel te evalueren. Dit om na te gaan of ‘zinloze rituelen’ daadwerkelijk doorbroken zijn.

Een andere aanbeveling is, het opstellen van een ziekenhuisbreed beleid wat betreft het bewaren van patiëntengegevens. Het is van belang dat voorkomen wordt dat het verplegend personeel alsnog handelingen dubbel moet gaan doen (bijvoorbeeld gegevens verwerken in het Elektronisch Patiënten Dossier en daarnaast ook noteren op papier). Dit kan voorkomen worden

door een duidelijke ziekenhuisbreed beleid op te stellen. Hier moet naar gekeken worden voordat het Elektronisch Patiënten Dossier ingevoerd wordt.

3. Onder de aandacht blijven brengen van de onderzoeksresultaten.

Op basis van de literatuurstudie en de resultaten van enquêtevraag vier en vijf kan geconcludeerd worden, dat het bij het doorbreken van de rituelen belangrijk is om het verplegend personeel nauw te betrekken bij de stappen die gezet worden. Om deze reden moet de voortgang van het onderzoek en de resultaten die behaald worden steeds opnieuw onder de aandacht worden gebracht. Een ander punt dat meegenomen dient te worden is het stimuleren van kritisch denken onder het verplegend personeel. Een mogelijke tweede meting (zie hiervoor 'lange termijn aanbeveling één) zal dan meerzeggend en vollediger worden omdat het verplegend personeel exact weet wat er onder zinloze rituelen verstaan wordt en in staat is om deze te signaleren.

4. Prioriteitenlijst afwerken.

Wanneer aanbeveling twee is opgevolgd, is het van belang dat alle andere aangegeven rituelen in de volgorde van de prioriteitenlijst doorbroken worden. Deze prioriteitenlijst is te vinden in hoofdstuk 5.2.3. Het tweede punt van de prioriteitenlijst is 'Medische controles'. Bij 'Medische controles' moet onderzocht worden wanneer zij uitgevoerd moeten worden, wat het nut is, wie wat met de medische controles doet, enzovoorts. De aanbeveling die gedaan wordt is het opstellen van een ziekenhuisbreed protocol, zodat zinloze handelingen rondom 'Medische controles' doorbroken worden. Dit onderzoek kan het beste gedaan worden door een afstudeergroep, omdat veel literatuurstudie en overleg moet plaatsvinden. Een andere reden is, dat het een groot onderzoek wordt en het daarom van belang is dat de studenten ervaring hebben met onderzoeken.

Ten derde kunnen de handelingen rondom 'ADL' onderzocht worden. Bij dit onderwerp kan onderzoek gedaan worden naar het nut van verschillende handelingen en ook de opinie van patiënten rondom 'ADL' kan onderzocht worden. Het onderzoek naar 'ADL' kan door een projectgroep gedaan worden omdat er minder vraagstellingen onderzocht moeten worden.

Als vierde kunnen de handelingen rondom 'LEVV' onderzocht worden. Hierbij kan onderzocht worden welke punten van het onderzoek van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging er spelen in het ziekenhuis en hoe deze doorbroken kunnen worden.

Als vijfde kunnen de handelingen rondom 'Disciplines' onderzocht en doorbroken worden. Hierbij kan gelijk rekening gehouden worden met de cluster 'Faciliteit'. Bij beide punten kan gekeken worden naar welke handelingen, die aangegeven zijn in de enquête, behoren tot de verpleegkundige taak en welke handelingen niet. Ook is het van belang dat onderzocht wordt wat er gedaan kan worden om ervoor te zorgen dat de functies duidelijk zijn en men zich aan de functieverdeling houdt. En er moet nagegaan worden welke externe factoren hierbij een rol spelen. Hierbij kan gedacht worden aan financiële mogelijkheden, afspraken en regels van hogerhand.

Als zesde kan onderzoek gedaan worden naar 'In- en Output'. De volgende vragen kunnen daarbij gesteld worden. Wanneer is het zinvol om een vochtbalans bij te houden, hoe betrouwbaar is een vochtbalans en welke manieren zijn er naast een vochtbalans om in- en output bij te houden?

Als zevende kan onderzoek verricht worden naar 'Verpleegtechnische handelingen'. Hierbij is het van belang dat er goed gekeken wordt naar de handelingen die aangegeven zijn door het verplegend personeel. Wanneer dit duidelijk is kan onderzoek gedaan worden naar de zin van de handelingen.

Als achtste kan onderzoek verricht worden naar ‘Overdracht’. Hierbij kunnen de volgende vragen gesteld worden. Wat voor soort overdracht is nodig om informatie duidelijk over te brengen, hoe komt informatie het best over, enzovoort.
Ten slotte kan onderzoek gedaan worden naar ‘Tijdsplanning’. Daarbij is het van belang om de handelingen helder te krijgen die bij deze cluster zijn aangegeven door het verplegend personeel. Onderzocht kan worden of de patiënt gebaad is bij de afspraken rondom tijdsplanning en of deze afspraken het werk voor het verplegend personeel vergemakkelijkt.

5. Problemen van de problemenlijst oplossen.
In dit onderzoek is er onderscheid gemaakt tussen rituelen en problemen, waarbij binnen deze onderzoekslijn alleen wordt gekeken naar de rituelen. Toch is het van belang om ook de problemen die door het verplegend personeel zijn aangegeven op te lossen, om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. De problemenlijst is te vinden in bijlage 5. Deze lijst is niet geclusterd. Voor verder onderzoek is het handig als dit wel gedaan wordt, zodat een duidelijk overzicht verkregen kan worden van de problemen die aangegeven zijn.

6.2. Lange termijn aanbevelingen

1. Herhaal enquête van zinloze rituelen.
Wanneer de korte termijn aanbevelingen zijn gerealiseerd kan men door herhaling van een enquête na gaan of verbetering heeft plaatsgevonden. In de herhaling van het onderzoek kan het verplegend personeel nogmaals bevraagd worden op het onderwerp ‘zinloze rituelen’. Wanneer het onderwerp ‘zinloze rituelen’ meer is gaan leven onder het verplegend personeel is er een grote kans dat er nieuwe zinloze rituelen opgemerkt en aangegeven worden. Wanneer er continu herhaald en geëvalueerd wordt, zullen de zinloze rituelen binnen het ziekenhuis Gelderse Vallei af gaan nemen.

7. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden enkele aspecten van dit onderzoek ter discussie gesteld. Dit is bedoeld om een inhoudelijke en persoonlijke evaluatie van de onderzoekers op te nemen in het onderzoeksverslag.

Evaluatie van de methodologische kwaliteit

- Respons en type onderzoek

Een kanttekening bij dit onderzoek is de lage respons op het onderzoek. De respons op de enquête was 22%. Doordat het onderzoek ziekenhuisbreed is opgezet bleek het erg moeilijk om de respons te verhogen. Het is in dit onderzoek gebleken dat het verplegend personeel niet persoonlijker benaderd kon worden en het lastig was om het onderwerp onder de aandacht te brengen. De respons is voldoende geweest om het onderzoek te continueren, maar een nadeel blijft dat de conclusies van dit onderzoek zijn gebaseerd op datgene wat een klein deel van het verplegend personeel aangegeven heeft.

- Contact opdrachtgever

Tijdens het onderzoek zijn er weinig terugkoppelmomenten geweest met de opdrachtgever. Door onduidelijke communicatie bleek achteraf onder het verplegend personeel minder bekend te zijn over het onderwerp ‘zinloze rituelen in de zorg’ dan gedacht. Daarnaast is er geen duidelijkheid over de tevredenheid van dit onderzoek bij de opdrachtgever.

- Vraagstelling enquêtevragen

In de enquête is gewerkt met open vragen. Het doel hiervan was om kwalitatief betere antwoorden te krijgen. Achteraf is te concluderen dat ten gevolge van de open vraagstellingen, de respons mogelijk lager is gebleven doordat open vragen het verpleegkundig personeel minder uitnodigt om de enquête in te vullen. Wanneer er teruggekeken wordt naar de opbouw en vraagstelling van de enquête kan gezegd worden dat sommige open vragen van de enquête toch beter gesloten of in meerkeuze vraag gesteld hadden kunnen worden. Dit zou kunnen bij vraag drie van de enquête. Antwoorden die als ‘soms’, ‘wisselend’ of ‘vaak’ beantwoord zijn, bleken niet goed verwerkbaar te zijn. De vraagstelling van vraag vier en vijf van de enquête bleek duidelijker gesteld te moeten worden. Er zijn bij deze vragen antwoorden gegeven die betrekking hadden op het ritueel dat benoemd was in vraag één van de enquête, terwijl dit niet de bedoeling was. Dit had mogelijk voorkomen kunnen worden door de vraagstelling scherper en duidelijker neer te zetten.

- Betrouwbaarheid resultaten op de enquête

Als tip is er in de herinnering email aan het verplegend personeel, aangegeven dat de enquête in groepsvorm ingevuld kon worden. Op twee afdelingen is hier gebruik van gemaakt wat geresulteerd heeft in een verhoogd respons. Op de afdeling Spoed Eisende Hulp is door vijf personeelsleden één enquête ingevuld en op de Kinder-, Jongeren afdeling is door vier personeelsleden één enquête ingevuld. De vraag hierbij is of dit een betrouwbaar resultaat geeft. Het is namelijk niet te controleren of de enquêtes daadwerkelijk door de hoeveelheid personeel is ingevuld als wat op de enquête staat vermeld. Daarbij is het niet zeker of datgene dat in de

enquête aangegeven wordt ook daadwerkelijk door alle personeelsleden op die manier wordt ervaren.

LITERATUURLIJST

Boeken:

- ABFAKABO FNV, CNV publieke zaken. (2006) *Beroepscode Verpleging en verzorging*. Utrecht: ABFAKABO FNV
- Cox, K., Kuiper, C., Louw, de, D., Verhoef, J., (2008) *Evidence-Based Practice voor verpleegkundigen* Den Haag: Uitgeverij LEMMA
- Cozijnsen, A.J., Vrakking, W.J. (1995) *Ontwerpen en invoering* Alpen aan den Rijn: Samsom Bedrijfs Informatie
- Cozijnsen, A.J., Vrakking, W.J. (2003) *Handboek verandermanagement* Deventer: Kluwer
- Craig, J.V., Smyth, R.L. (2007) *The Evidence –Based Practice Manuel for Nurses.* London: Elsevier
- Dijkstra, W., Smit, J. (1999) *Onderzoek met een vragenlijst*. Amsterdam: VU uitgeverij
- Everdingen, van, J.J.E., Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., Barneveld, va, T.A., Klundert, van de, J.L.M.,(2004) *Evidence-Based richtlijnontwikkeling.* Houten: Bonh Stafleu van Loghum
- Groll, R., Wensing, M. (2006) *Implementatie.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Jong, de, J.H.J., Kerstens, J.A.M., Vermeulen, M.M., (2003) *Handboek verpleegkunde.* Houten: Bonh Stafleu van Loghum
- Kotter, J.P., Cohen, D.S. (2002) *Het hart van de verandering.* Schoonhoven: Academic Service
- Plas, M., Batink, J. (2008) *Doorbreek de rituelen in de zorg.* Utrecht: LEVV
- Schreuder Peters, R.P.I.J. (2005) *Methoden & Technieken van onderzoek.* Den Haag: Uitgevers bv.
- Steehouder, M., Jansen, C., Maat, K., Staak, van de, J., Vet, de, D., Witteveen, M., Woudstra, E., (1999) *Leren Communiceren.* Groningen: Wolters-Noordhoff
- Vaus, D. d., (2001) *Research Design in Social Research.* London: Sage Publications Ltd
- Verhoeven, N. (2007) *Wat is onderzoek?.* Amsterdam: Boom onderwijs
- Walsh, M., Ford, P. (1993) *Nursing Rituals.* Oxford: Butterworth Heinemann

Artikelen:

- Beelen, A. v., (1998) Gewoontes, een kwestie van nadenken. *Verpleegkunde nieuws,* 24 juni, p.24-27
- Eliens, A., (2005) Weg met rituelen bij richtlijnontwikkeling. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice,* nummer 3, p.16-17
- Goossens, A., Ubbink, D., Vermeulen, H., (2007) Nut en noodzaak van het communiceren van “evidence”. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, nummer 4
- GPD, (2009) Nutteloze rituelen in het ziekenhuis: scheren en laxeren. *Leeuwarder Courant,* 10 januari
- Holleman, G., Tol, van, M., (2007) Implementatiecoach Verpleging en Verzorging: succesvol innoveren. *TVZ tijdschrift voor verpleegkundigen.* Maart. 117 (nr. 3), p. 28-30
- Holleman, G., Tol, van, M., (2008) Eerste lichting implementatiecoaches sluit leertraject af : coaching als implementatiestrategie. *TVZ tijdschrift voor verpleegkundigen.* Jan. 118 (nr. 1) p. 28-30
- Knops, A., (2007) Verpleegkundigen verslaafd aan EBP? *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, nummer 3

- Mank, A., Semin-Goossens, A. (2003) Rituelen en evidence-based handelen in de verpleging: tegenstelling of aanvulling? *Handboek Zorgvernieuwing,* augustus
- Philpin, S.M., (2002) Rituals and nursing. *Journal of Advanced Nursing.* Apr. 38(2) p.144-155
- Plas, M., Hunink G., (2008) Zinloze rituelen. *Critical Care,* jaargang 05 nummer 6, p. 10-13
- Vermeulen, M., (2008) Veel verpleegmethoden zinloos; Scheren van patiënten voor een operatie is onnodig en soms zelf schadelijk. *Volkskrant,* 1 februari
- Wijngaarden, A. v., (2009) Heel wat rituelen in ziekenhuis zijn onnodig. *Dagblad van het Noorden,* 10 januari

Rapporten:

- Plas, M., Engelshoven, I., Mintjes – Groot, de, J.,(2008) *Doorbreek de rituelen.* Utrecht: LEVV
- Poot, E., (2005) *Indicatoren voor verpleegkundige en verzorgende in verpleeghuizen*. Intern rapport AVVV en LEVV
- Vermeulen, G., Grupstra, W., (2008) *Studenten handleiding HBO-V onderzoekslijnen Ziekenhuis Gelderse Vallei*, Christelijke Hogeschool Ede en Ziekenhuis Gelderse Vallei

Websites:

- www.fni.nl; zoekterm: professionalisering, verkregen op: 25 maart 2009
- www.LEVV.nl; zoekterm: zinloze rituelen, verkregen op: 23 februari 2009
- www.wetboek-online.nl; zoekterm: zinloze handelingen, verkregen op: 19 maart 2009

BIJLAGE

Bijlage 1	Enquête
Bijlage 2	Literatuurstudie
Bijlage 3	Burgerlijke Wetboek en Beroepscode Verpleging verzorging
Bijlage 4	Resultaten
Bijlage 5	Prioriteitenlijst
Bijlage 6	Lijst rituelen en problemen
Bijlage 7	Verantwoording clusternamen
Bijlage 8	Poster aankondiging enquête
Bijlage 9	Herinnering email enquête
Bijlage 10	Bedank email na afsluiting onderzoek
Bijlage 11	Poster aankondiging presentatie
Bijlage 12	Leerrendement verslag

Bijlage 1 Enquête

Aan het verplegend personeel van het Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Ede, 23 maart 2009
Betreft: enquête zinloze rituelen

Beste verzorgende/verpleegkundige,

Bijgaande enquête wordt afgenomen in opdracht van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) van het Ziekenhuis Gelderse Vallei. De resultaten van deze enquête vormen een belangrijk onderdeel van het onderzoek dat wij op dit moment voor de Verpleegkundige Adviesraad uitvoeren. Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van rituelen die door u, als verplegend personeel, als zinloos worden ervaren.

> *Onder zinloze rituelen verstaan wij:*
> *'een algemeen aanvaarde routinematige handeling die ontkracht kan worden op basis van wetenschappelijke inzichten op het vakgebied.'* (LEVV, 2008)

Op basis van de resultaten schrijven wij een advies aan de Verpleegkundige Adviesraad, zodat de door u aangegeven zinloze rituelen doorbroken kunnen worden.

Deze enquête wordt anoniem afgenomen. Het invullen van de enquête kost u ongeveer 5 minuten. Graag ontvangen wij de door u ingevulde enquête uiterlijk **6 april** terug. U kunt de ingevulde enquête inleveren in de daarvoor bestemde doos in de teampost bij u op de afdeling. Wij vragen u uw deelname aan het onderzoek te bevestigen, door een paraaf te plaatsen op de aftekenlijst die op de doos bevestigd is.

De resultaten van dit onderzoek worden **11 juni** aan u gepresenteerd. U bent van harte uitgenodigd om bij deze presentatie aanwezig te zijn. Nadere informatie hierover volgt te zijner tijd.

Hartelijk bedankt voor uw bijdrage aan dit onderzoek.

Krista Bont
Carolien de Jongh
Marieke Ruiter
4de jaar HBO-Verpleegkunde Studenten aan de Christelijke Hogeschool te Ede

1. Wat zijn volgens u, binnen het ziekenhuis, **zinloze** verpleegkundige rituelen?
   (Hierbij kunt u denken aan: administratieve taken, communicatie met patiënten, collega's, en andere disciplines, uitvoering van de ADL, verpleegtechnische handelingen, coördinatie van zorg, etc.)

……

……

……

……

……

2. Waardoor worden de door u aangegeven **zinloze** rituelen in stand gehouden?

……

……

……

……

……

3. Hoeveel keer per week wordt van u verwacht, dat u deze **zinloze** verpleegkundige rituelen uitvoert?

……

……

……

……

……

4. Op welke manieren kunnen volgens u, deze **zinloze** rituelen doorbroken worden?

……

……

……

……

……

5. Wat zou u, met betrekking tot dit onderwerp, aan de Verpleegkundige Adviesraad willen adviseren?

……

……

……

……

……

Bijlage 2 Literatuurstudie

2.1 Zinloze rituelen

Het verplegend beroep is sinds de 19e eeuw een echt vak geworden. Tot die tijd werd er verpleegd zonder opleiding of diploma. Ervaring en praktisch inzicht was veel belangrijker dan een opleiding of diploma. Pas na 1880 zien we dat er behoefte komt aan opgeleide verpleegsters en daarmee kan de echte professionalisering beginnen. Belangrijke kenmerken van die beroepsontwikkeling zijn de verpleegstersopleiding, het diploma, het insigne, het uniform, een vakblad en een beroepsorganisatie. (Florence Nightingale Instituut, 2009)
Het begrip rituelen in de verpleging is in de jaren 80 van de vorige eeuw geïntroduceerd door Walsh en Ford (1989). Zij omschrijven rituelen als gewoontehandelingen, handelingen die al jaren op dezelfde wijze worden uitgevoerd, zonder wetenschappelijke onderbouwing. (Plas, M., Hunink, G., 2008)

Definities
Het Landelijk Expertisecentum Verpleging en Verzorging heeft aan het begrip rituelen de volgende definitie gegeven:
‘Een ritueel binnen de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep is een algemeen aanvaarde routinematige handeling die niet onderbouwd is met wetenschappelijke inzichten op het vakgebied maar gebaseerd is op gewoonten en traditie.’ (LEVV, 2008)

Een zinloos ritueel binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening wordt als volgt gedefinieerd:

‘Een zinloos ritueel is een algemeen aanvaarde routinematige handeling die ontkracht kan worden op basis van wetenschappelijke inzichten op het vakgebied. (LEVV, 2008)

Rituelen kunnen zowel zinvolle functies hebben als zinloze functies. Positieve functies van rituelen zijn dat ze houvast bieden, orde scheppen en onderling verbondenheid creëren. De negatieve kanten van rituelen zijn echter dat het vaak uit onnodige handelingen bestaat, dat ze vooruitgang in de weg staan en dat ze soms zelfs schadelijk zijn. (Mank&Semin-Goossens 2003)

Oorzaak instandhouding zinloze rituelen
Er zijn verschillende oorzaken waardoor zinloze rituelen binnen de gezondheidszorg in stand worden gehouden:

- de resultaten van onderzoek bereikt de praktijk van de verpleegkundigen onvoldoende;
- men is te zeer gewend geraakt aan bepaalde handelingen.

Onderzoek Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging is in 2007 een onderzoek gestart naar zinloze rituelen in de zorg. Het doel van desbetreffend onderzoek was om de zinloze rituelen op te sporen en te doorbreken.
Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging heeft het onderzoek gericht op verpleegkundige handelingen, omdat verpleegkundigen de grootste beroepsgroep vormen in het ziekenhuis. Verpleegkundigen staan bovendien het dichtst bij de patiënten. De manier waarop verpleegkundigen hun beroep uitoefenen, is in sterke mate bepalend voor de kwaliteit van de zorg. Om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, is het van belang dat het handelen van verpleegkundigen zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd is. Onderzoek wijst uit dat verpleegkundigen op dit moment echter een aantal handelingen verrichten waarvan inmiddels

wetenschappelijk is aangetoond dat ze niet zinvol zijn. Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging heeft 18 zinloze rituelen naar voren gebracht.
Deze zijn als volgt:

- gebruik van een schapenvacht ter preventie van decubitus;
- inpakken van hielen en ellebogen met vette watten en zwachtels ter preventie van decubitus;
- massage ter preventie van decubitus;
- gebruik van hielringen of met water gevulde operatiehandschoenen ter preventie van decubitus;
- ijzen en föhnen ter preventie van decubitus;
- het gebruik van een windring ter preventie van decubitus;
- verblijfskatheter bij incontinentie ter preventie van decubitus;
- föhnen bij de preventie en behandeling van smetten;
- gebruik van poeders en pasta's bij de preventie en behandeling van smetten;
- routinematig cliënten fixeren in het kader van valpreventie;
- routinematig fixeren en separeren in de geestelijke gezondheidszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg;
- standaard preoperatief scheren;
- patiënten vanaf 24.00 uur nuchter houden voor een operatie;
- routinematig gebruik van neusmaagsonde na een buikoperatie;
- preventief laxeren met lactulose na cardiothoracale operaties;
- routinematig tempen van postoperatieve patiënten;
- desinfecteren van de huid voor injecties;
- standaard bijhouden van een vochtbalans bij patiënten met een zware cytostaticakuur.

Doorbreken van zinloze rituelen
Het uitbannen van zinloze rituelen is niet eenvoudig. Het gaat om handelingen die al geruime tijd uitgevoerd worden, het is een routinematige handeling geworden. (Vermeulen, 2006)
De eerste stap bij het doorbreken van zinloze rituelen is bewustwording en een kritische houding ten aanzien van verpleegkundige handelingen. Echter zonder invoering van evidence-based practice is het onmogelijk om zinloze rituelen daadwerkelijk te doorbreken. (Hamers en van Achterberg, 2005).

Door het onderzoek van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging vindt op dit moment de implementatie van evidence-based practice binnen de verpleegkundige beroepsgroepen overwegend plaats via scholing of via publicaties, presentaties en werkconferenties. (Halfens en van Linge, 2003) Dit bevordert wel de kennis van verpleegkundigen, maar heeft weinig effect op gedragsverandering. Wat vaak ontbreekt, is kennis over hoe evidence-based practice ingevoerd dient te worden in de praktijk en over hoe inhoudsdeskundigen daarbij betrokken kunnen worden. Een stappenplan om de rituelen te doorbreken, kan hierbij een hulpmiddel zijn.

2.2 Evidence-based practice

Evidence-based practice is geïntroduceerd en bekend gemaakt in 1992 door een groep wetenschappers van McMaster's University in Hamilton Canada. De behandelingen werden vanaf toen niet meer gebaseerd op ervaring maar op een combinatie van feiten, deskundigheid en argumentatie. Dit wordt evidence-based medicine genoemd. Een van de andere grondleggers van evidence-based medicine is Archie Cochrane. 'Zijn veronderstelling was dat de kwaliteit van het medische handelen zou verbeteren als het handelen zou berusten op bewijsvoering via randomized controlled trials.' (Cox e.a. 2008) Zijn veronderstelling is in deze tijd nog steeds terug te vinden in de gezondheidszorg. Het begrip evidence-based medicine is verruimd naar evidence-based practice, dit benadrukt dat het niet alleen gaat om medische beroepen maar ook om de zorg in de praktijk. (Everdingen 2004 en Cox e.a. 2008)

In 1999 werd de eerste definitie van evidence gemaakt. Die in 2003 werd opgevolgd door de volgende definitie:
'any data or information, whether solid or weak, obtained through experience, observational research or experimental work (trials). This data or information must be relevant either to the understanding of the problem (case) or the clinical decisions (diagnostic, therapeutic, or care-oriented) made about the case' (Jenicek, 2003)

Definities
In de literatuur worden er veel definities gegeven van evidence-based practice. De volgende definities worden gevonden in de literatuur:

'Evidence-based health care involves using a combination of clinical expertise and the best available research evidence together with patient preferences, to inform decision-making.' (Flemming, 1997)

'Providing care to patient for which there is evidence of clinical effectiveness is the cornerstone of evidence-based practice. Evidence may come from research, audit, feedback from patients and expertise.' (RCN, 1996)

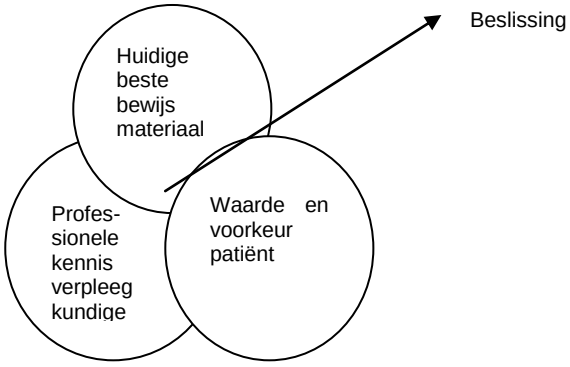
'Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal en evidence om beslissingen te nemen met individuele patiënten om de zorgverlening te verbeteren. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele professionele kennis van de behandelaar, de wens en voorkeur van de patiënt met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematische onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol.' (Cox e.a. 2008)

Het is van belang om het begrip evidence niet alleen te definiëren maar ook om het te vertalen. Het Engels maakt onderscheid in proof en evidence. Proof kan vertaald worden als onomstotelijk bewijs en evidence als 'gives reason for believing something'. Beide worden in het Nederlands vertaald als bewijs, dit zorgt er voor dat het onderscheid verloren gaat terwijl het wel belangrijk is.

Verklaring begrip evidence-based practice
Vanuit het perspectief van Evidence-based practice zijn klinische ervaring en systematische ervaringskennis niet voldoende, maar wel onmisbaar. In de empirische wetenschap (natuurkunde, chemie, biologie, psychologie en sociologie) spreekt men van bewijs als de zin van kans: er is een kans dat bijvoorbeeld 95 procent dat wat gevonden is niet op toeval berust.

Evidence is niet gelijk aan bewijs zoals ze dat in de empirische wetenschap kennen. Evidence is geobjectiveerde, empirische kennis die onderdeel is van een bewijsvoering of argumentatie.
Evidence-based practice betekend dus niet letterlijk ‘gebaseerd op wetenschappelijk bewijs’ maar duidt vooral de methode aan waarop het bewijs wordt gezocht. Zelfs in de gevallen waarbij de zoektocht geen of gebrekkig bewijs oplevert, spreken we nog van evidence-based practice. Hieruit kan geconcludeerd worden dat gezocht moet worden naar het ‘best evidence’ voor het oplossen van klinische problemen ofwel onderbouwing zoeken voor keuzes in de verpleegkundige zorg. (Everdingen 2004)
Toch wordt evidence vaak gebruikt als term voor wetenschappelijk bewijs. Dit komt doordat evidence-based practice ontstaan is in de medische professie die de meeste waarde hecht aan interventies waarvan de effectiviteit bewezen is door middel van experimenteel onderzoek. ‘Maar voor verpleegkundigen geldt veelal dat effectiviteit van de zorg belang van een behandeling niet alleen gedemonstreerd wordt door een oorzaak-en-gevolgrelaties, maar ook door intuïtie, ervaring, getuigenissen, persoonlijke observaties, cases en analogieën.’ (Cox e.a. 2008)

Schematisch weergegeven gaat het bij evidence-based practice om het volgende:
- het huidige beste beschikbare bewijs;
- de kennis en ervaring van de verpleegkundige;
- de waarde en voorkeur van de individuele patiënt.



In het zoeken naar bewijsmateriaal om de interventies evidence-based practice te kunnen onderbouwen kan onderscheid gemaakt worden. Deze hiërarchie kent vijf niveaus:
1. systematische review of meta-analyse van RCT’s (Randomized Controlled Trials);
2. gerandomiseerde gecontroleerde trials;
3. gecontroleerde klinische trials(clinical controlled trials);
4. niet-experimentele (kwalitatieve, beschrijvende) studies;
5. mening van deskundigen of ‘algemeen aanvaard’ handelen. (Cox e.a. 2008)

‘Hoe hoger in de hiërarchie hoe ‘beter’ het bewijs. Deze hiërarchie wordt verklaard doordat de typen onderzoek die lager in de hiërarchie staan, gevoeliger zijn voor subjectiviteit of beïnvloeding’. (Cox e.a. 2008)
Randomized Controlled Trials (RCT’s) is ‘onderzoek waarin het effect van een interventie wordt vergeleken met dat van een controle-interventie en waarbij aselecte toewijzing (randomisatie) van patiënten aan de interventiegroep en controlegroep wordt toegepast’. (Offringa e.a. 2000)

1. Systematische reviews zijn overzichtsartikelen van gegevens uit meerdere onderzoeken. Een systematic review gaat uit van een duidelijke vraagstelling , een zorgvuldige zoekstrategie, een beoordeling van de kwaliteit van de onderzoeken die zijn gebruikt, en een transparante

presentatie van de resultaten. Reviews en meta-analyses zijn de meest betrouwbare bewijzen.

2. Bij gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) worden de deelnemers aan het onderzoek willekeurig (at random) toegewezen aan de onderzoeksgroep of de controlegroep. Dit betekend dat elke deelnemer een even grote kans maakt om in een van beide groepen te komen. Hierdoor is het niet mogelijk om de 'beste' deelnemers uit te zoeken.

3. Bij een gecontroleerd klinische trial wordt, net als bij de gerandomiseerde gecontroleerde trial, onderzoek gedaan bij de onderzoeksgroep en de controlegroep. Het verschil is dat bij gecontroleerd klinische trial de deelnemers niet willekeurig aan een groep toegewezen worden. Hiervoor kunnen uiteenlopende reden zijn, zoals een patiënt weigert de behandeling of deelnemers wonen in verschillende gebieden en worden in verschillende centra behandeld.

4. Bij niet-experimentele studies wordt, in tegenstelling tot systematische reviews, gerandomiseerde gecontroleerde trials en gecontroleerde klinische trials, alleen onderzoek gedaan bij de onderzoeksgroep. De controlegroep wordt buiten beschouwing gelaten. Onder niet-experimentele studies vallen pre-/posttest design, en onderzoek bij een cohort van patiënten die, zowel voor als na een interventie, onderzocht wordt.

5. Mening van deskundigen of 'algemeen aanvaard' handelen wordt vooral gebruikt als er weinig tot niks gepubliceerd is over een onderwerp of binnen een beroepsgroep. Het raadplegen van deskundigen kan dan een goede manier zijn om bewijs te verzamelen. (Cox e.a. 2008)

Evidence-based practice in de praktijk

Waneer er vanuit evidence-based practice gewerkt wordt is het van belang dat het gecommuniceerd wordt met alle betrokken disciplines maar ook tussen arts/verpleegkundige en patiënt. Het communiceren van evidence door verpleegkundigen leidt tot:

- afname van variatie in verpleegkundige zorg;
- eenduidigheid binnen beroepsgroep;
- professionalisering van de beroepsgroep;
- professionalisering van multidisciplinaire communicatie;
- verbetering van de kwaliteit van zorg. (Everdingen 2004)

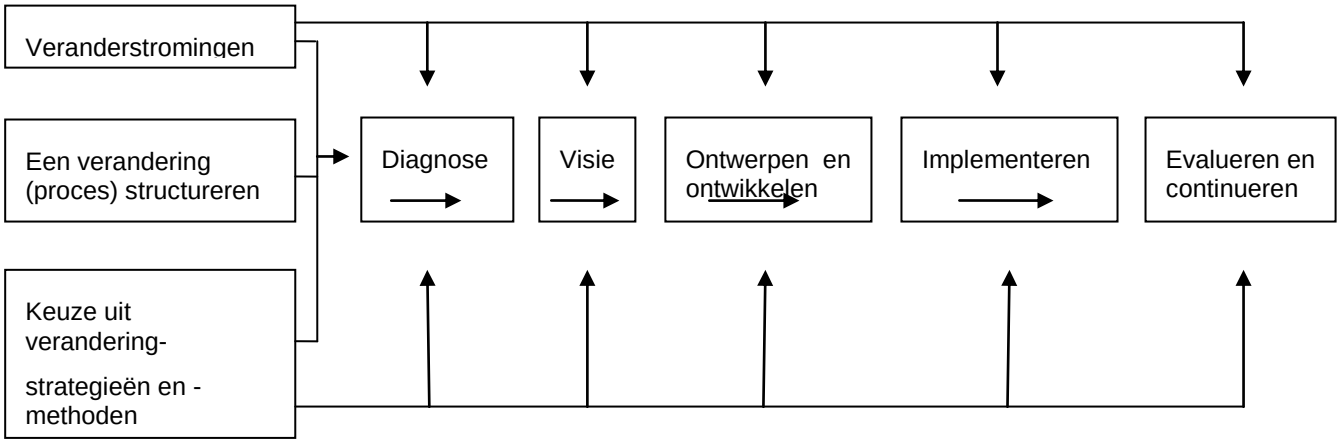
In de literatuurstudie is onderzoek gedaan naar verschillende implementatiemethodes die het Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging heeft gebruikt bij hun onderzoek naar zinloze rituelen. Dit, omdat er ook binnen dit onderzoek een methode nodig is die gehanteerd zal kunnen worden bij het doorbreken van de zinloze rituelen.

2.3 Methode van Cozijnsen & Vrakking

Cozijnsen & Vrakking hebben in 1995 een zeven-stappenplan ontwikkelend om verandering te bewerkstelligen. In 2003 hebben zij enkele stappen samengevoegd en is het vijf-stappenplan ontstaan. Volgens Cozijnsen & Vrakking gaat het bij organisatieverandering om drie cruciale bouwstenen:

- de inhoud;
- het proces of het gedrag;
- de organisatie.

Het vijf-stappenplan van Cozijnsen & Vrakking is hieronder schematisch weergegeven. Onder het schematische vijf-stappenplan wordt elke stap nader toegelicht.



Veranderstromingen:
Er zijn verschillende stromingen die een relevante bijdrage kunnen leveren. Deze stromingen zijn divers en specifiek per periode van jaren terug te vinden. Als belangrijkste veronderstelling hierbij geldt het adagium: ‘Veranderen en met name succesvol veranderen blijft mensenwerk.’

Een verandering (proces) structureren:
Planning en beheersing worden steeds meer nodig doordat veranderingen complexer worden en de succesvolle doorvoering hogere eisen stelt aan mens en organisatie. Om een veranderingstraject echt beheersbaar te maken moet men allereerst enig inzicht krijgen in zo’n traject. Diverse planning- en fasenmodellen staan de veranderingsdeskundige ter beschikking. Voorbeelden hiervan zijn; Wilkening (1949), Rogers (1962), Lewin, Blake & Mouton (1962) en Shepard (1964).

Keuze uit veranderingsstrategieën en –methoden:
Onontbeerlijk bij geplande verandering is inzicht in veranderingsprocessen. Pas daarna kan er ook gericht sturing worden gegeven. Verschillende veranderingsstrategieën en –methoden geven daar invulling aan. Een veranderstrategie word gedefinieerd als een doelgerichte en doelbewuste overweging om met een optimaal effect een wenselijke geachte verandering, met gebruikmaking van een samenstel van methoden, in een organisatie in te voeren en daarbij zo min mogelijk

weerstand op te roepen. De succeskans wordt groter als in een veranderingssituatie op het juiste moment het meest passende instrumenten gekozen worden.

Diagnose:
Diagnose stellen is de eerste fase van een veranderingproces. Met deze stap worden de interne of externe problemen duidelijk gemaakt die spelen binnen het bedrijf. De uitkomst moet een heldere analyse zijn van de echte problemen, zodat deze de noodzaak tot veranderingen laat zien. Tevens heeft deze stap ook de functie om te bepalen over welke mogelijkheden een organisatie beschikt om de veranderingen effectief tegemoet te treden. Er wordt dan gesproken over de verandercapaciteit. Door enerzijds de verandering en anderzijds de verandercapaciteit vast te stellen wordt er duidelijk welke kloof er te overbruggen valt. Om betrokkenheid te garanderen dienen de analyses van de diagnoses niet alleen helder en logisch te zijn maar ook toegelicht en doorsproken te worden. Waar de informatie relevant is voor een bepaalde doelgroep kan deze ook goed herkenbaar worden gemaakt voor die specifieke praktijksituatie. Hiermee word de eerste stap gezet om de betrokkenen bewust te maken van de noodzaak tot veranderen.

1. Visie:
Bij deze stap wil degene die verantwoordelijk is voor het veranderingproces samen met de betrokkenen zicht krijgen op de toekomstgerichte visie en strategie die de organisatie wil nastreven en hoe dit bereikt kan worden. Visie wordt vanzelfsprekend van de leidinggevende verwacht, maar daarbij kan een bijdrage geleverd worden van mensen die dagelijkse met het operationele niveau te maken hebben. Tijdens het opstellen van de visie moet rekening gehouden worden met voorafgestelde criteria, zoals duurzaamheid.

2. Ontwerpen en ontwikkelen:
In deze fase van het veranderingproces wordt de verdere invulling van de veranderingsdoelen gespecificeerd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen structurele vernieuwingen en culturele veranderingen. Hierbij wordt gezocht naar de meest eenvoudige structuren om de visie te kunnen realiseren. De structuren dienen motiverend te werken op alle betrokken partijen. Om dit te realiseren zullen de structuren in sommige gevallen samen met de betrokken partijen ontwikkeld worden. Ook voor culturele veranderingen is het goed om samen met de medewerkers te definiëren welke belemmeringen uit de weg geruimd dienen te worden en welke discussies er nodig zijn om onderliggende gewoontes, overtuigingen en verwachtingen helder te krijgen. Vervolgens moet worden nagegaan welke interventies verricht moeten worden om de nieuwe cultuur te doen ontstaat.

3. Implementeren:
Het implementeren is vaak de moeilijkste stap. Dit komt omdat de uitkomsten van de voorgaande fase niet altijd even duidelijk zijn. De uitdaging van het implementeren is het herkenbaar maken van ingewikkelde methodelen zodat deze herkend worden door mensen en zij een link kunnen leggen tussen de methodelen en de praktijk. Bij het implementeren zijn meerdere punten belangrijk, namelijk begrijpen welke wijzigingen in de praktijk plaats moeten vinden en welke veranderingen er nodig zijn in eigen gedrag. Openstaan voor leersituaties is dan ook van groot belang in deze fase.

4. Evalueren en continueren:
Aan het eind van het veranderingproces wordt geëvalueerd zodat de balans opgemaakt kan worden tussen datgene wat als doelstelling is beschreven en datgene dat daadwerkelijk bereikt

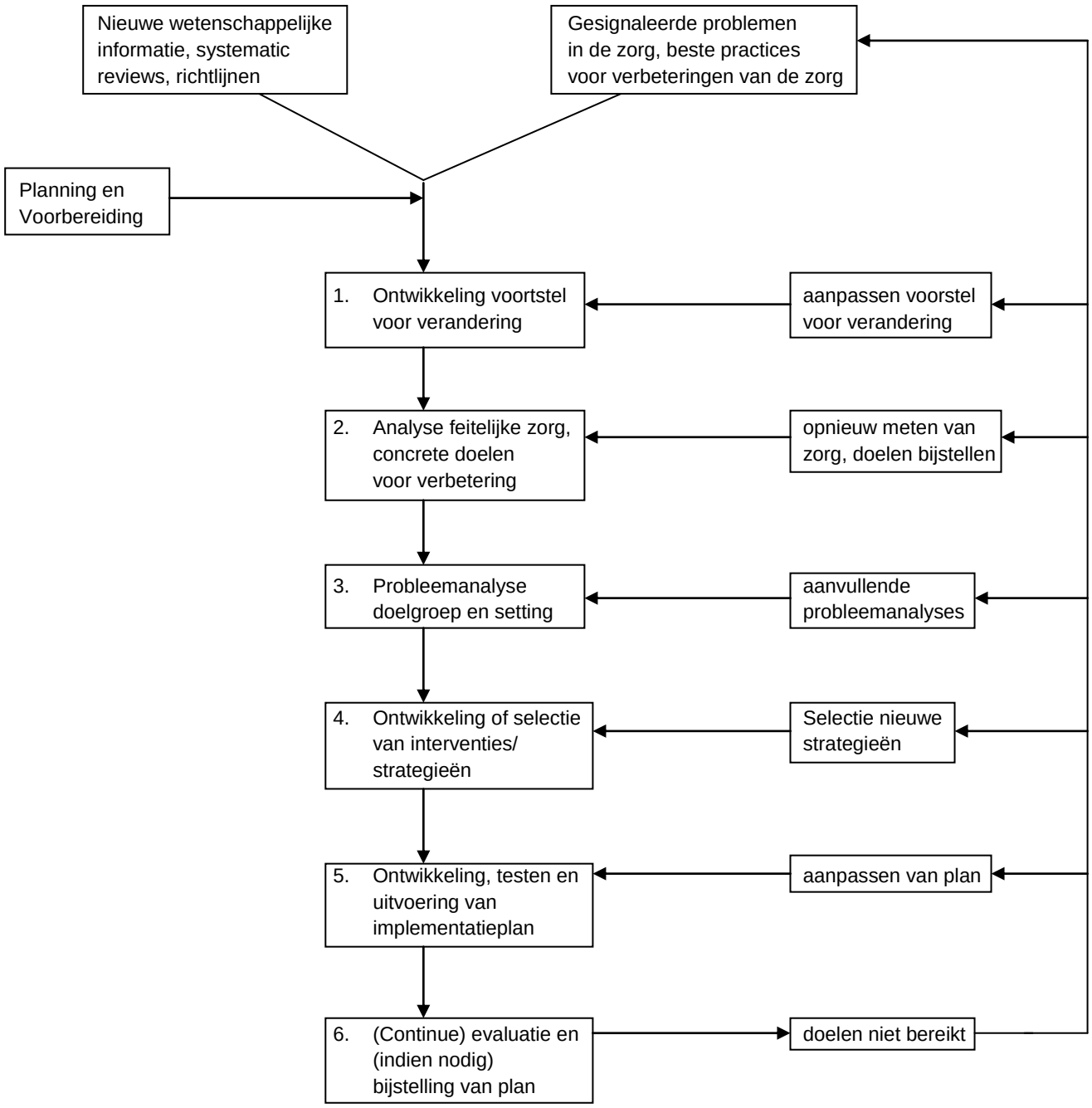
is. Evalueren is in elke fase belangrijk maar aan het eind va het veranderingproces een absolute must. Bij de evaluatie kan blijken dat er nog oneffenheden in het proces zitten of dat er nog te weinig resultaten behaald zijn. Bij de laatste evaluatie kan dan geconcludeerd worden dat het veranderingproces gecontinueerd moet worden. Ook zal er na enige tijd gekeken moeten worden in hoeverre de aanpassingen ook daadwerkelijk in het gedrag van betrokkenen verankerd zijn. Het risico is en blijft dat betrokkenen na de formele afronding van een veranderingproces weer terug vallen in hun oude gewoonten. In deze fase is het van belang dat alle betrokkenen, betrokken blijven bij de verandering en bekendmaking van de resultaten. Grafieken van de verbeterresultaten, een schouderklopje of een ´materiële beloning´ kan een mooie afsluiting zijn van een veranderproject, mits de oorspronkelijke verwachtingen ook uitgekomen zijn.

2.4 Methode van Grol en Wensing

In 1994 hebben Grol en Wensing hun eerste implementatieplan geschreven, in 2004 is deze herzien en op basis van wetenschappelijke, theoretische en praktische kennis hebben zij in 2006 opnieuw verbetering aangebracht. Het implementatieplan van Grol en Wensing richt zich op de implementatie van uiteenlopende veranderingen en verbeteringen in de zorg, namelijk:

- de invoering van goed onderzochte of geteste werkwijzen, technieken, zorgprogramma’s en preventieve programma’s;
- de invoering van richtlijnen voor de praktijk;
- de invoering van zorgprotocollen, zorgprogramma’s en interventies die een verbetering aanbrengen in de patiëntenzorg;
- het uitbannen van ongewenste routines en verminderen van ongewenste variaties in de zorg.

De methode ziet er als volgt uit:



1. Ontwikkeling voorstel voor verandering:

Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk is de eerste stap in de methode van Grol.

Nieuwe werkwijze, richtlijnen en protocollen voor effectieve en doelmatige zorg en nieuwe waardevolle technieken zijn niet-commerciële innovaties. Dit betekend dat van te voren niet bekend is of zorgverleners op de innovatie zitten te wachten.

Een succesvolle innovatie heeft volgens Rogers (1995) de volgende kenmerken:

- ze levert meer voordelen op dan de bestaande werkwijze;
- ze is congruent met bestaande normen en waarden ten aanzien van goede zorg;
- ze is goed te begrijpen, de invoering wordt als haalbaar en als niet moeilijk gezien;

- er kan op beperkte schaal mee worden geëxperimenteerd alvorens er tot echte invoering wordt overgegaan;
- de resultaten van de nieuwe werkwijze zijn goed zichtbaar, ook voor anderen.

2. Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering:

Voordat er begonnen wordt aan de probleemanalyse zal de huidige situatie eerst in kaart gebracht moeten worden. De volgende vragen kunnen dan gesteld worden:

- welke zorg wordt nu geleverd;
- is de zorg conform de voorgestelde werkwijze;
- waar liggen de belangrijkste afwijkingen;
- welke aspecten van de voorgestelde zorgverlening zijn al voldoende geïmplementeerd.

Het is goed om de zorgverleners de discrepantie tussen optimale zorg en feitelijke zorg op de hoogte te brengen. Vaak overschatten de zorgverleners hoe goed zij op de hoogte zijn van de feitelijke zorg die gegeven wordt. Door de discrepantie helder te krijgen zal dit bij de zorgverleners ‘sense of urgency’ creëren. Dit wil zeggen dat zij gaan beseffen dat het belangrijk is en dat er snel wat aan het verbeterpunt gedaan moet worden. Om de feitelijke zorg in kaart te kunnen brengen zijn de volgende stappen nodig:

- indicatoren waarmee men de gewenste wijze van werken op een valide manier kan meten;
- deugdelijke methoden voor de verzameling van gegevens;
- inzichtelijke en acceptabele vormen van feedback aan de doelgroep: feedback die aanzet en motiveert tot deelname aan een veranderingsproces;
- formuleren van concrete doelen van verandering.

3. Probleemanalyse van doelgroep en setting:

In deze stap wordt helder gemaakt wat de context is waarbinnen de verandering plaats vindt, de kenmerken van de doelgroep en wat de bevorderende en belemmerende factoren zijn. Deze stap is belangrijk voor de rest van het implementatieplan. De probleemanalyse kan betrekkingen hebben op de volgende punten:

- de achtergrond van de implementatie: wie wil welke verandering om welke redenen;
- segmenten binnen de doelgroep: in welke fase van de verandering bevinden deze zich;
- de belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot de verandering.

4. Ontwikkeling of selectie van implementatie/strategieën:

Voor de verschillende fasen tijdens het implementeren zijn vaak verschillende strategieën nodig, namelijk:

- disseminatie: vergroten van de belangstelling voor de kennis van de innovatie, en bevordering van een positieve houding en van de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze;
- implementatie: bevorderen van de feitelijke toepassing in de praktijk en ervoor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routine.

5. Ontwikkelen, testen en uitvoeren van de het implementatieplan:

Bij het maken van het implementatieplan moet aandacht besteed worden aan een effectieve disseminatie en het bevorderen van de acceptatie. In de planning van het concrete implementatieplan kan er aan de volgende punten gedacht worden:

- beginnen met een beperkte groep gemotiveerde personen. Het implementatieplan en de diverse interventies worden getest op hun geschiktheid en haalbaarheid, en worden op basis van de ervaring bijgesteld;

- planning volgens de verschillende fasen van het veranderingsproces: wat moet er nog gedaan worden om bepaalde subgroepen te informeren en te interesseren? Wat moet er worden gedaan om weerstanden weg te nemen en wat er nodig is om een verandering in te bouwen in bestaande zorgprocessen?
- betrekking van de doelgroep: naast dat het belangrijk is om de doelgroep te betrekken bij de ontwikkeling en het analyseren van het implementatieplan, kan de doelgroep ook betrokken worden bij het opstellen en testen van het implementatieplan;
- planning van activiteiten: een duidelijk en helder tijdpad wordt uitgezet en de activiteiten worden in een logische volgorde geplaatst;
- verdeling van taken en verantwoordelijkheden: er worden afspraken gemaakt om de taken te verdelen en er worden afspraken gemaakt over wie waar controle op zal uitoefenen;
- Er worden korte- en lange termijndoelen opgesteld ten aanzien van het plan, deze doelen worden gebruikt voor de continue evaluatie.

6. Evaluatie en (eventueel) bijstellen van het plan:

Bij de evaluatie worden de korte- en lange termijndoelen geëvalueerd. In de evaluatie kan blijken dat de doelen niet zijn bereikt, de volgende stappen zijn dan mogelijk:

- aanpassing van het voorstel voor implementatie;
- opnieuw meten van de feitelijke zorg;
- aanvullende analyses ten aanzien van de belemmerende en bevorderende factoren;
- selecteren van nieuwe effectievere strategieën;
- aanpassen van de uitvoering van de implementatie.

Het proces en het product moet niet alleen aan het eind van het proces geëvalueerd worden, maar voordurend, zodat de het plan van aanpak tijdig bijgesteld kan worden. (Grol, 2006)

2.5 Methode van Kotter

De methode van Kotter is in 2002 voor het eerst uitgebracht in Engeland. In hetzelfde jaar is de methode ook in het Nederlands vertaald en uitgebracht.

Doel van de methode

Het doel van de methode van Kotter is het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen.

De methode is opgezet vanuit de gedachte dat de kern van de zaak altijd draait om het veranderen van menselijk gedrag. Basis gedachte hierbij is: mensen veranderen wat ze doen niet zozeer omdat ze een analyse voorgeschoteld krijgen die hun denken verandert, maar omdat ze feiten te zien krijgen die hun gevoelens veranderen. Het hart van de verandering is emotie.

De verandering van gedrag vindt in zeer succesvolle situaties meestal plaats door de gevoelens van mensen aan te spreken. De gevoelens veranderen hun gedachte vervolgens in voldoende mate om alle barrières voor zinvolle grootschalige verandering te overwinnen.

‘Bij het beïnvloeden van anderen is een voorbeeld niet de belangrijkste factor, het is de enige factor.’ (Albert Schweitzer)

De methode van Kotter beschrijft 8 stappen om tot implementatie te komen. Deze stappen zijn gebaseerd op de verschillende fasen van gevoelens die waar zijn te nemen bij implementatie. De methode ziet er als volgt uit:



1. Urgentiebesef bevestigen :

In de eerste fase draait het om het creëren van een gevoel van urgentie onder de relevante mensen. Een gevoel van urgentie krijgt mensen in beweging en haalt ze uit hun loopgraven, zodat ze klaar zijn om in actie te komen.

Hierbij zijn ‘zien’ en ‘voelen’ belangrijke begrippen:
Zien:
Mensen treffen in een bepaalde fase van het veranderingsproces een probleem aan: te veel collega’s gedragen zich zelfgenoegzaam, niemand ontwikkelt een zinnige strategie en te veel mensen laten de teugels weer vieren voordat de strategie is bereikt. Ze creëren vervolgens dramatische, in het oog springende, aanlokkelijke situaties die anderen helpen het probleem of de oplossing voor het probleem te visualiseren.

Voelen:
De visualisering roepen gevoelens op die nuttige veranderingen mogelijk maken of die gevoelens verzachten die dat in de weg staan. Gevoelens van urgentie, optimisme, en vertrouwen kunnen groeien. Boosheid, zelfgenoegzaamheid, cynisme en angst kunnen afnemen.

Het ‘zien’ en ‘voelen’ kan bereikt worden door:

- zeer concrete visuele informatie (geen abstracte gegevens en cijfers);
- een presentatie met emoties (geen saaie toespraak);
- een reëel probleem vanuit het standpunt van de klant (geen mening van een manager);
- de emoties van grote aantallen mensen (niet alleen de bazen).

2. De leidende coalitie vormen:

Er wordt een leidende coalitie samen gesteld die; de geloofwaardigheid, de vaardigheden, de connecties, de reputatie en de formele autoriteit heeft die nodig zijn om leiderschap te bieden in situaties van veranderingen. Kernwoorden van dit team: vertrouwen en betrokkenheid.

3. Een visie en strategie ontwikkelen:

De leidende coalitie creëert duidelijke, zinvolle, eenvoudige en verheffende strategieën en visie.
Bij grootschalige verandering is de beste planning nog niet goed genoeg. In gevallen van succesvolle grootschalige verandering zijn er vier elementen die helpen richting te geven aan de te ondernemen actie: begroting, planning, strategieën en visies.
Begroting: financiële deel van het plan.
Planning: specificeert hoe het plan geïmplementeerd moet worden.
Strategie: geeft aan hoe een visie gerealiseerd moet worden.
Visie: geeft de eindtoestand aan, waar alle plannen en strategieën uiteindelijk toe zullen leiden.

4. De veranderingsvisie communiceren:

In deze fase staat het communiceren van de visie en strategieën centraal. Dit heeft als doel: begrip kweken, betrokkenheid ontwikkelen en meer energie los maken bij een cruciale hoeveelheid mensen. In deze fase zijn daden vaak belangrijker dan woorden. Herhaling is het sleutelwoord. In deze fase zijn de begrippen ‘zien’ en ‘voelen’ zoals deze zijn beschreven bij fase 1 opnieuw van groot belang.

5. Een breed draagvlak voor de verandering creëren:

In deze fase worden belangrijke obstakels, die mensen tegen houden om in actie te komen, weggenomen. Dergelijke vaak voorkomende obstakels zijn:

- tegenwerking vanuit de baas;
- systeemobstakels (tegenwerking vanuit de formele verzameling regelingen);
- mentale obstakels (mensen hebben het gevoel niet toe te zijn aan verandering of ‘het niet te kunnen’);
- informatiebarrières (gebrek aan informatie werkt veranderingen tegen).

Mensen kunnen elkaar succesvol ‘empoweren’ als men het achterliggende idee begrijpt. In deze fase is het belangrijk om niet alles tegelijk te (willen) doen. Evaluatie en beloning kunnen mensen sterker maken door gedrag te herkennen en te belonen dat noodzakelijk is voor de visie.

6. Korte termijnsuccessen genereren:

Het generen van korte termijnsucces zorgt voor geloofwaardigheid, middelen en een impuls voor het proces als geheel. Zonder goed aangestuurde successen, kunnen cynici en sceptici iedere inspanning om zeep helpen.
Wanneer korte termijnsuccessen gegenereerd worden doen werknemers veel meer hun best om een goede visie te realiseren. Ze stoppen pas als het werk gedaan is, zelfs als ze zich op een lange weg bevinden. Mensen handelen minder zelfgenoegzaam. Nieuwe (opkomende) gevoelens en gedragingen zullen in deze fase worden versterkt.

7. Verbeteringen consolideren en meer veranderingen tot stand brengen:
In deze fase is het belangrijk om probleem voor probleem aan te pakken; impuls voor impuls te geven. Op deze manier wordt veranderingsgolf na veranderingsgolf tot stand gebracht totdat de visie uiteindelijk daadwerkelijk gerealiseerd is. Dit, omdat men geneigd is om bij het implementeren te veel tegelijk aan te pakken, waardoor het uiteindelijke resultaat minder succesvol zal zijn. Ook in deze fase zullen, eveneens als in fase 6, nieuwe opkomende gevoelens en gedragingen worden versterkt.

8. Nieuwe benaderingen verankeren in de cultuur :
De gedane veranderingen verankeren door de nieuwe cultuur te koesteren. Mensen emotioneel betrokken maken door het juiste bevorderingsbeleid en kundige voorlichtingsbijeenkomsten voor nieuwe werknemers.

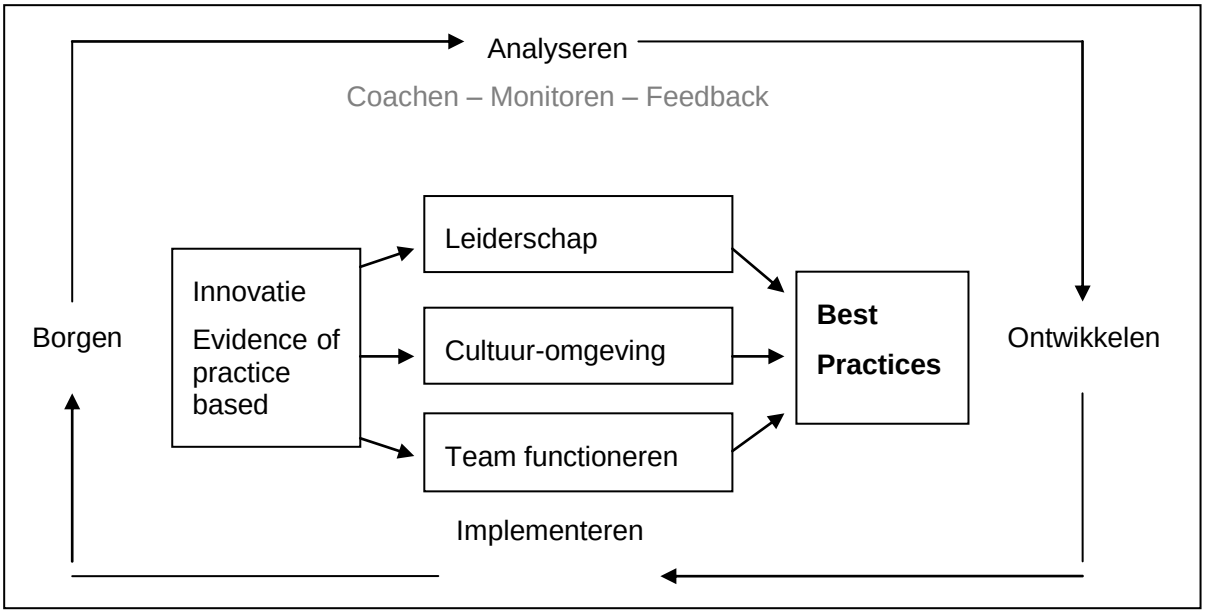
Voor- en nadelen van het implementatieplan
Nadeel van dit methode:meestal ligt de nadruk op analyseren en denken. Dat is bij dit methode niet.

De kernmethode is vrijwel altijd: ZIEN, VOELEN EN VERANDEREN	**De kernmethode is zelden:** ANALYSEREN, DENKEN EN VERANDEREN
1. MENSEN HELPEN OM TE ZIEN Er worden aantrekkelijke, dramatische, in het oog springende situaties gecreëerd om anderen te helpen problemen, oplossingen of vooruitgang te zien bij het bestrijden van zelfgenoegzaamheid of problemen op het gebied van strategie, empowerment of andere belangrijke aspecten van de acht stappen. *Gevolg hiervan:* 2. IETS NIEUWS RAAKT DE EMOTIE De visualisaties bieden bruikbare ideeën die mensen op de een dieper niveau raken dan oppervlakkig denken. Ze roepen een diepgewortelde reactie op, die emoties blokkeren die veranderingen verminderen en emoties versterken die verandering bevorderen. 3. EMOTIONEEL GELADEN IDEEEN VERANDEREN GEDRAG OF VERSTERKEN VERANDERD GEDRAG.	1. GEEF MENSEN EEN ANALYSE Er wordt informatie verzameld en geanalyseerd, er worden rapporten geschreven en presentaties gehouden over problemen, oplossingen of de voortgang bij het oplossen van problemen op het gebied van urgentie, teamwerk, communicatie, afnemende impulsen of andere belangrijke moeilijkheden binnen de acht stappen. *Gevolg hiervan:* 2. GEGEVENS EN ANALYSES BEINVLOEDEN ONS DENKEN De informatie en analyse veranderen het denken van mensen. Ideeën die niet overeenstemmen met de noodzakelijke verandering worden afgedaan of gewijzigd. 3. NIEUWE GEDACHTEN VERANDEREN GEDRAG OF VERSTERKEN VERANDERD GEDRAG

(Kotter, 2002)

2.6 Methode van Holleman

Om basis van verschillende methodes zoals Cozijnsen & Vrakking2004, Kotter 1997 en met name de methode van Grol 2006 is door het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging het werkmethode van Holleman opgesteld. Deze methode is in ontwikkeling en wordt op basis van nieuwe inzichten, ervaringen en onderzoek voortdurend aangepast.



Om zinloze rituelen uit te bannen kan de eerste kader van de methode worden aangepast. De term ‘innovatie’ kan vervangen worden door ‘ritueel’ en de term ‘practice based’ door ‘consensus based’. Hierdoor is de methode bruikbaar bij dit onderwerp.
Het ritueel kan doorbroken worden door activiteiten die afgeleid zijn van de factoren; leiderschap, cultuur, omgeving en team functioneren. Om dit te realiseren wordt er een stappenplan gebruikt wat bestaat uit; analyseren, implementeren en borgen. Dit kan gezien worden als een cyclisch proces, dat hieronder schematisch is weergegeven.

Analyseren	1. Omschrijving van het ritueel 2. In kaart brengen van de feitelijke zorg
Ontwikkelen	3. Formuleren van doelen 4. Formuleren van indicatoren 5. Nulmeting 6. Uitvoeren contextanalyse 7. Implementatiediagnose 8. Keuze van implementatiestrategieën 9. Schrijven van communicatieplan
Implementeren	10. Uitvoering implementatie 11. Bijstellen implementatieplan
Borgen	12. Meten indicatoren

De punten die genoemd zijn worden hieronder uitgewerkt:

1. Omschrijving van het ritueel:

Het is als eerste belangrijk dat het duidelijk is wat het ritueel is en waarom deze doorbroken moet worden. Hierbij is een evidence-based practice een belangrijk uitgangspunt.

2. In kaart brengen van de feitelijke zorg:

In kaart moet worden gebracht in welke mate het probleem zich voordoet, waardoor de kloof tussen praktijk en kennis inzichtelijk wordt. Hierdoor wordt aan de betrokkenen de noodzaak tot verandering laten zien.

3. Formuleren doelen:

Er dienen concrete doelen opgesteld te worden om doelgericht te kunnen implementeren.

4. Formuleren van indicatoren:

De doelen zijn de uitgangspunten voor het formuleren van indicatoren. Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing (indicatie) geeft over de kwaliteit van de zorg. Indicatoren zijn een middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Poot, 2005).

‘Er zijn drie verschillende soorten indicatoren; structuur-, proces en uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren geven inzicht in de randvoorwaarden die in de instelling aanwezig moeten zijn om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren (bijvoorbeeld: de instelling zorgt voor EBP-scholing). Procesindicatoren geven aan hoe een zorgverlener moet handelen om een goede kwaliteit van zorg te leveren (bijvoorbeeld: het niet toepassen van vrijheidsbeperkende interventies als specifieke valmaatregel). Uitkomstindicatoren meten of de cliënt er daadwerkelijk beter van wordt (bijvoorbeeld: het aantal cliënten met postoperatieve complicaties). ’ (Plas, 2008)

5. Nulmeting:

Met behulp van de geformuleerde indicatoren kan een nulmeting plaatsvinden. Deze nulmeting is anders dan stap 2 omdat er nu meetbare elementen worden gemeten. Deze meting kan na het implementatietraject opnieuw plaatsvinden.

6. Uitvoeren van de contextanalyse:

In een contextanalyse worden de bevorderende en belemmerende factoren bij het veranderingsproces uitgewerkt. Het gaat om de beïnvloedende factoren op het niveau van de organisatie, het team, de zorgverlener en de patiënt.

7. Implementatiediagnose:

De bovenstaande 6 stappen leiden tot een implementatiediagnose. Deze diagnose geeft een overzicht van de feitelijke zorg, de beoogde verandering en de factoren waarop de implementatiestrategie dient aan te sluiten.

8. Keuze van implementatiestrategieën:

Op basis van deze implementatiediagnose kan een strategie gekozen worden. In de begrippenkader van Plas et al (2005) wordt een onderverdeling gemaakt in strategieën en beïnvloedende factoren op verschillende niveaus: individuen, organisaties en maatschappij. Van deze begrippenkader kan gebruik worden gemaakt bij het kiezen van een strategie

9. Schrijven van communicatieplan:

In een communicatieplan wordt de gekozen strategie verder uitgewerkt en wordt het plan van aanpak beschreven. Ook moet in dit communicatieplan ruimte gereserveerd worden om een

tussentijdse evaluatie uit te voeren, op basis waarvan eventuele bijstelling van de implementatie kan plaatsvinden.

10. Uitvoering van implementatie:
Deze stap houd de uitvoering van het implementatietraject in.

11. Bijstellen van het implementatieplan:
Deze stap houd de eventuele bijstelling van het implementatietraject in.

12. Meten indicatoren:
De effecten van de implementatie kunnen gemeten worden aan de hand van de eerder geformuleerde diagnose. (LEVV, 2008)

2.7 Onderzoekslijnen

Sinds een aantal jaren studeren 4e jaars Verpleegkunde studenten van de Christelijke Hogeschool Ede af binnen het Ziekenhuis Gelderse Vallei. De afstudeeronderwerpen bleken zeer divers te zijn waardoor er tussen de onderwerpen geen samenhang en een matig overzicht van de verschillende onderwerpen was. Hierdoor ontstonden er veel losse onderwerpen en onderzoeksresultaten waarvan een groot deel in de praktijk niet gebruikt werd. Dit is voor het Ziekenhuis Gelderse Vallei en de Christelijke Hogeschool Ede de aanleiding geweest om zogenoemde onderzoekslijnen op te stellen. Het doel van de onderzoekslijn is sturing geven aan de onderwerpen en onderzoeksvragen en het gericht kunnen inzetten van studenten binnen de organisatie. Met deze manier van werken is in het studiejaar 2004-2005 geëxperimenteerd. Dit experiment was voor alle betrokken partijen een positieve ervaring. Na een evaluatie is besloten om deze werkwijze voort te zetten.

Door het gebruik van onderzoekslijnen word een onderwerp gefaseerd. Dit houdt in dat meerdere groepen 4e jaars studenten, verdeeld over een aantal jaren worden ingezet om het gestelde hoofddoel van het onderwerp te bereiken.
Een onderzoekslijn kan er als volgt uit zien:

- de eerste groep maakt een uitgebreide analyse van het probleem;
- de tweede groep gaat in de praktijk aan de slag met de analyse;
- de derde groep verzorgt de implementatie;
- de vierde groep evalueert het proces en de resultaten.

Bij iedere afzonderlijke groep studenten wordt de doelstelling voor hun deel van de onderzoekslijn opgesteld. Wanneer het onderzoek is afgesloten is de groep studenten verantwoordelijk voor het ordelijk overdragen van het eindproduct en het aandragen van de volgende fase van de onderzoekslijn aan de volgende groep studenten. Dit doormiddel van een papieren en digitale versie van de scriptie en eventueel onderliggende materiaal van het onderzoek. Gemiddeld zal een onderzoekslijn bestaan uit 4 á 5 afstudeer groepjes. Dit is verspreid over een periode van ongeveer twee tot drie jaar. (Vermeulen & Grupstra, 2008)

Bijlage 3 Burgerlijk Wetboek en Beroepscode Verpleging en verzorging

In 1991 werd de eerste beroepscode voor verpleegkundigen geschreven door Nu'91. Door veranderingen in de zorg is in 2006 de Beroepscode Verpleging en verzorging herzien door ABVAKABO FNV en CNV Publieke Zaak. 'Een beroepscode bevat ethische en praktische normen en waarden van het beroep. Omdat verpleegkundigen en verzorgenden een belangrijke plaats hebben in de gezondheidszorg, is een beroepscode essentieel.' (ABVAKABO FNV en CNV Publieke Zaak, 2006)
Een beroepscode is in eerste instantie voor de beroepsgroep zelf en maakt duidelijk wat er van de beroepsgroep verwacht wordt. In de beroepscode staat ook beschreven dat zodra de verpleegkundige/verzorgende een beslissing neemt die afwijkt van de in de code genoemde normen, kunnen collega's haar hier op aanspreken.'
In de beroepscode staat over de taak van de verpleegkundigen en verzorgenden het volgde:

Beroepscode Verpleging en verzorging

Uitgangspunten met betrekking tot de beroepsuitoefening:

1.6 De verpleegkundige/verzorgende neemt initiatieven en ondersteunt activiteiten ter bevordering van de ontwikkeling van het beroep.

De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot collega's en anderen:

3.3 De verpleegkundige/verzorgende ondersteunt de activiteiten van haar beroepsgroep om voorwaarden te scheppen voor een goede beroepsuitoefening.

3.4 De verpleegkundige/verzorgende draagt, als lid van een vak- of beroepsorganisatie, bij aan het tot stand komen en behouden van goede beroepsuitoefening, met betrekking tot beroepsinhoud, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden.

De verpleegkundige/verzorgende in relatie tot de maatschappij

4.2 De verpleegkundige/verzorgende neemt actie met betrekking tot gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren en draagt bij aan de ontwikkeling van nieuwe inzichten.

4.3 De verpleegkundige/verzorgende neemt als individu of groep actie om de kwaliteit van zorg te bewaken, te bevorderen en te behouden.

Uit de beroepscode blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden actief moeten zijn en hun beroepsgroep moeten stimuleren tot het bevorderen van kwaliteit. Door op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen in de zorg wordt voorkomen dat de verpleegkundige/verzorgende zinloze handelingen uitvoert.

In het Burgerlijke Wetboek staat het volgende beschreven om de gezondheid van de zorgvrager te beschermen tegen onnodige handelingen:

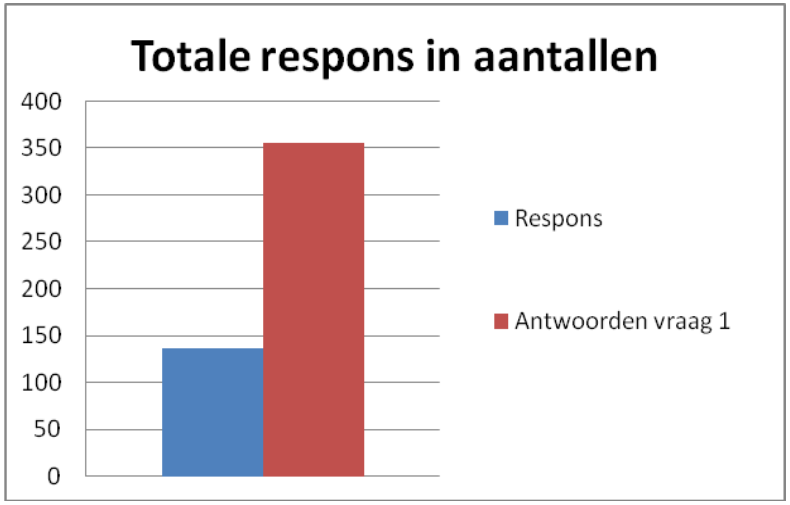
Burgerlijk Wetboek 7 Artikel 446

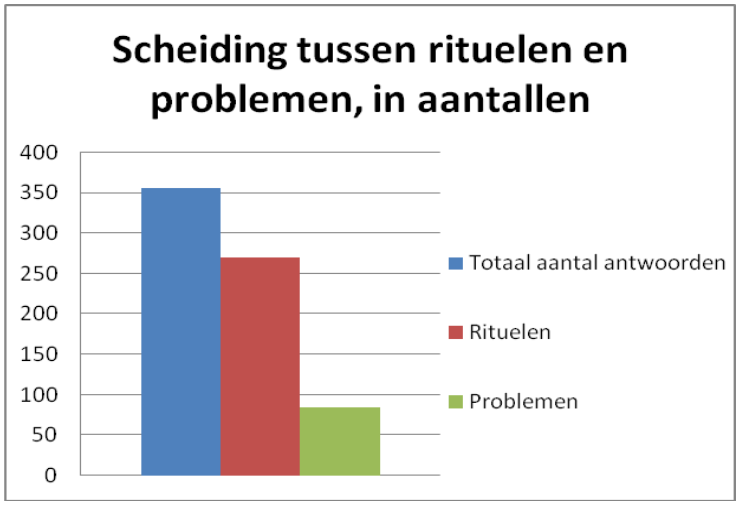
Lid 2

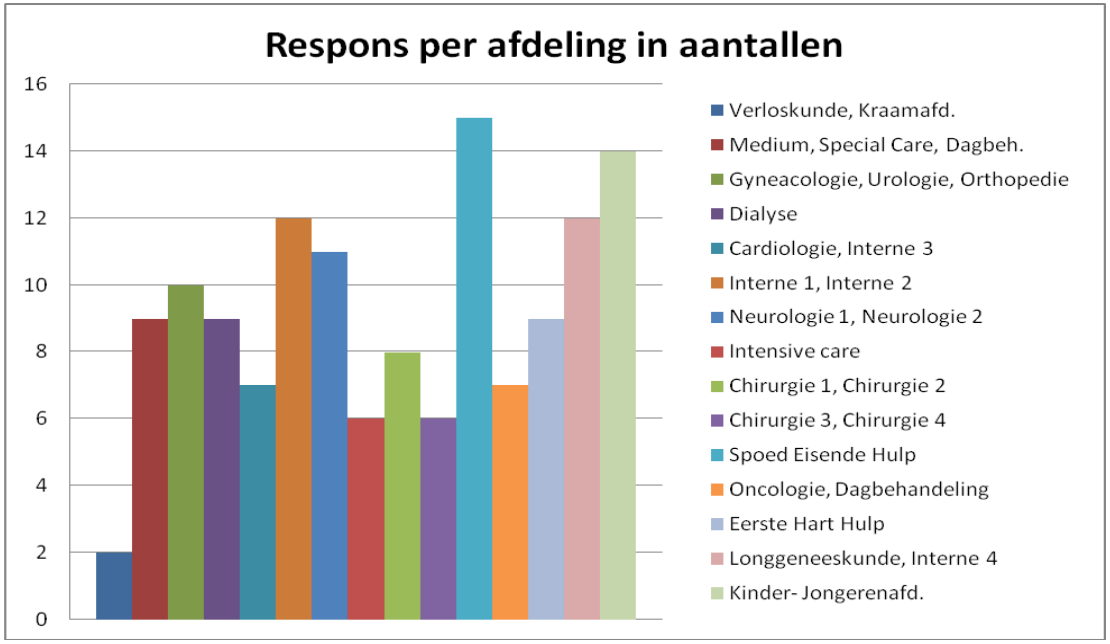
Onder behandeling op het gebied van de geneeskunde worden verstaan:

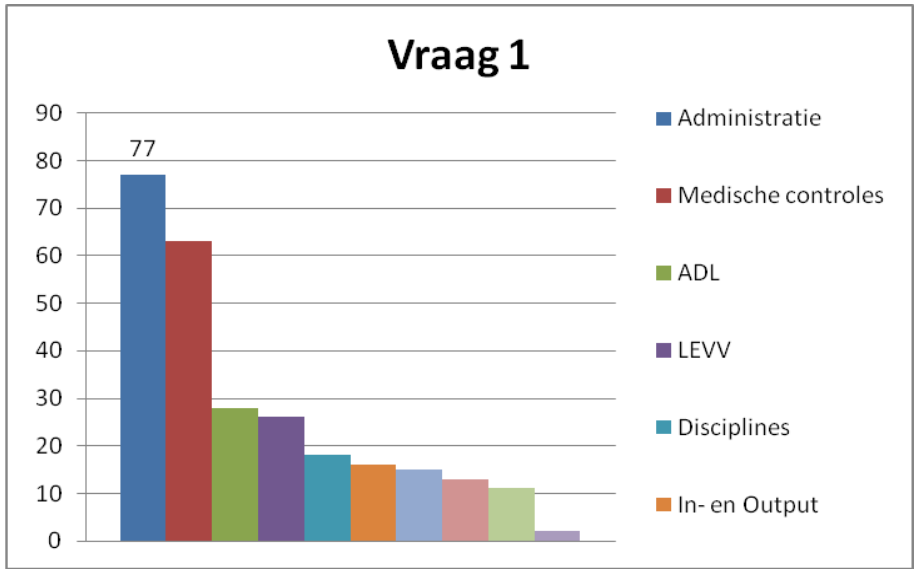
a. *alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen;*

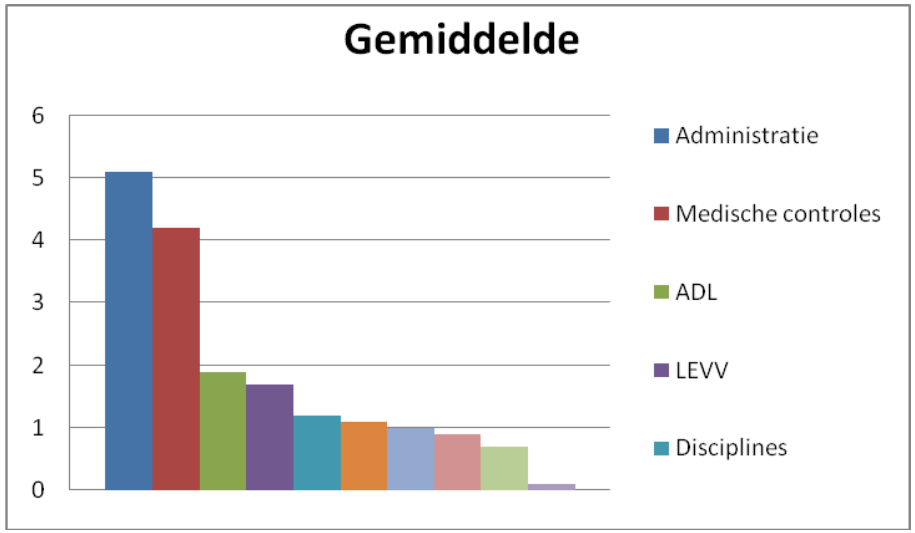
Bijlage 4 Resultaten

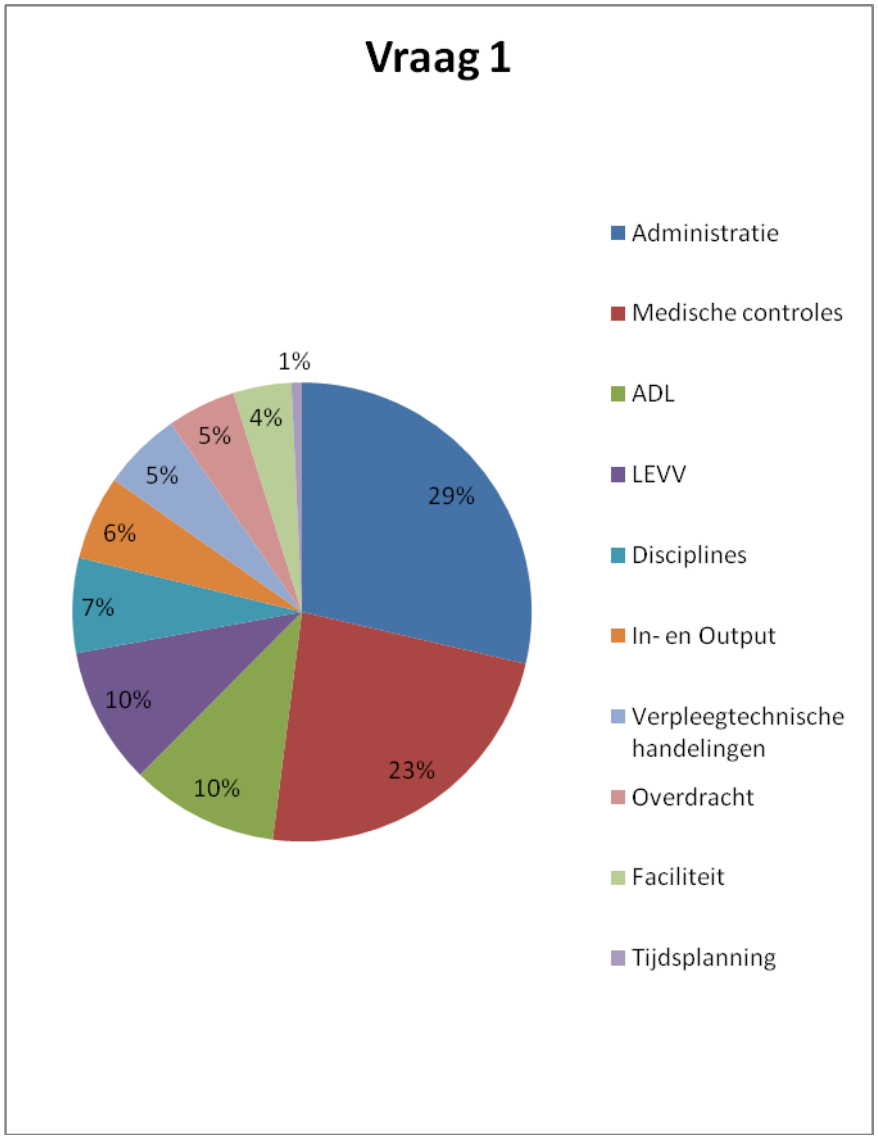


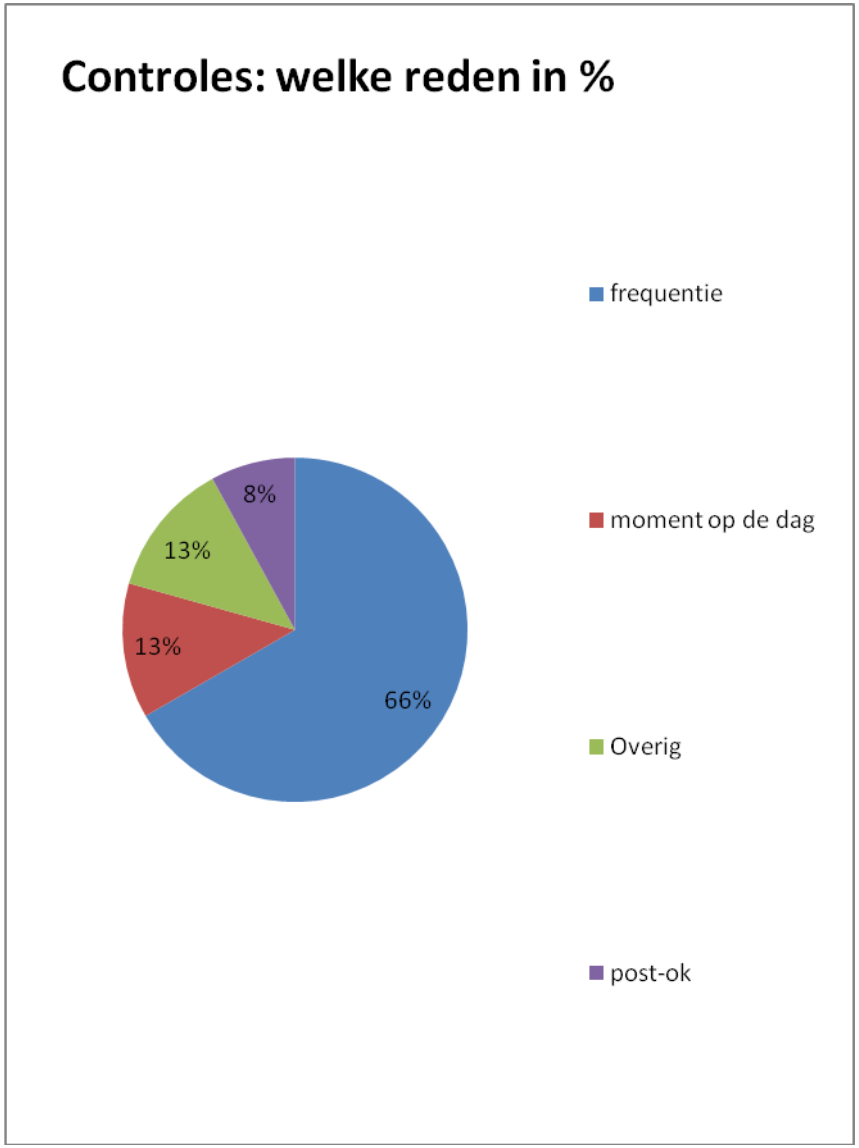


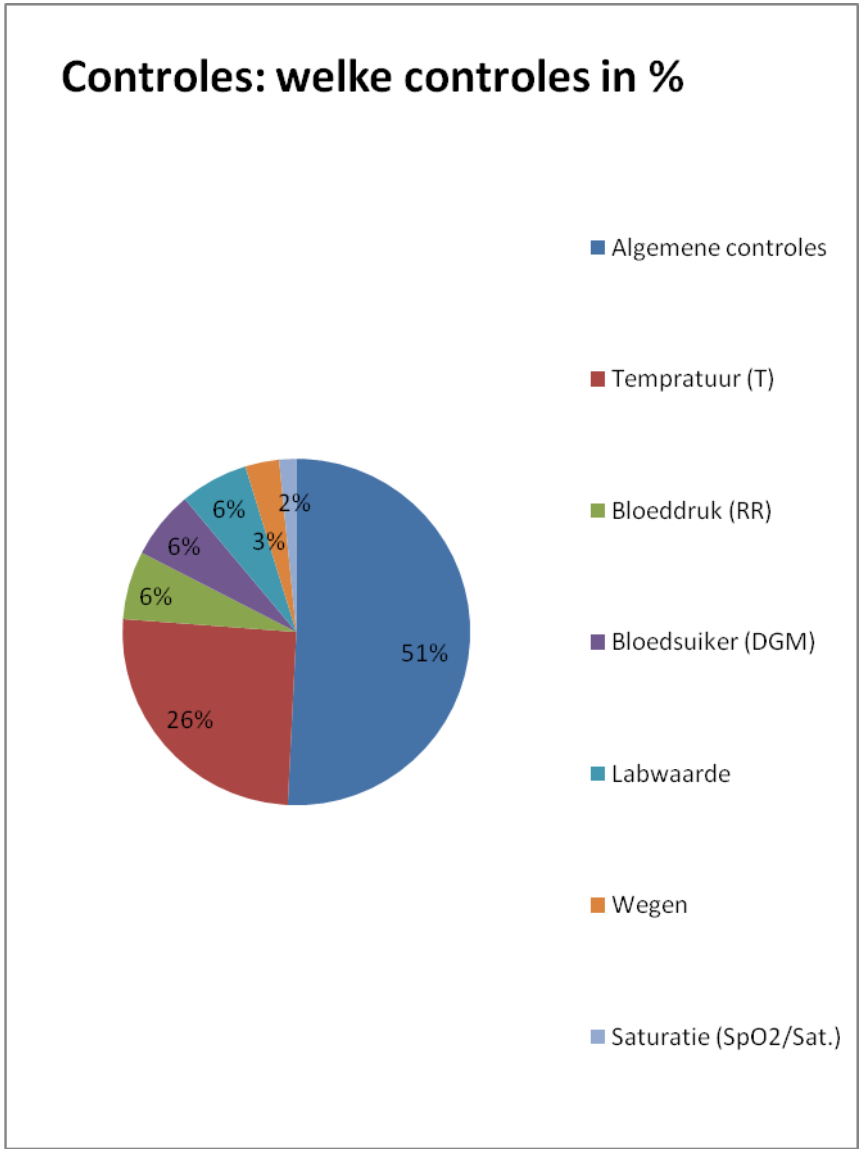


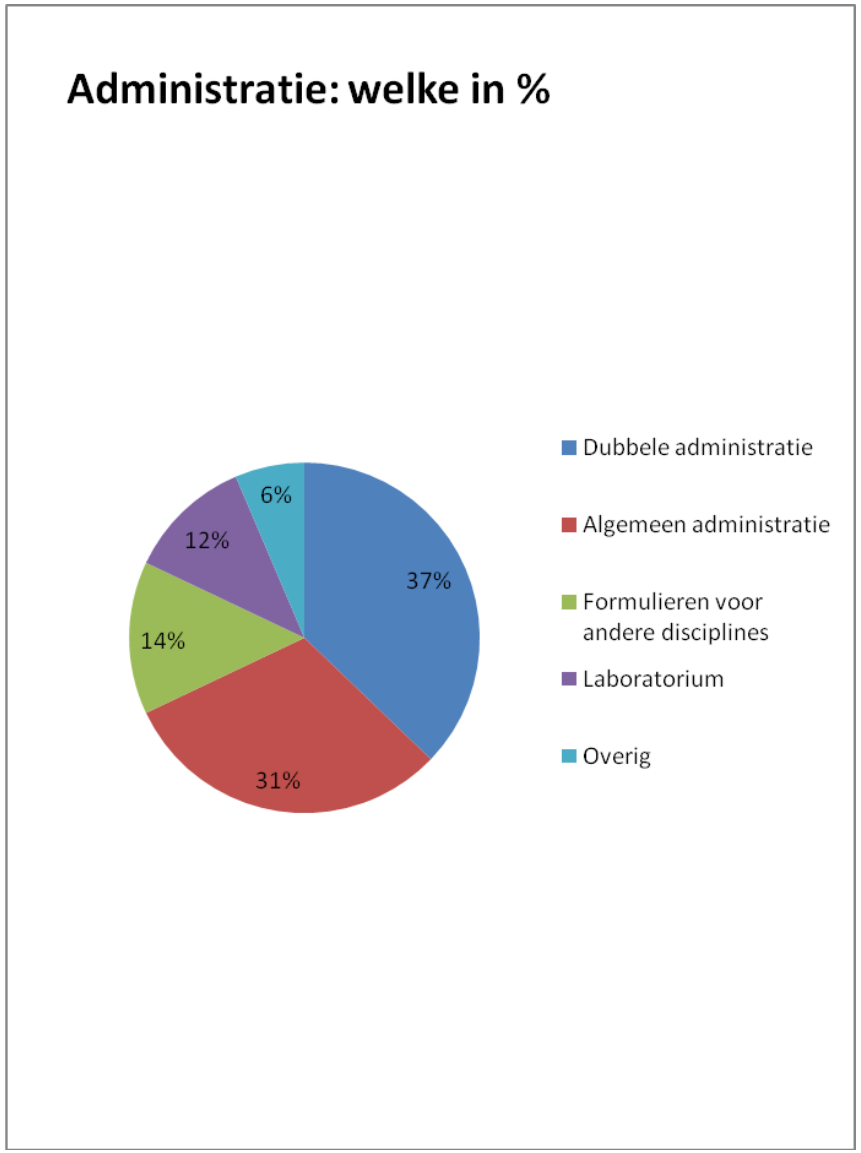

Vraag 1
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
77
Administratie
Medische controles
ADL
LEVV
Disciplines
In- en Output

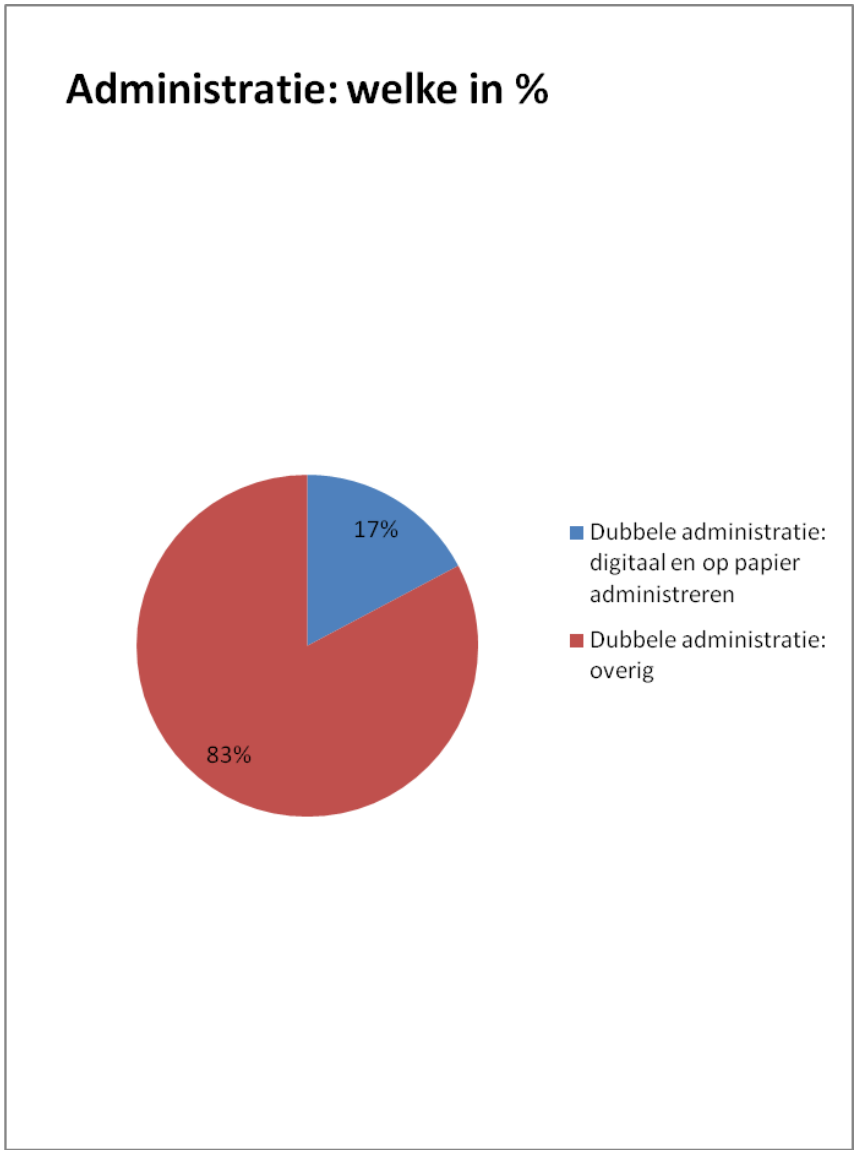

Gemiddelde
6
5
4
3
2
1
0
Administratie
Medische controles
ADL
LEVV
Disciplines

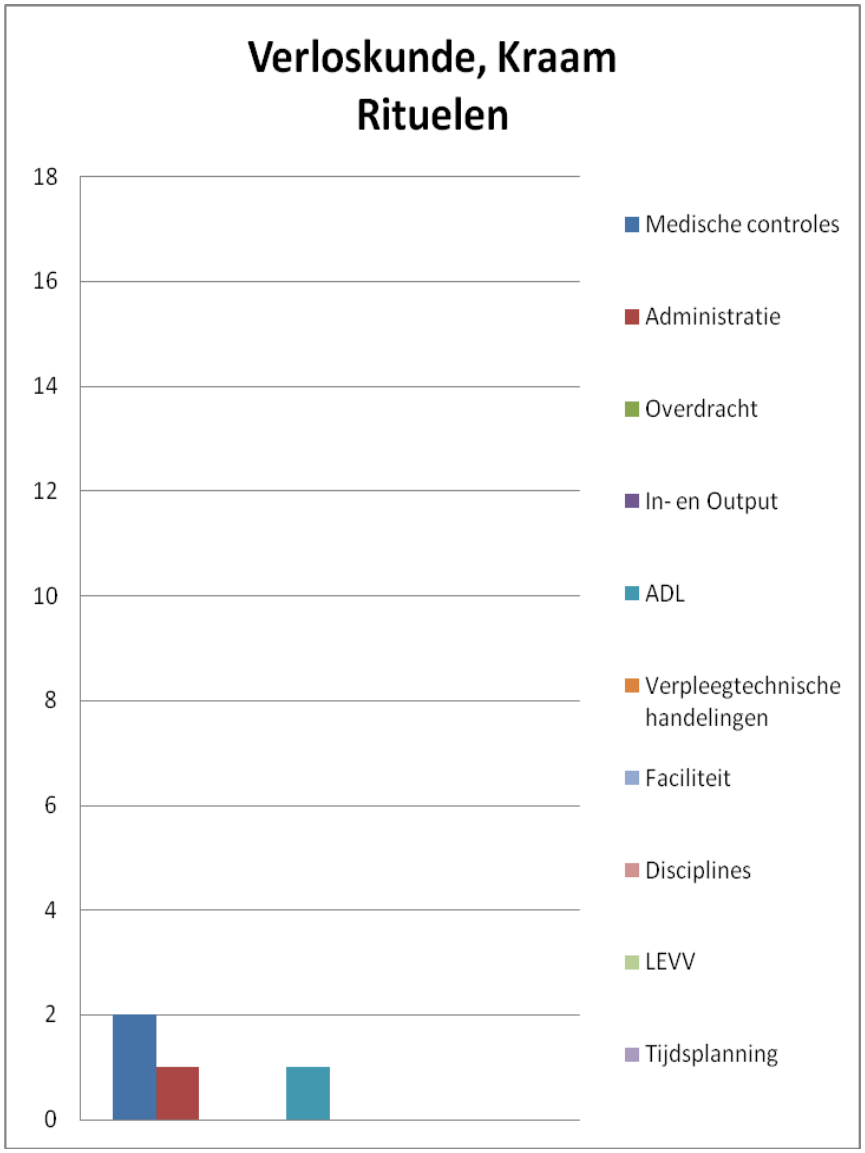

Vraag 1
29%
23%
10%
10%
7%
6%
5%
5%
4%
1%
Administratie
Medische controles
ADL
LEVV
Disciplines
In- en Output
Verpleegtechnische handelingen
Overdracht
Faciliteit
Tijdsplanning

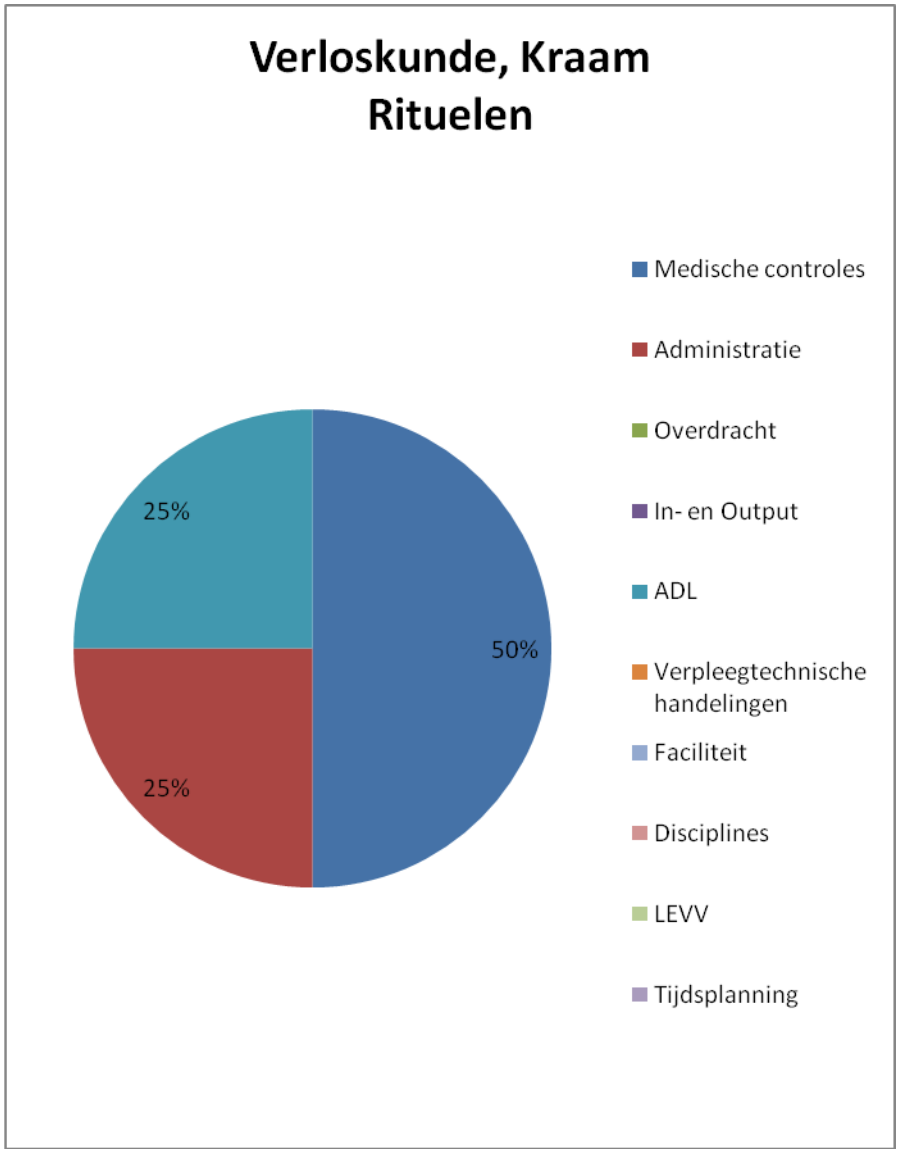

Controles: welke reden in %
frequentie
moment op de dag
Overig
post-ok
8%
13%
13%
66%

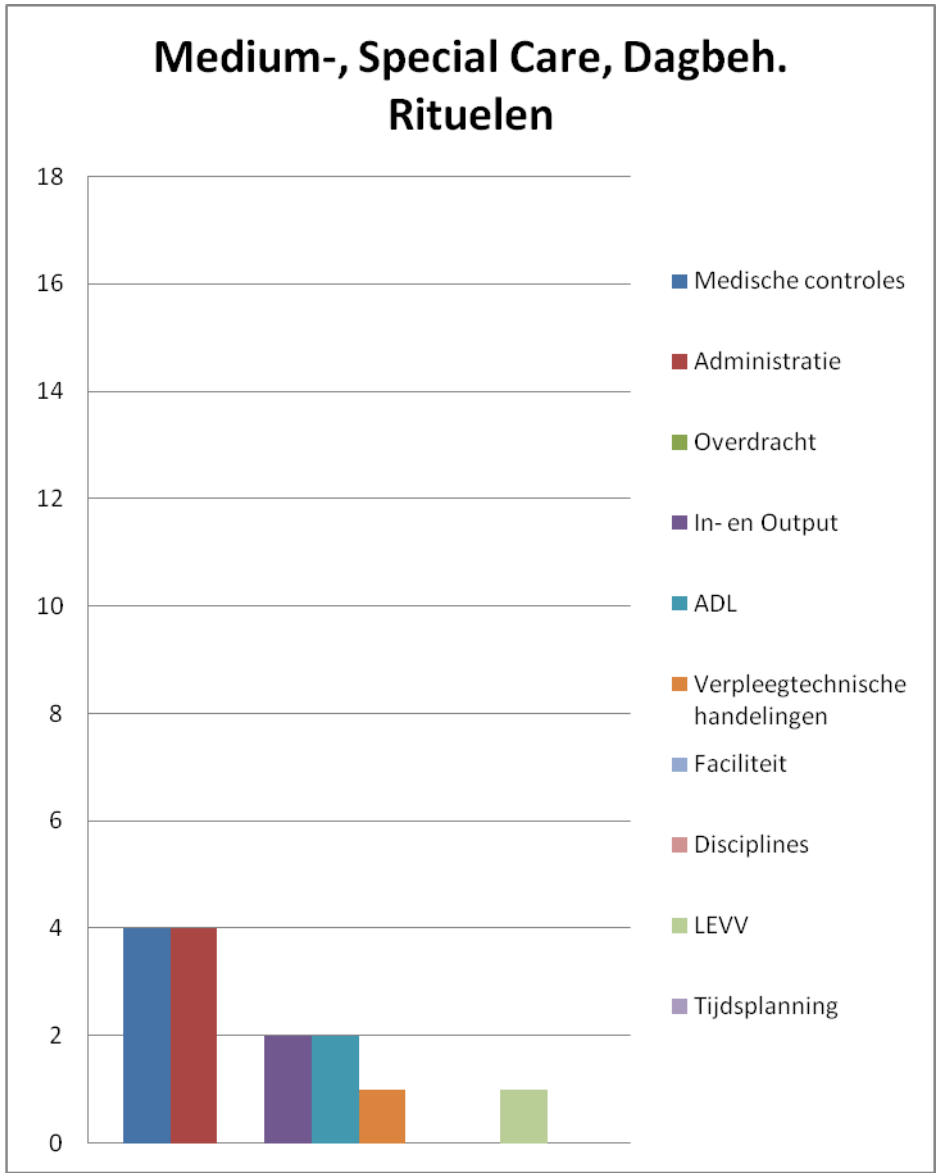

Controles: welke controles in %
Algemene controles
Tempratuur (T)
Bloeddruk (RR)
Bloedsuiker (DGM)
Labwaarde
Wegen
Saturatie (SpO2/Sat.)
6%
2%
6%
3%
6%
51%
26%

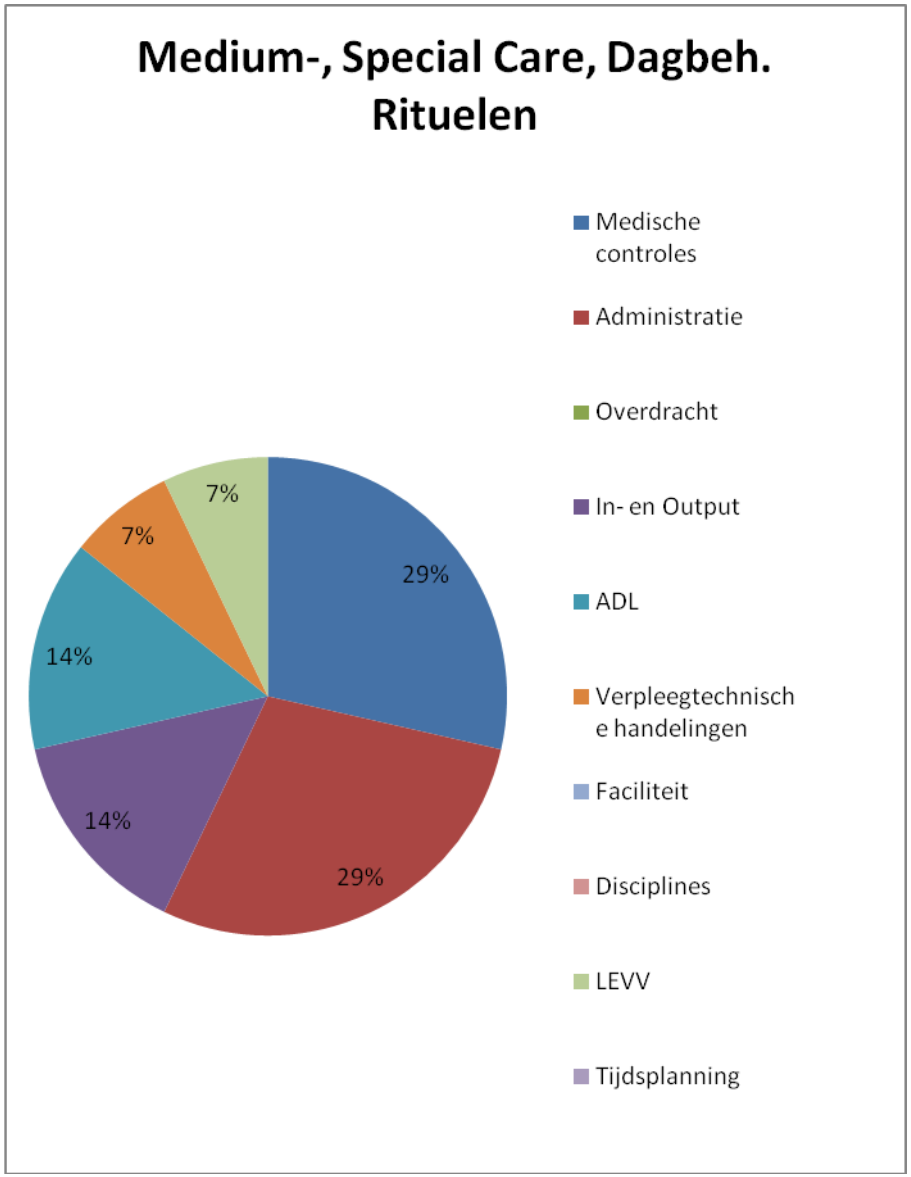

Administratie: welke in %
37%
31%
14%
12%
6%
Dubbele administratie
Algemeen administratie
Formulieren voor andere disciplines
Laboratorium
Overig

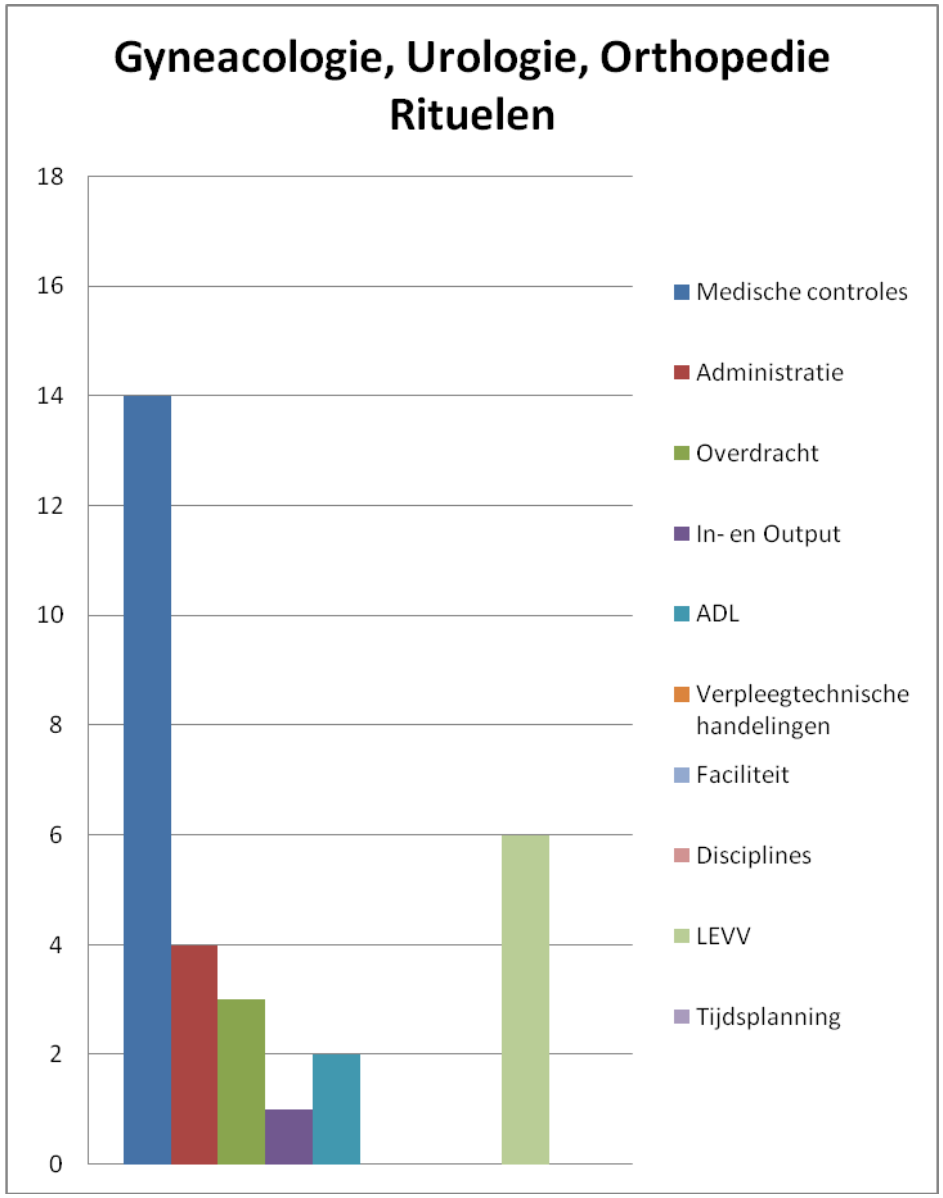

Administratie: welke in %
17%
83%
Dubbele administratie: digitaal en op papier administreren
Dubbele administratie: overig

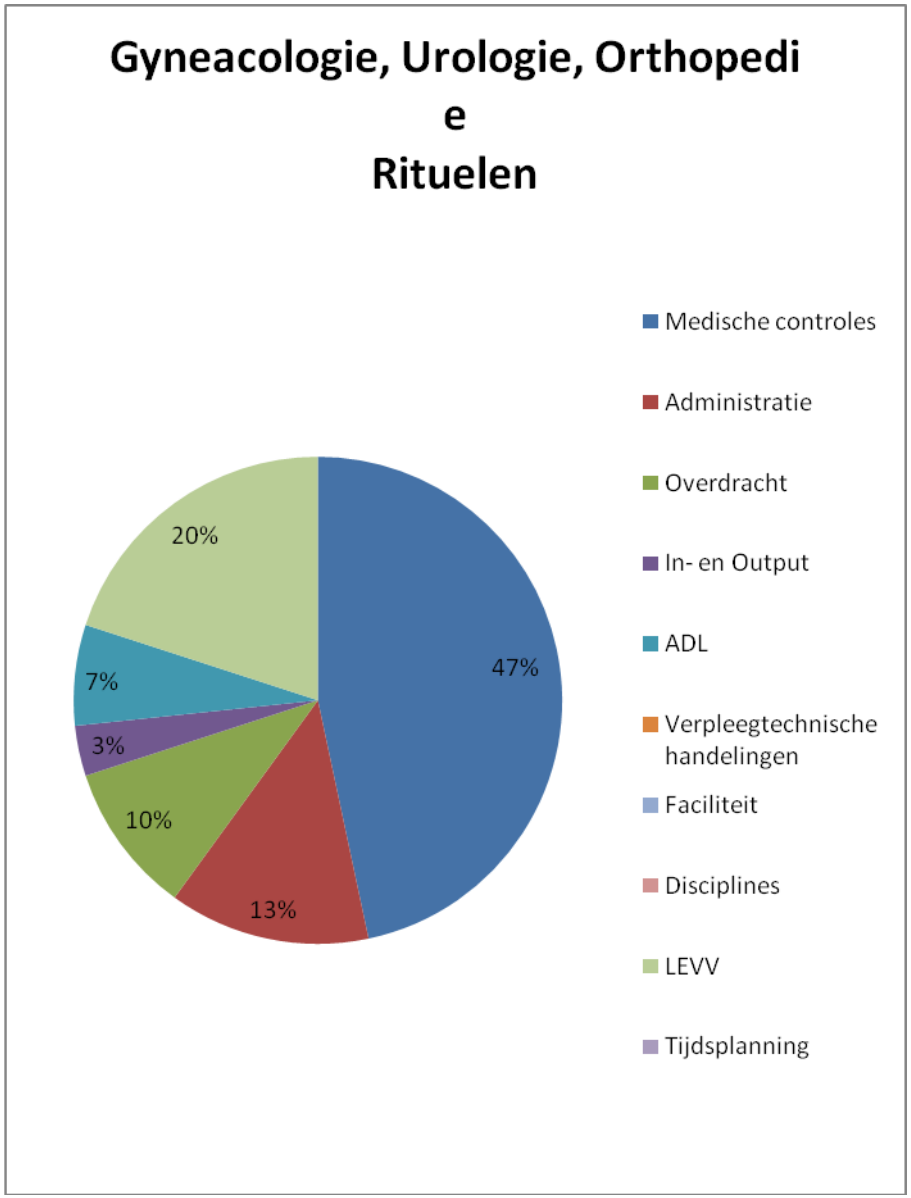

Verloskunde, Kraam
Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

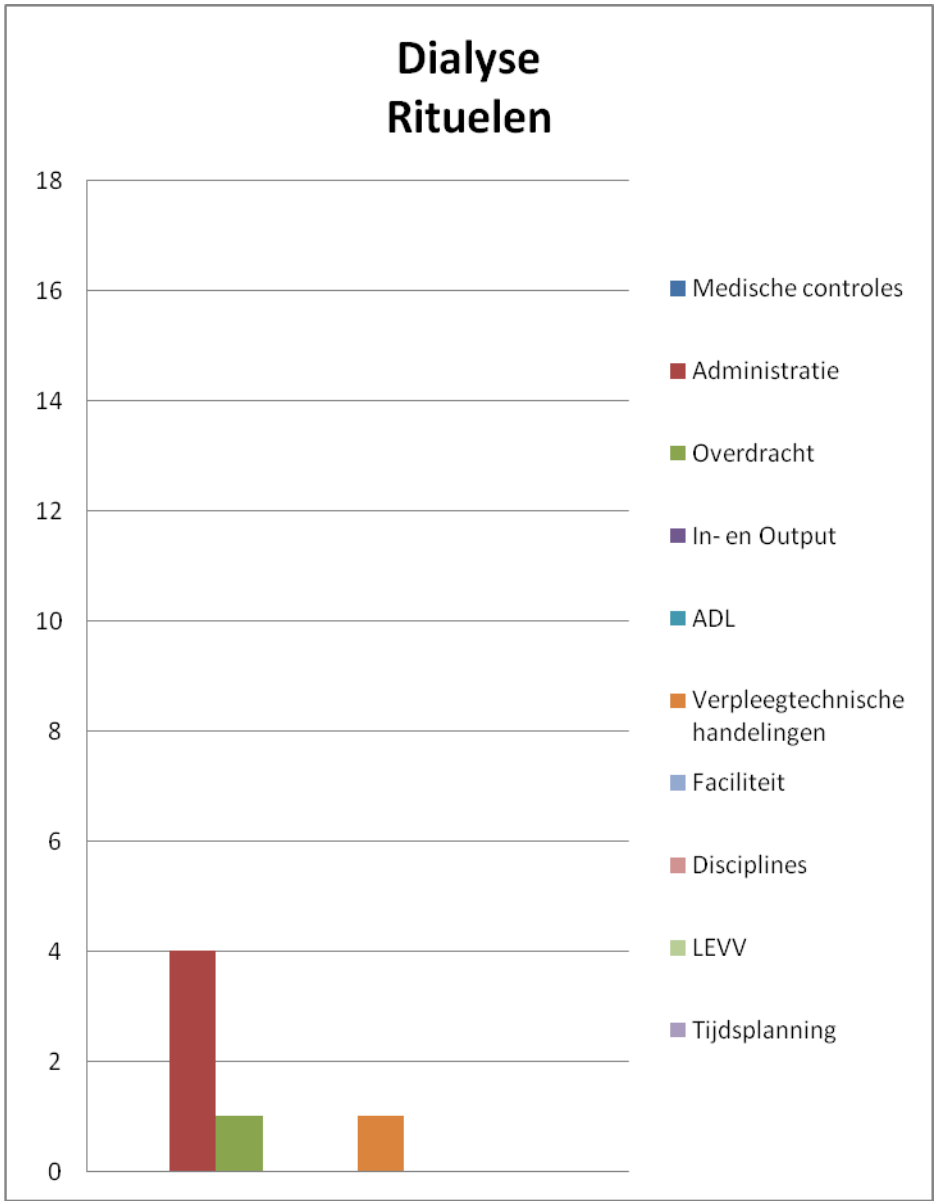

Verloskunde, Kraam
Rituelen
25%
50%
25%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

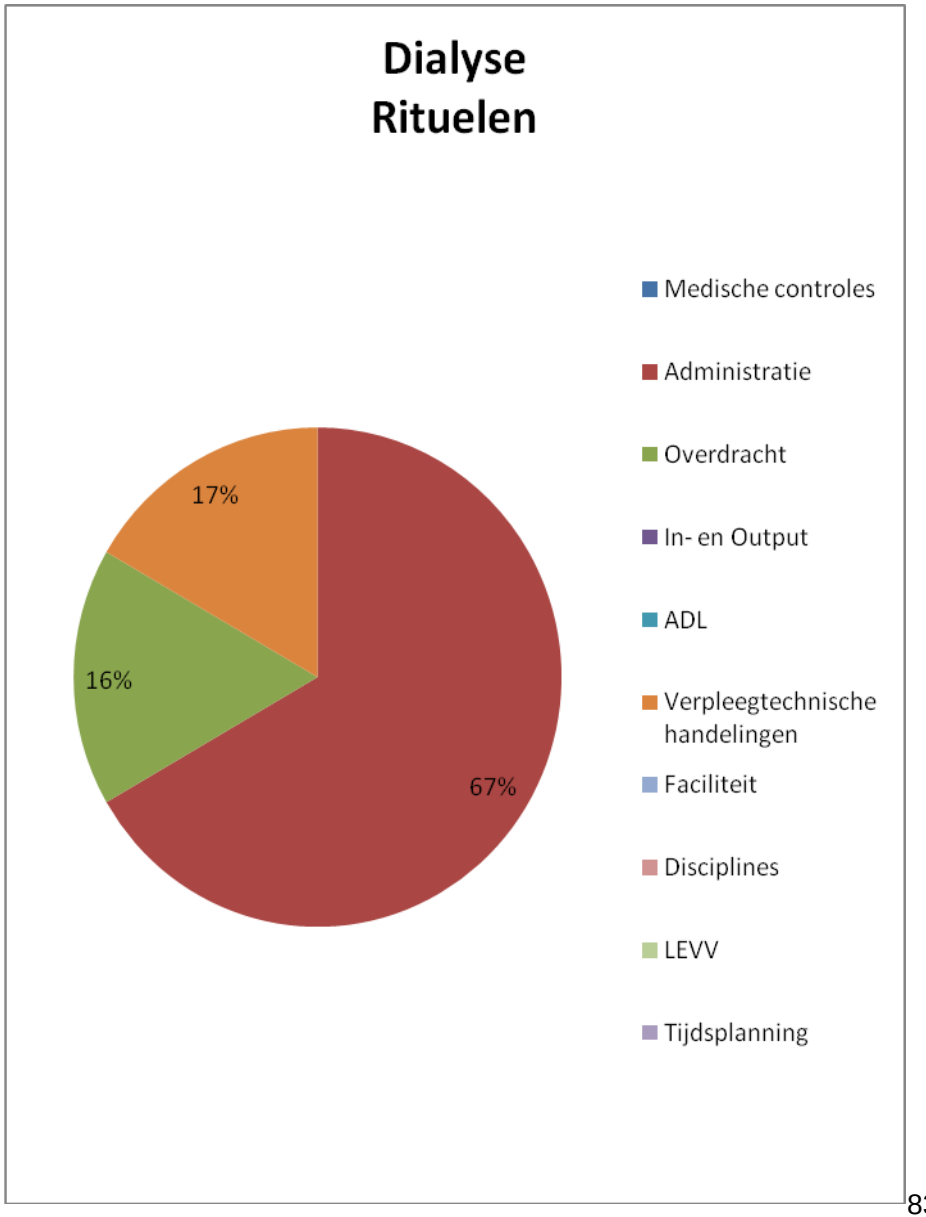

Medium-, Special Care, Dagbeh. Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

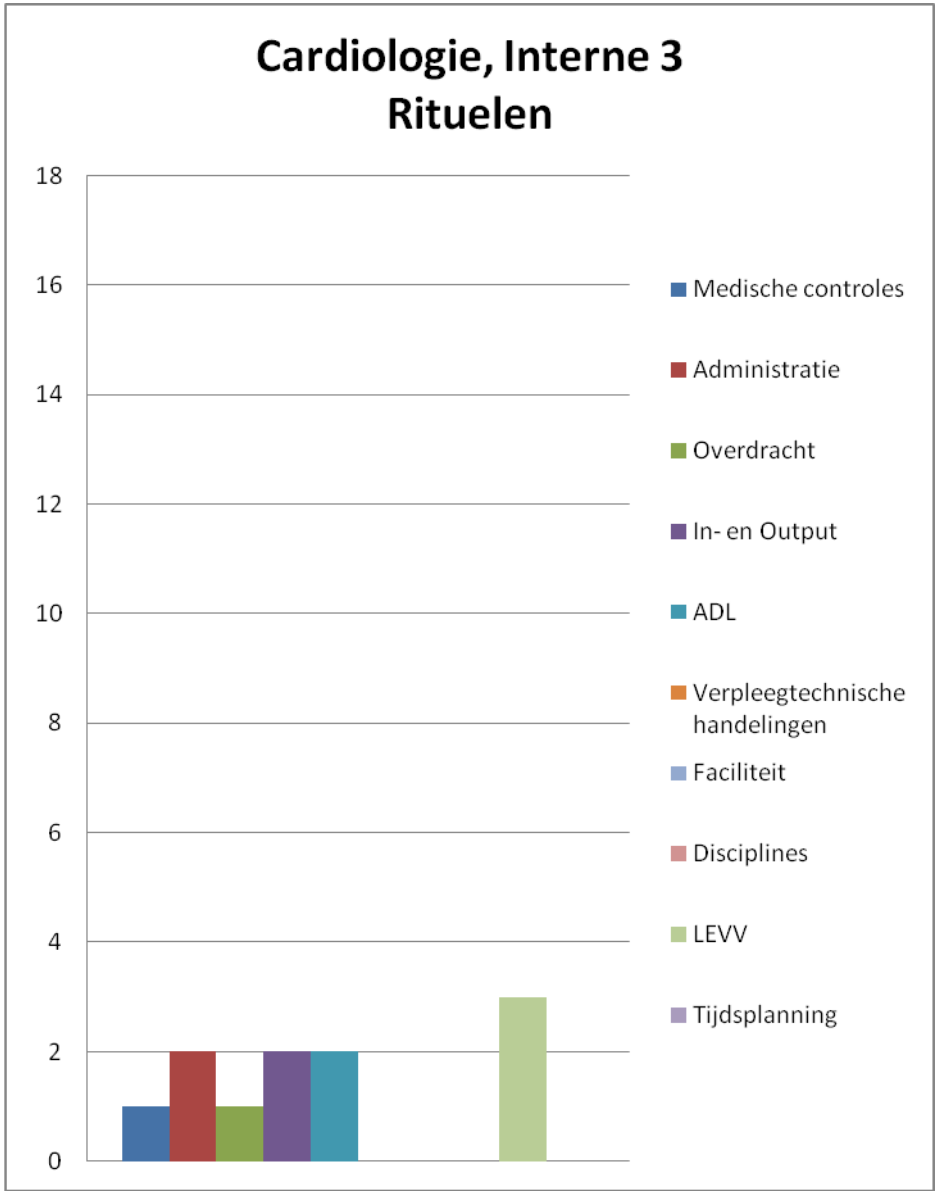

Medium-, Special Care, Dagbeh. Rituelen
29%
29%
14%
14%
7%
7%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

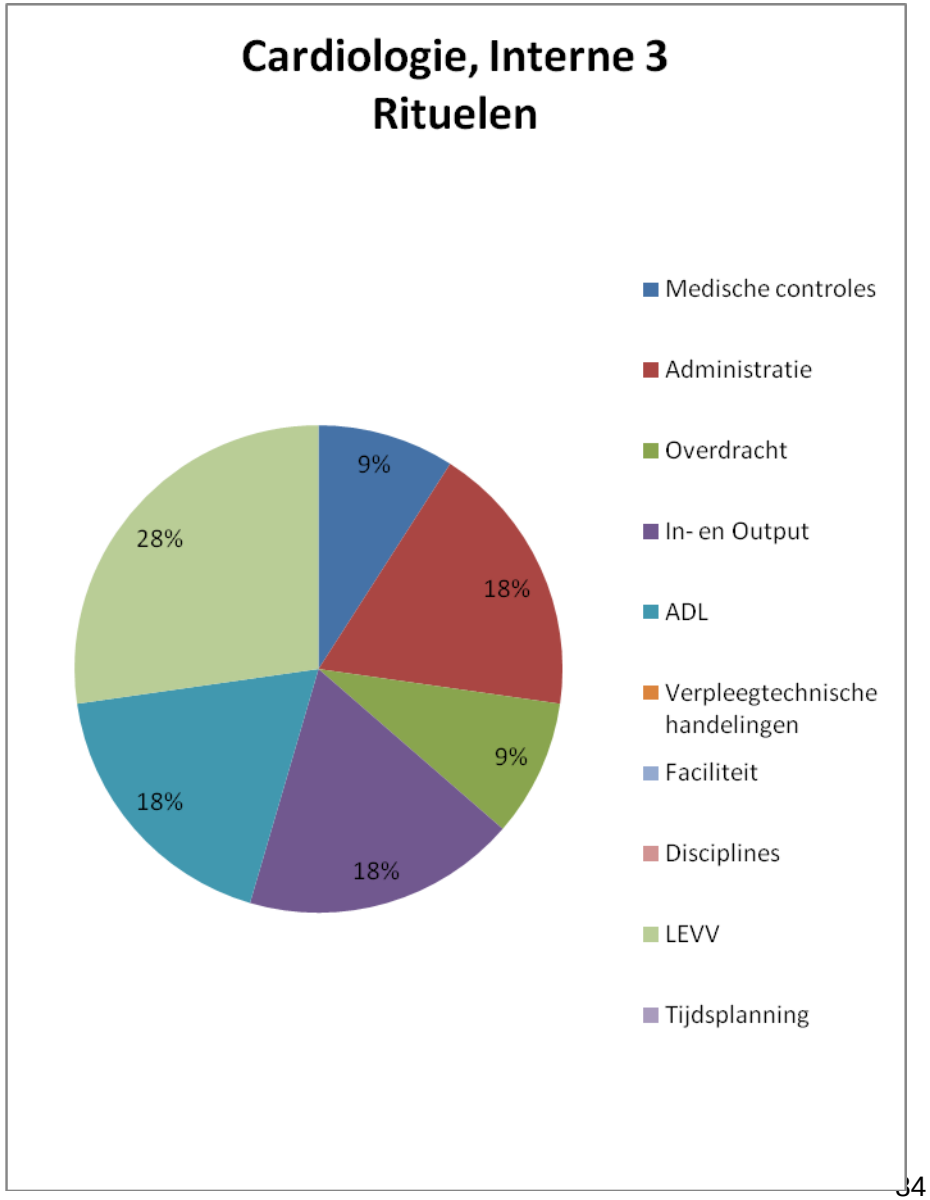

Gyneacologie, Urologie, Orthopedie
Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

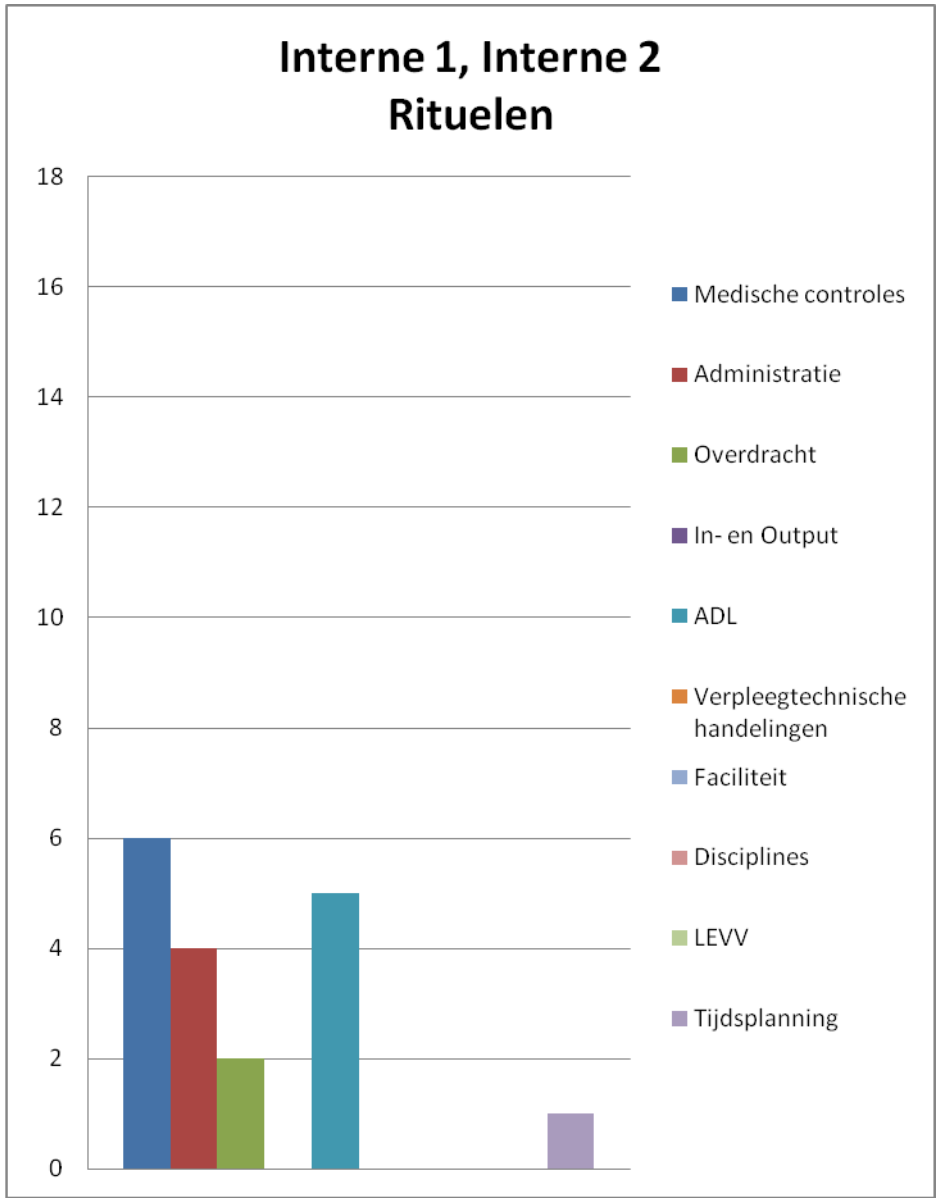

Gyneacologie, Urologie, Orthopedi
e
Rituelen
47%
13%
10%
3%
7%
20%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

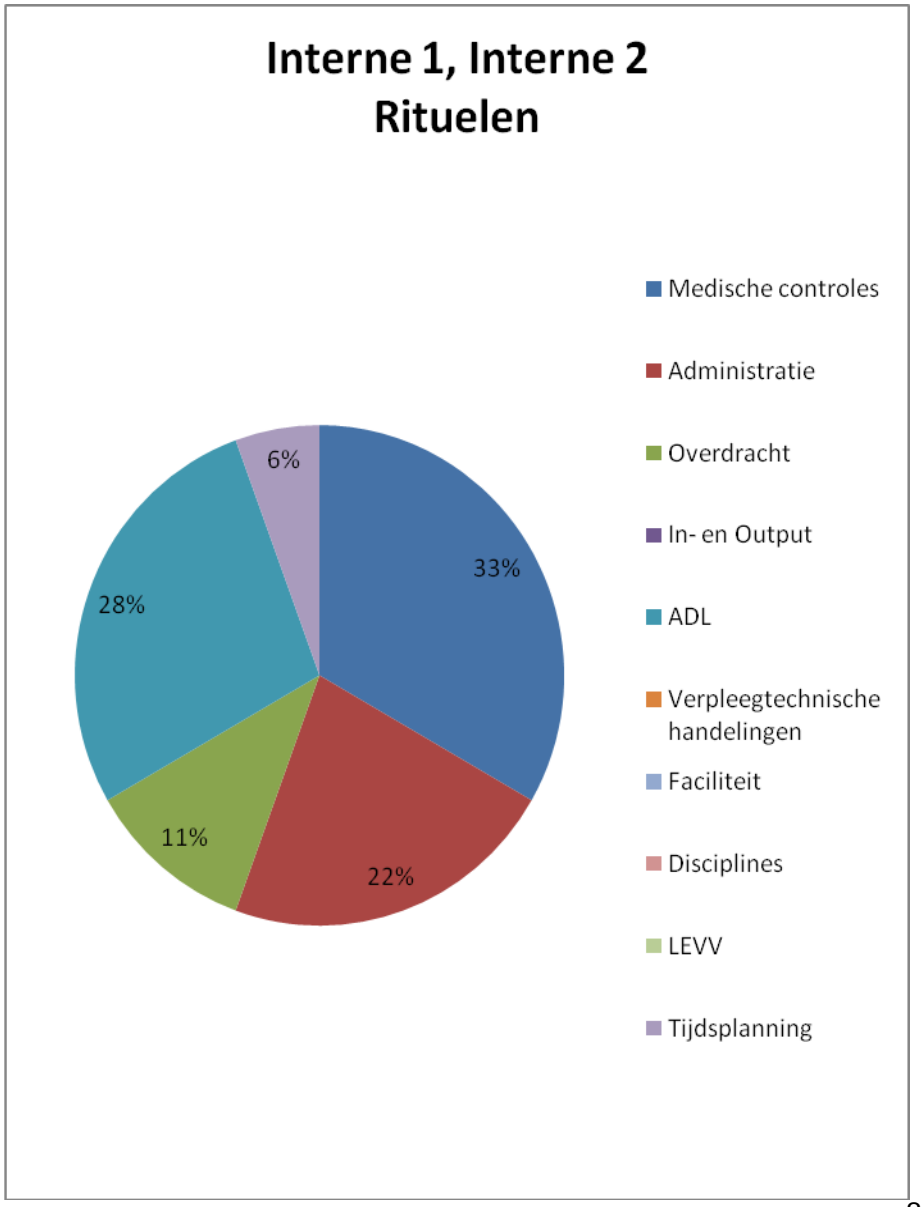

Dialyse Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

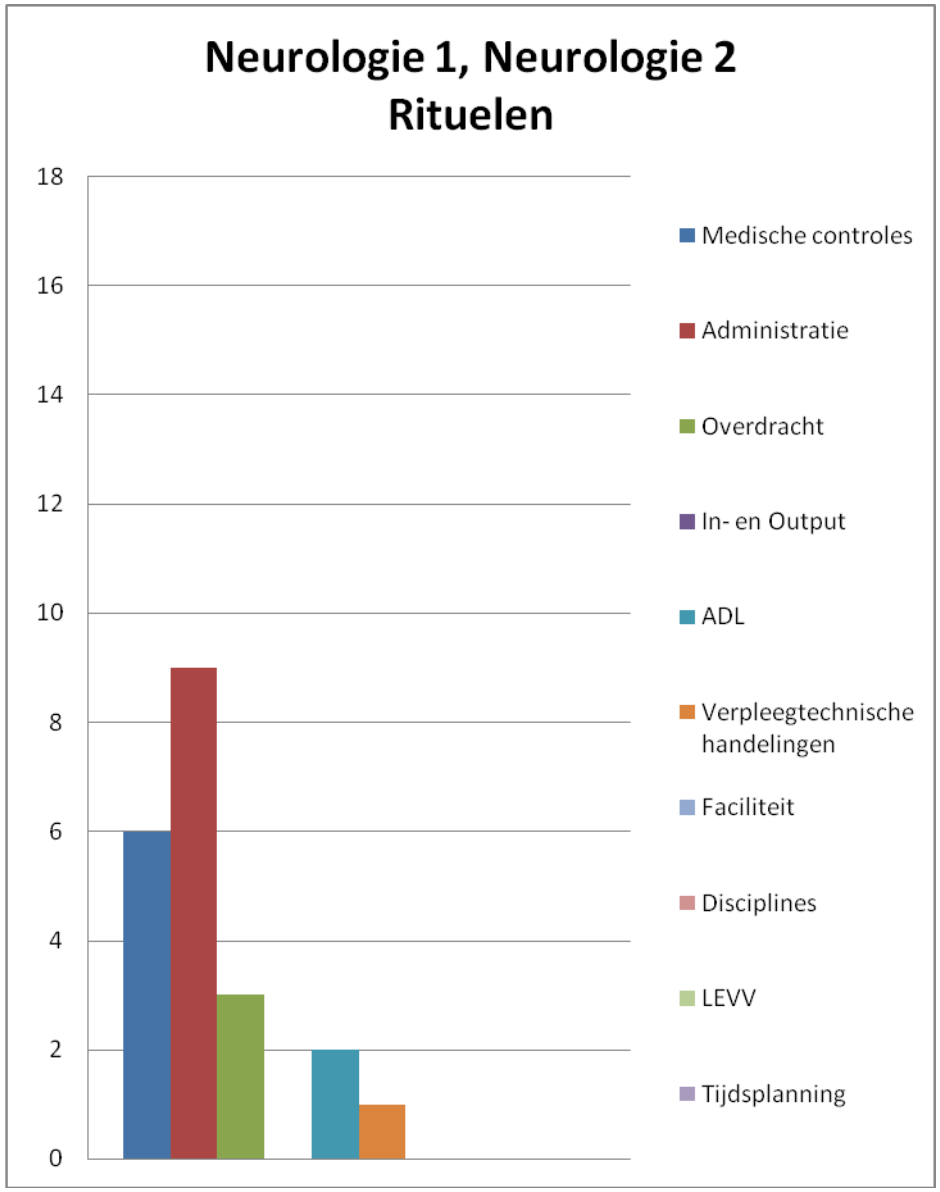

Dialyse Rituelen
17%
16%
67%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

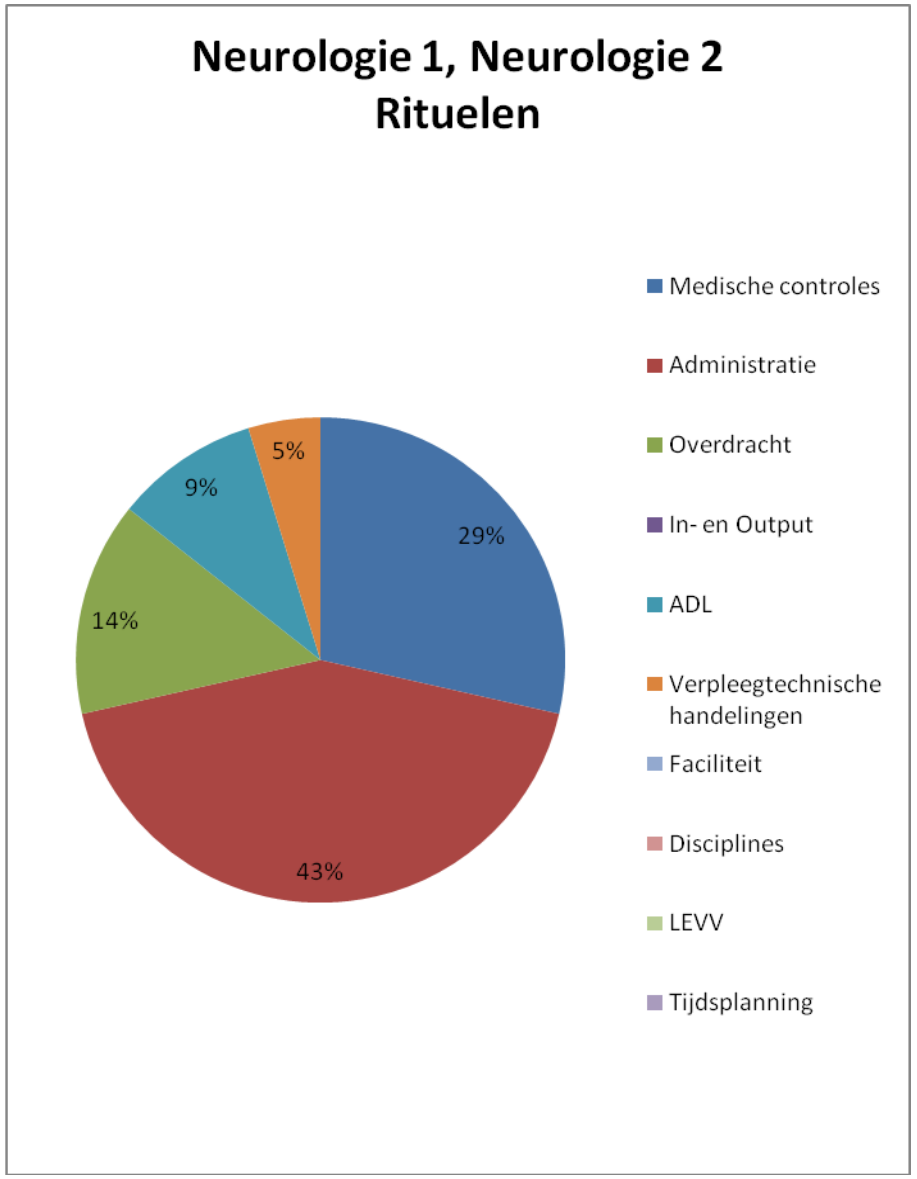

Cardiologie, Interne 3
Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

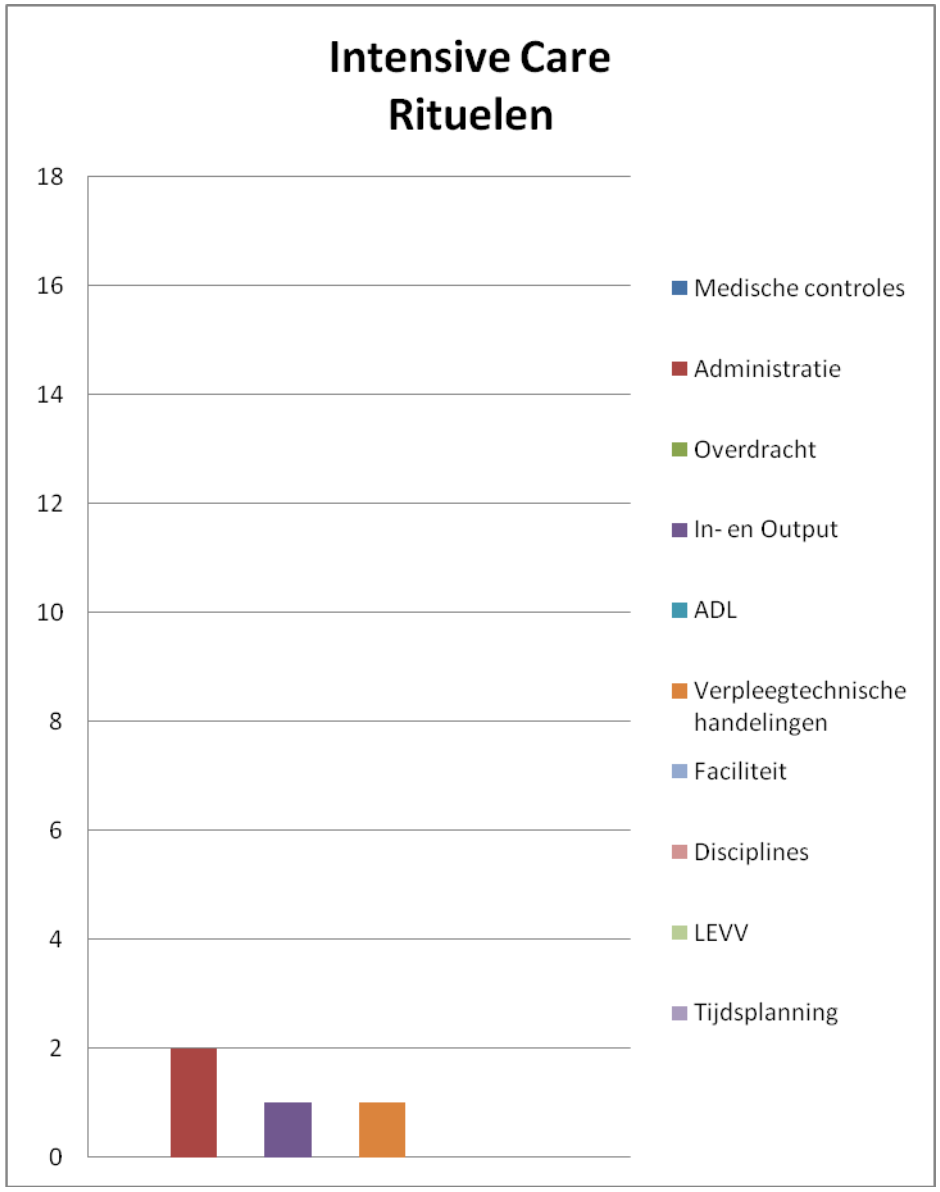

Cardiologie, Interne 3
Rituelen
9%
18%
9%
18%
18%
28%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

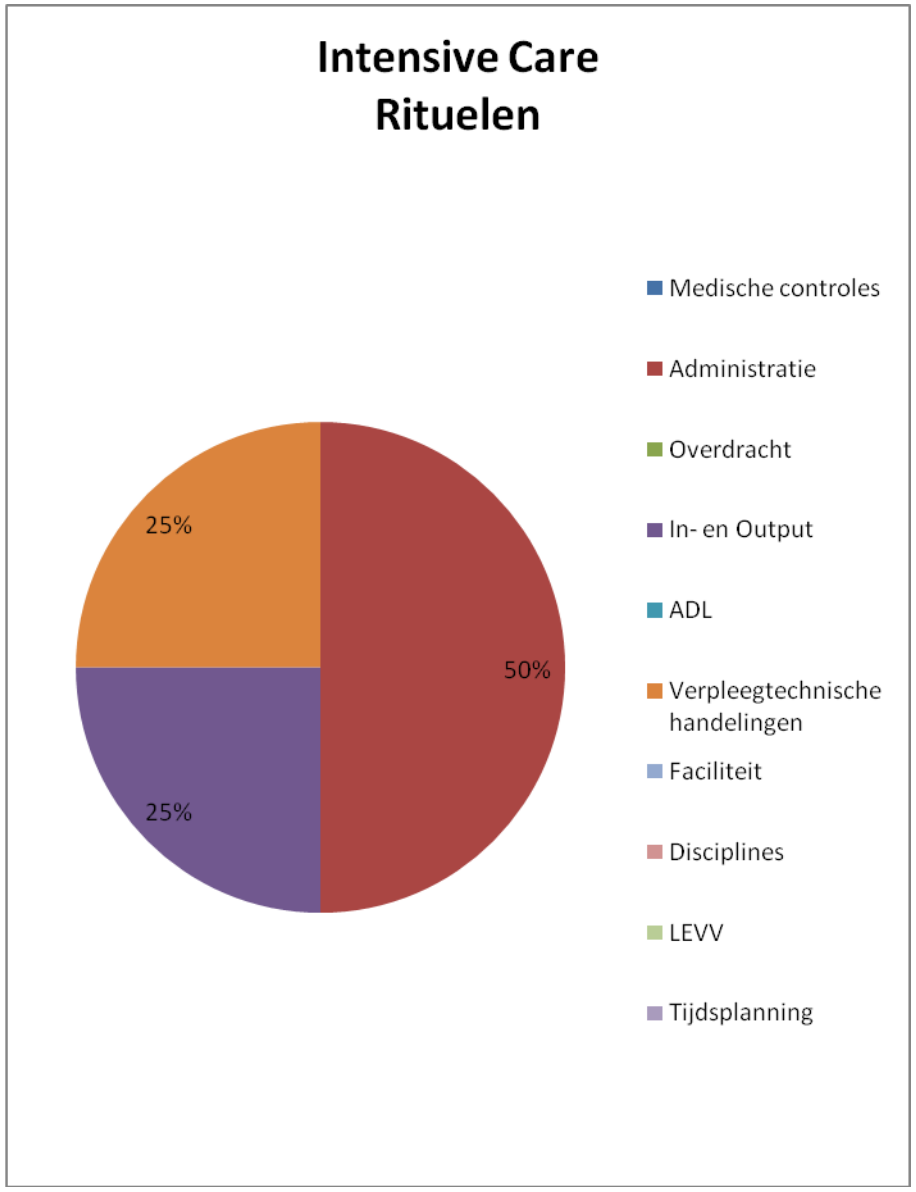

Interne 1, Interne 2
Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

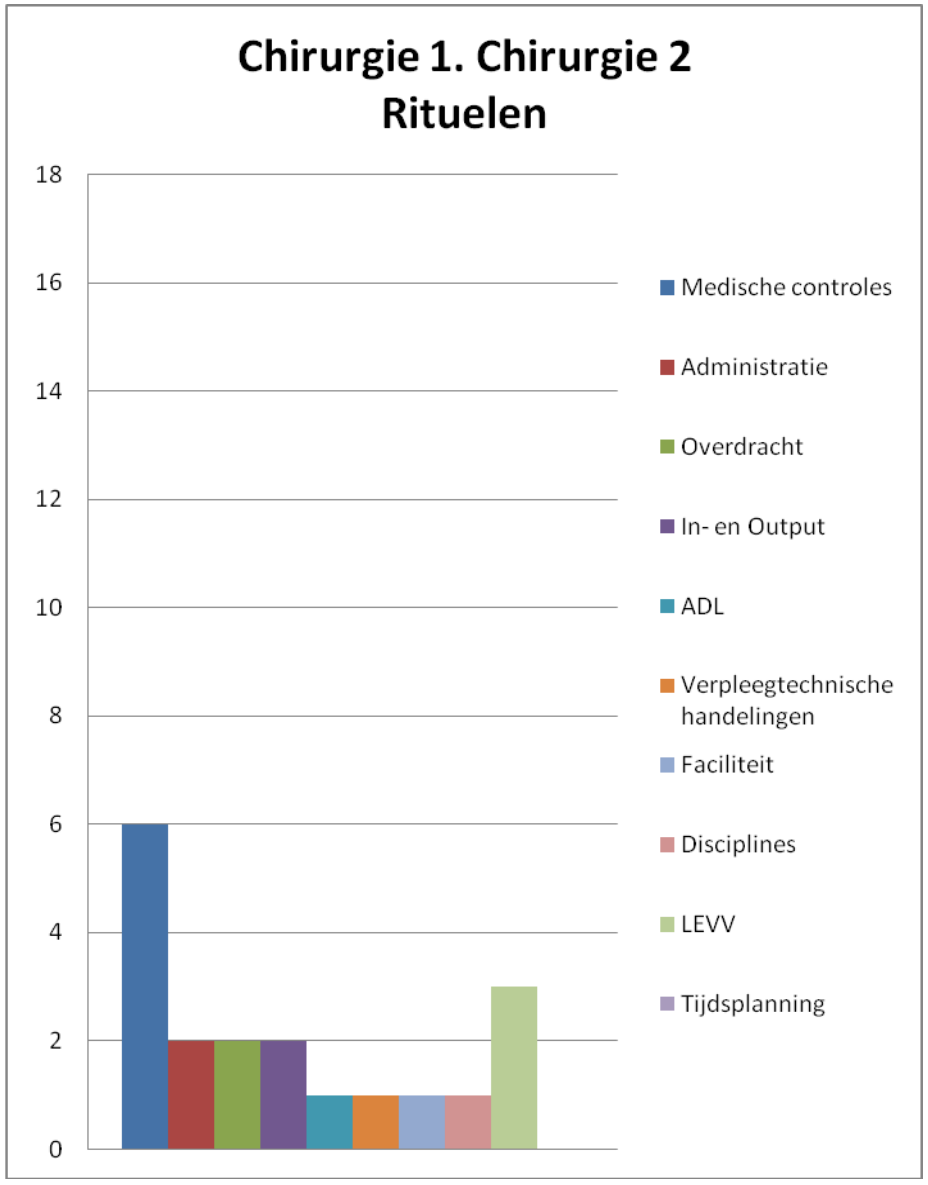

Interne 1, Interne 2
Rituelen
33%
22%
11%
28%
6%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

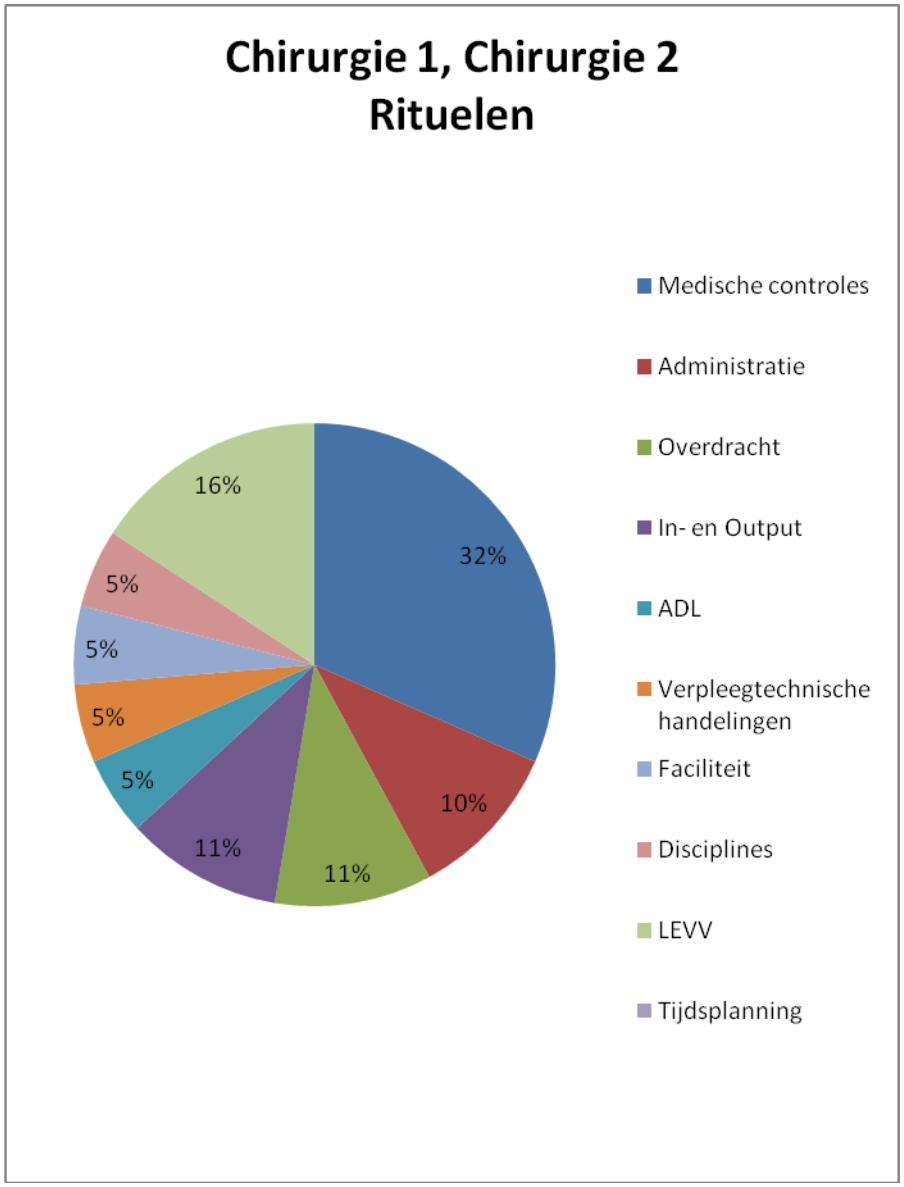

Neurologie 1, Neurologie 2
Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

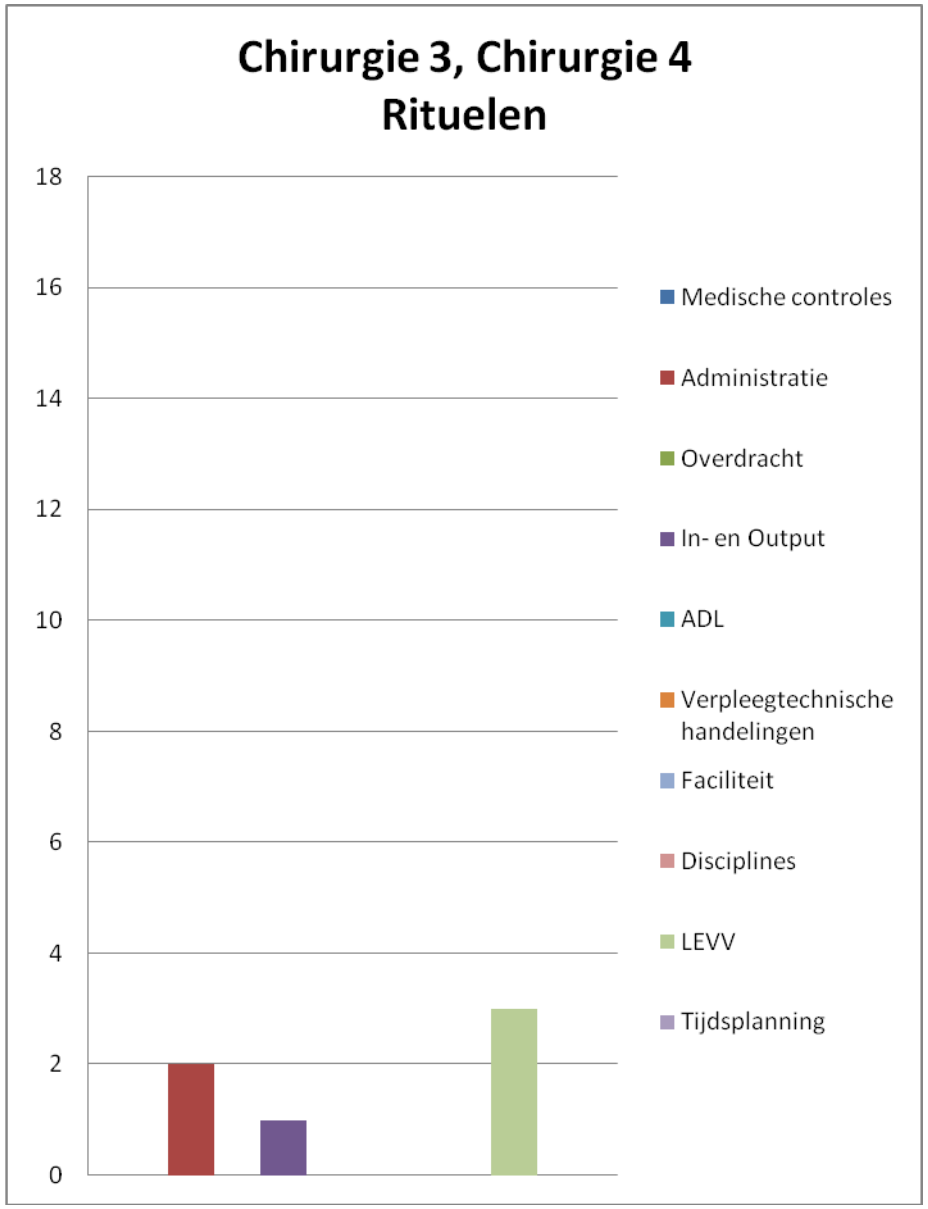

Neurologie 1, Neurologie 2
Rituelen
29%
43%
14%
9%
5%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

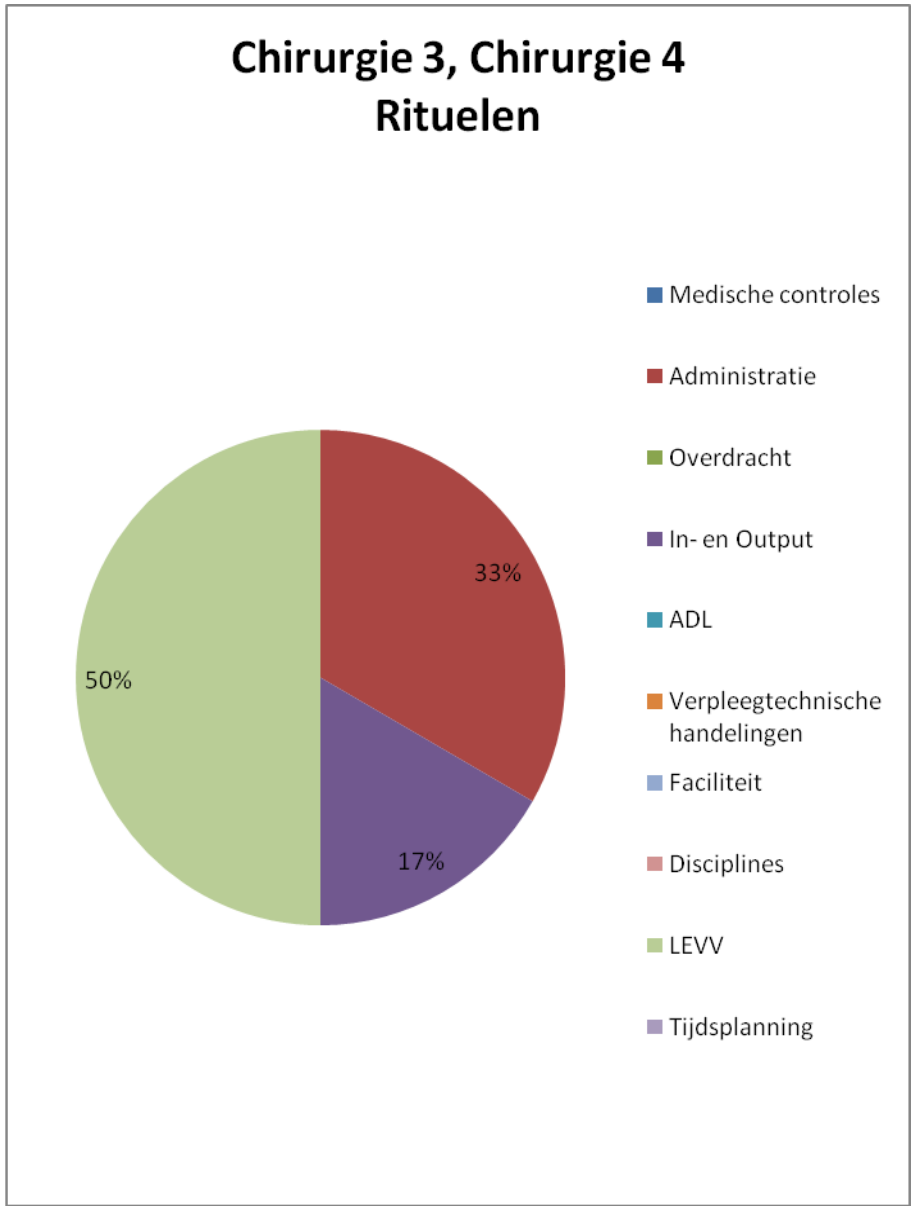

Intensive Care Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

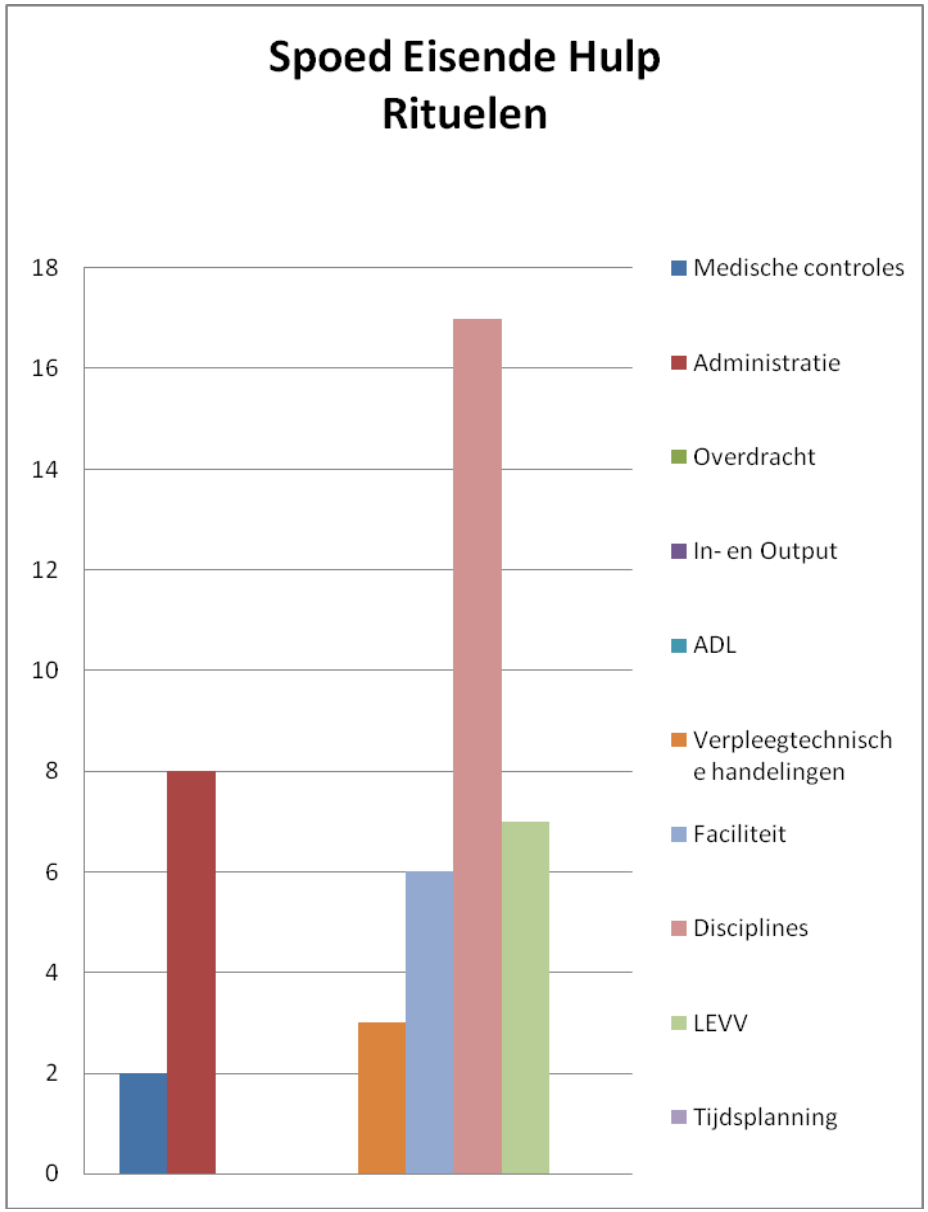

Intensive Care Rituelen
25%
50%
25%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

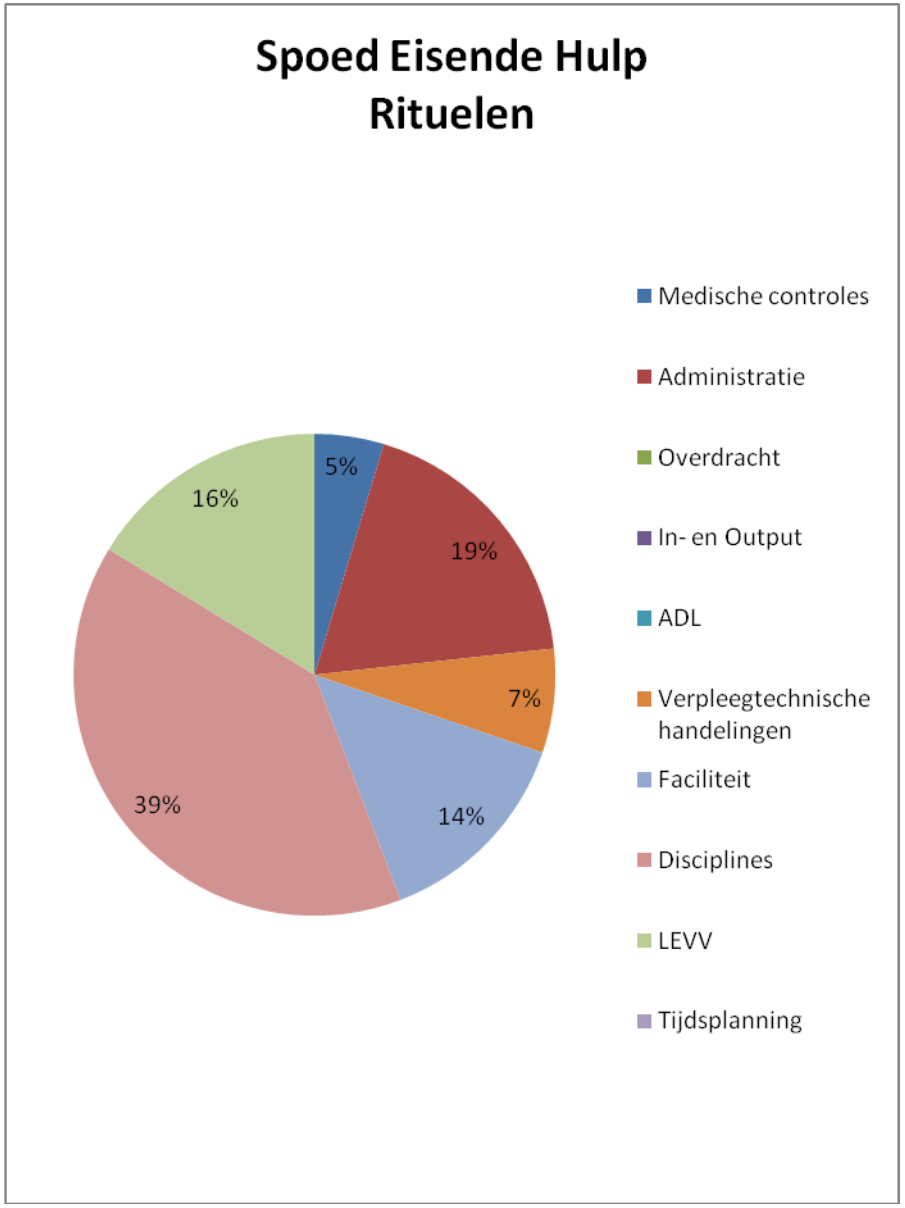

Chirurgie 1. Chirurgie 2
Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

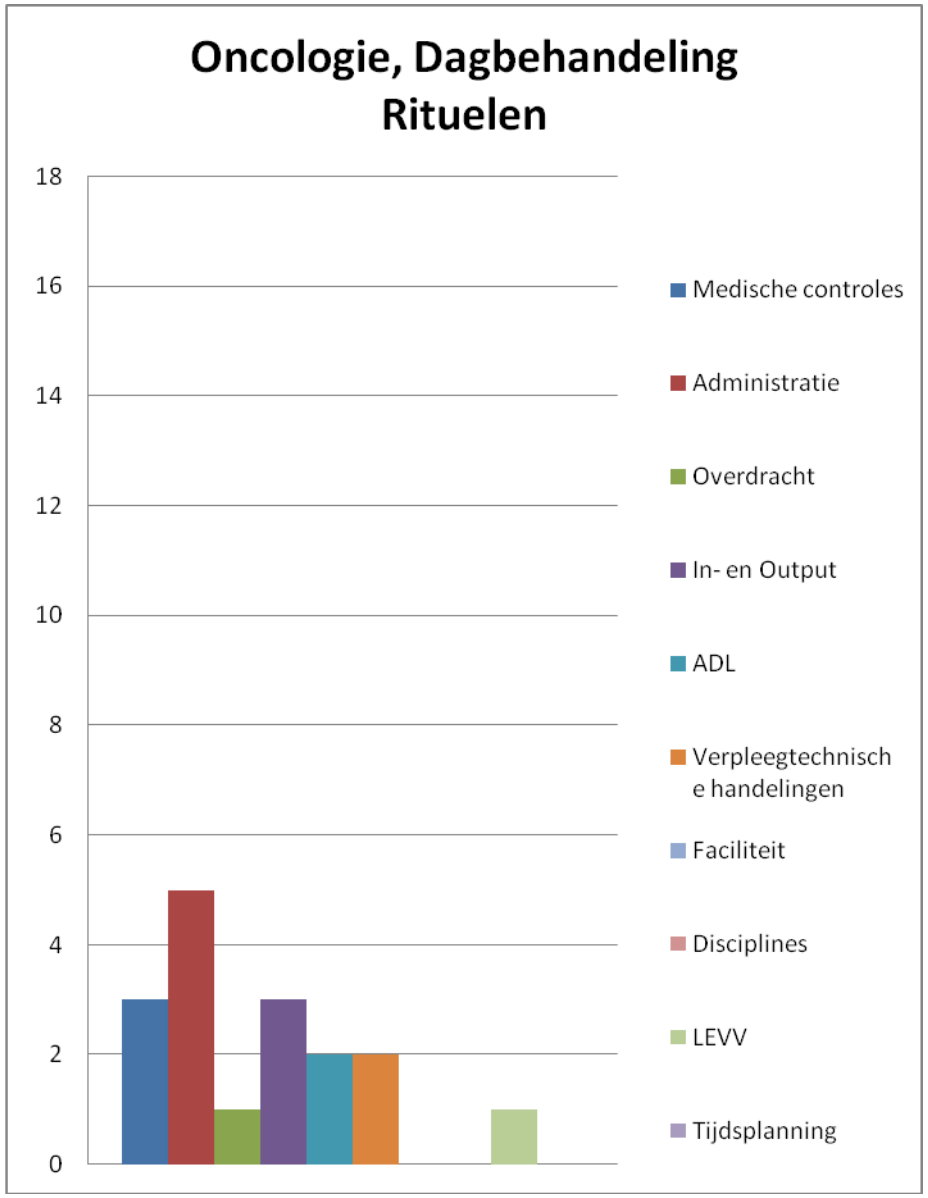

Chirurgie 1, Chirurgie 2
Rituelen
32%
10%
11%
11%
5%
5%
5%
5%
16%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

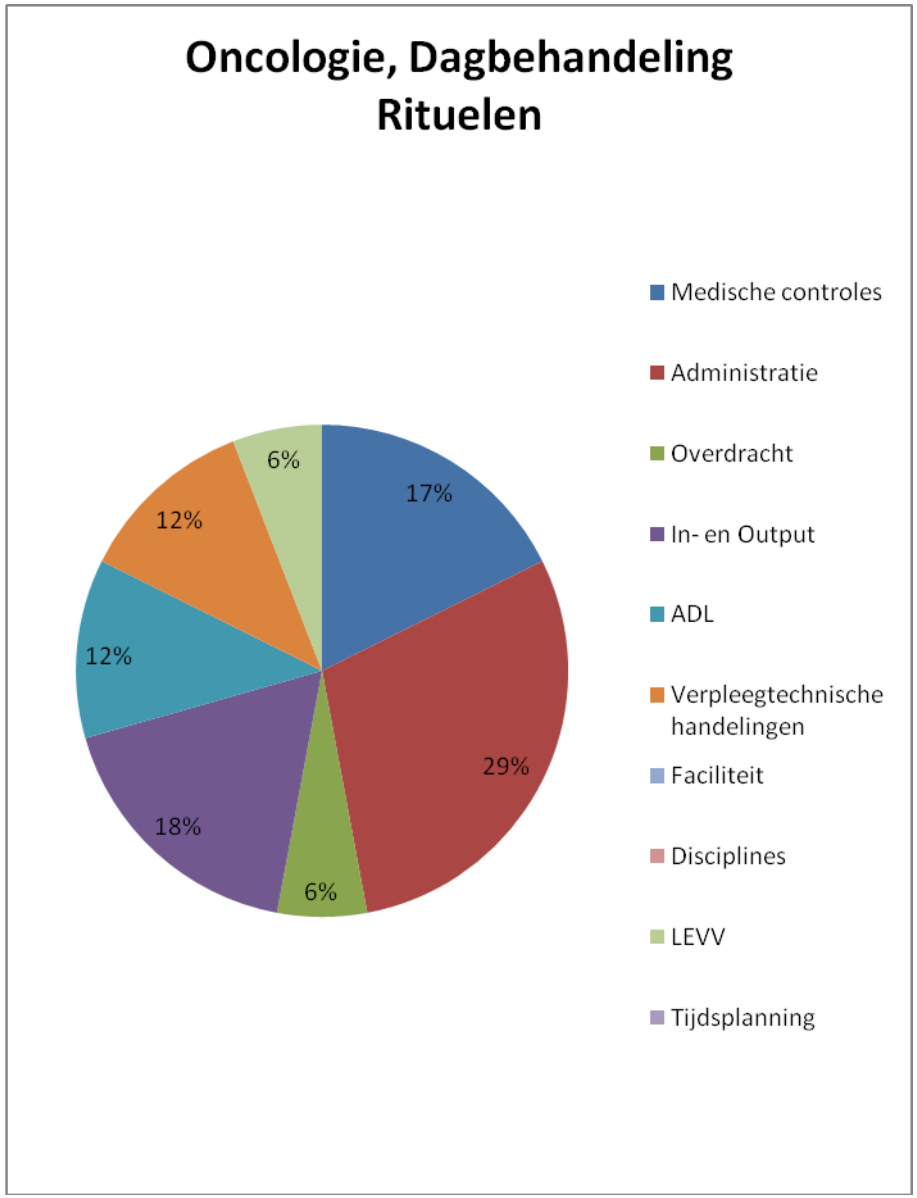

Chirurgie 3, Chirurgie 4
Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

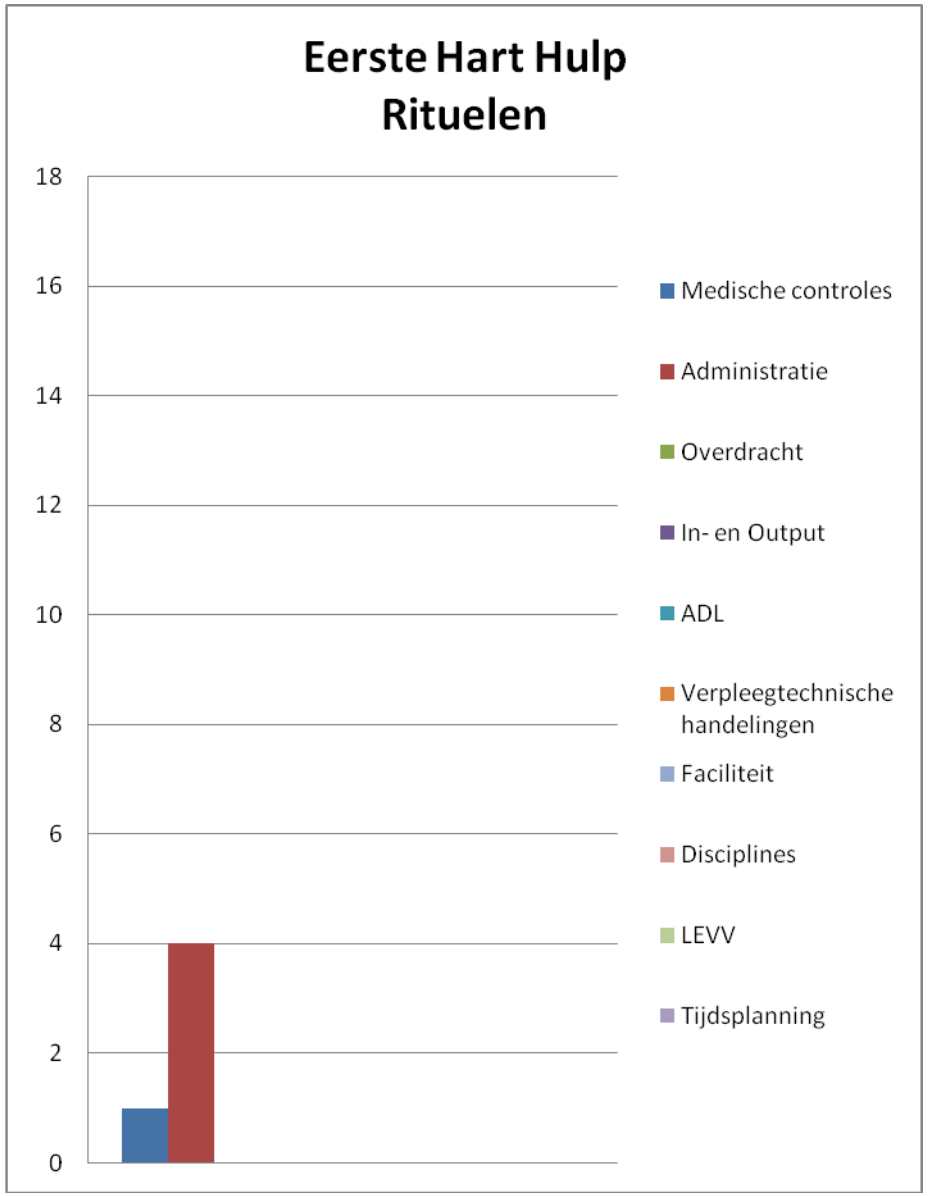

Chirurgie 3, Chirurgie 4
Rituelen
33%
17%
50%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

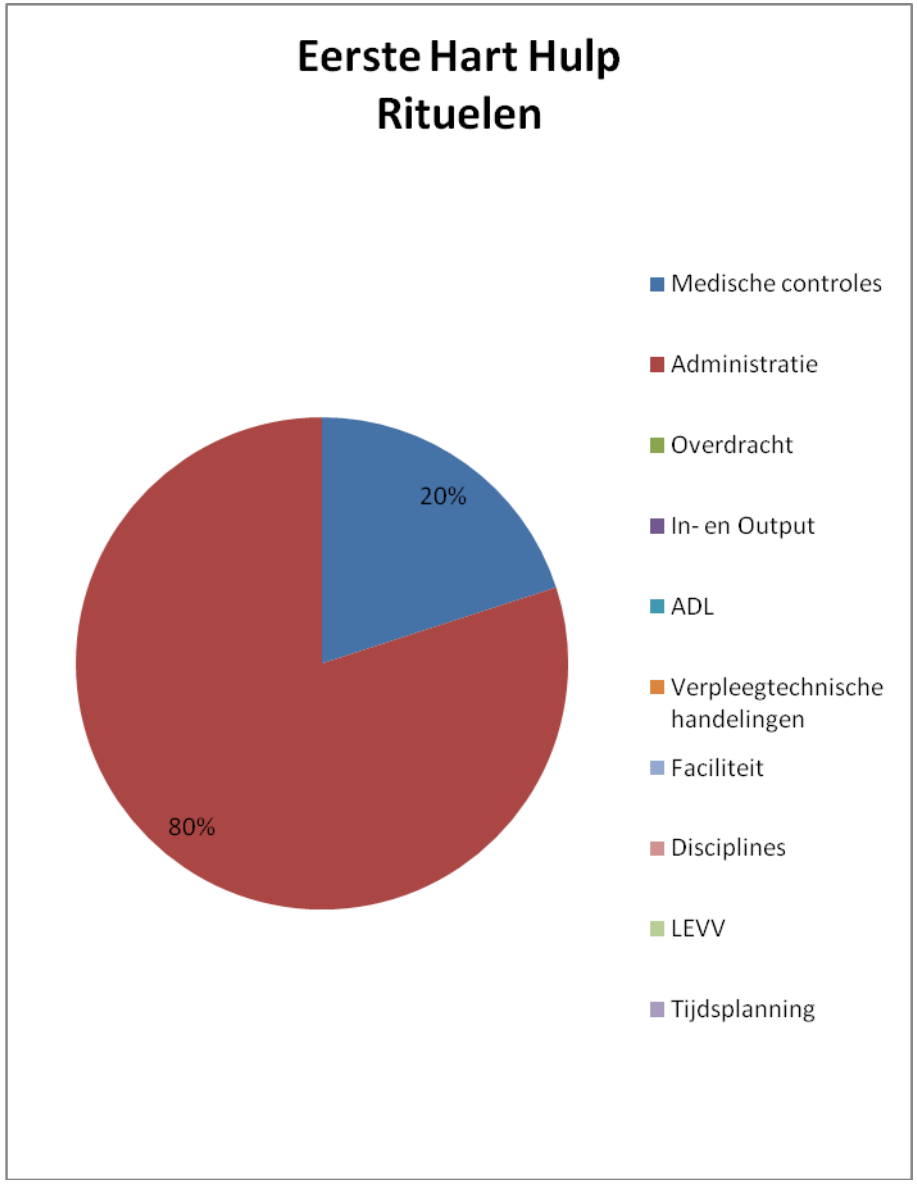

Spoed Eisende Hulp Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

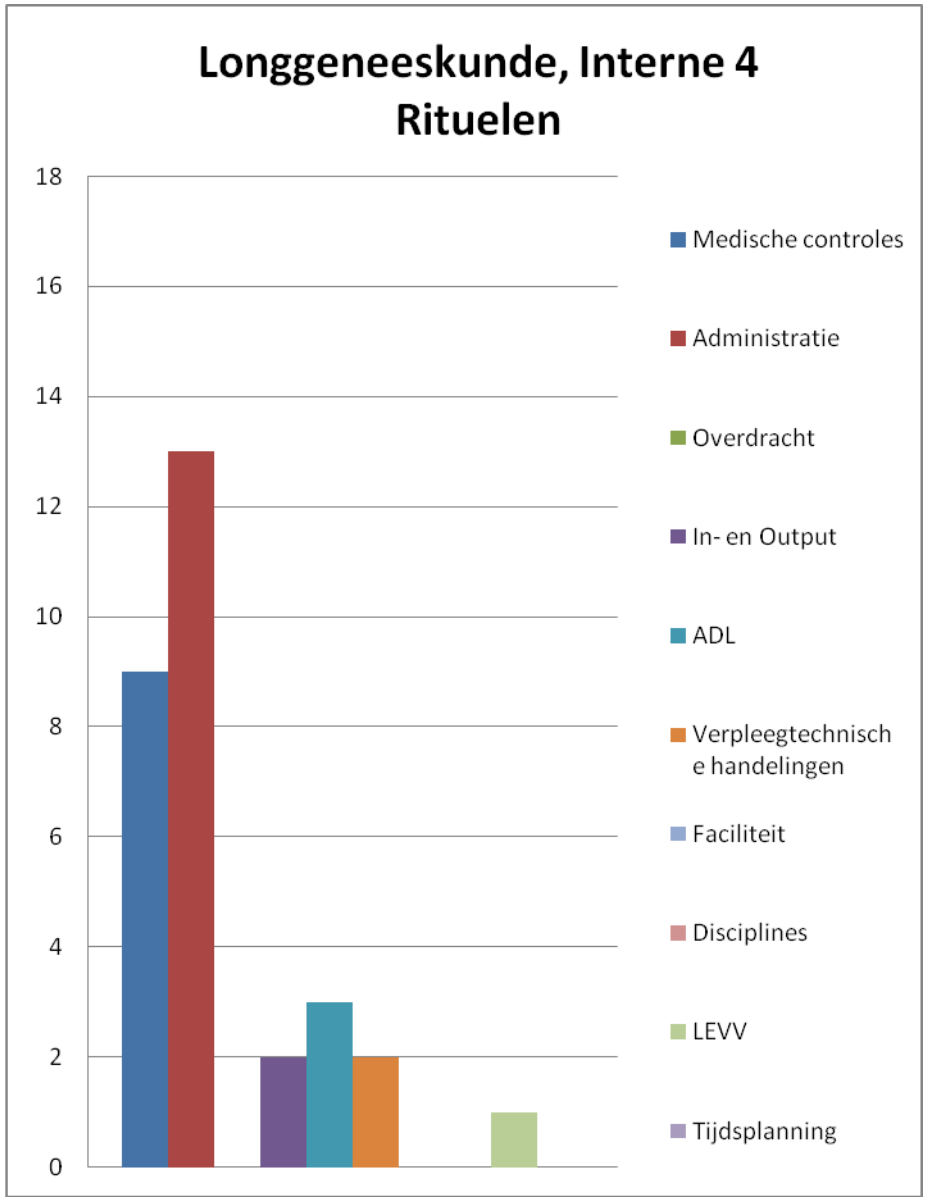

Spoed Eisende Hulp Rituelen
5%
19%
7%
14%
39%
16%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

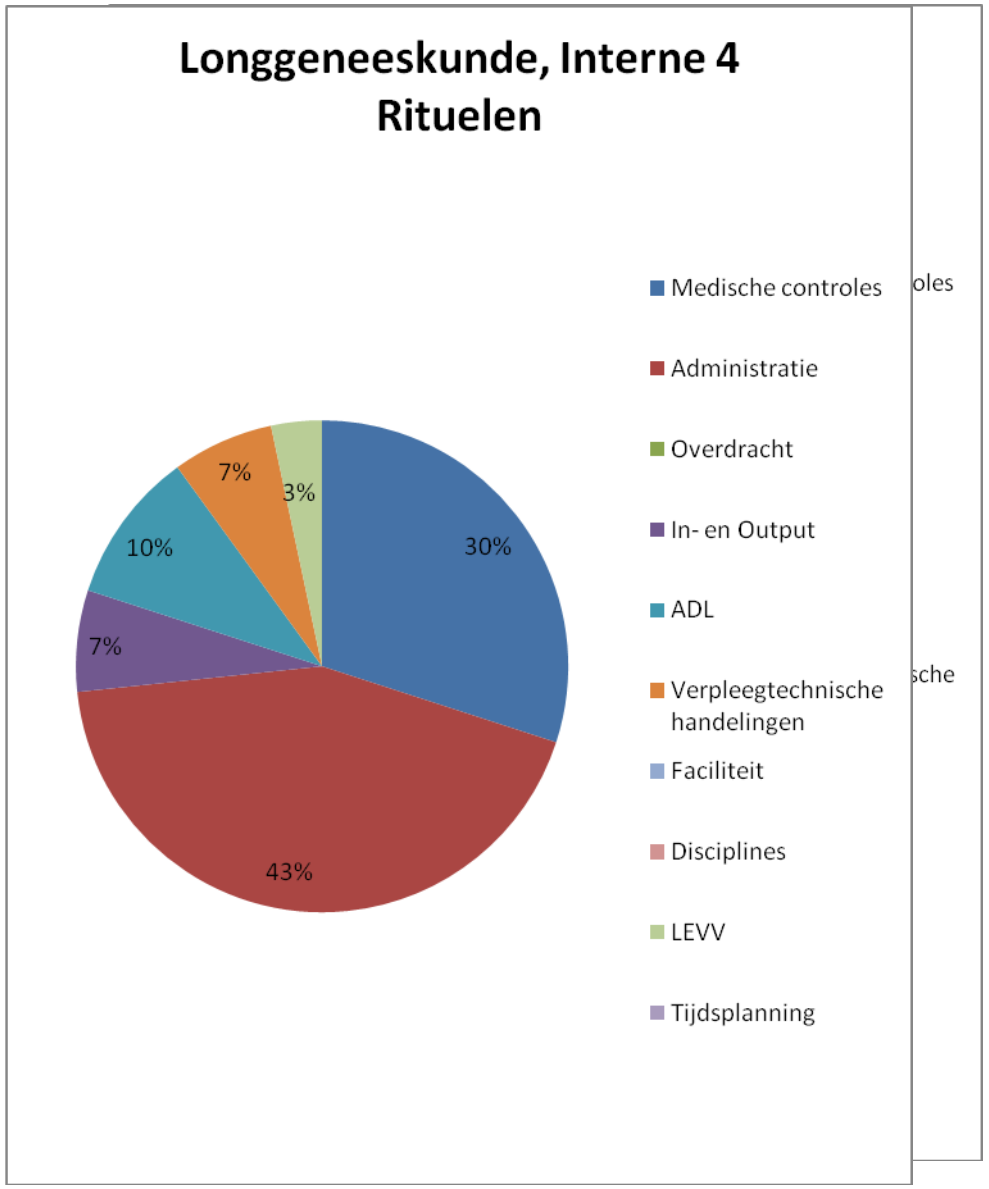

Oncologie, Dagbehandeling Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

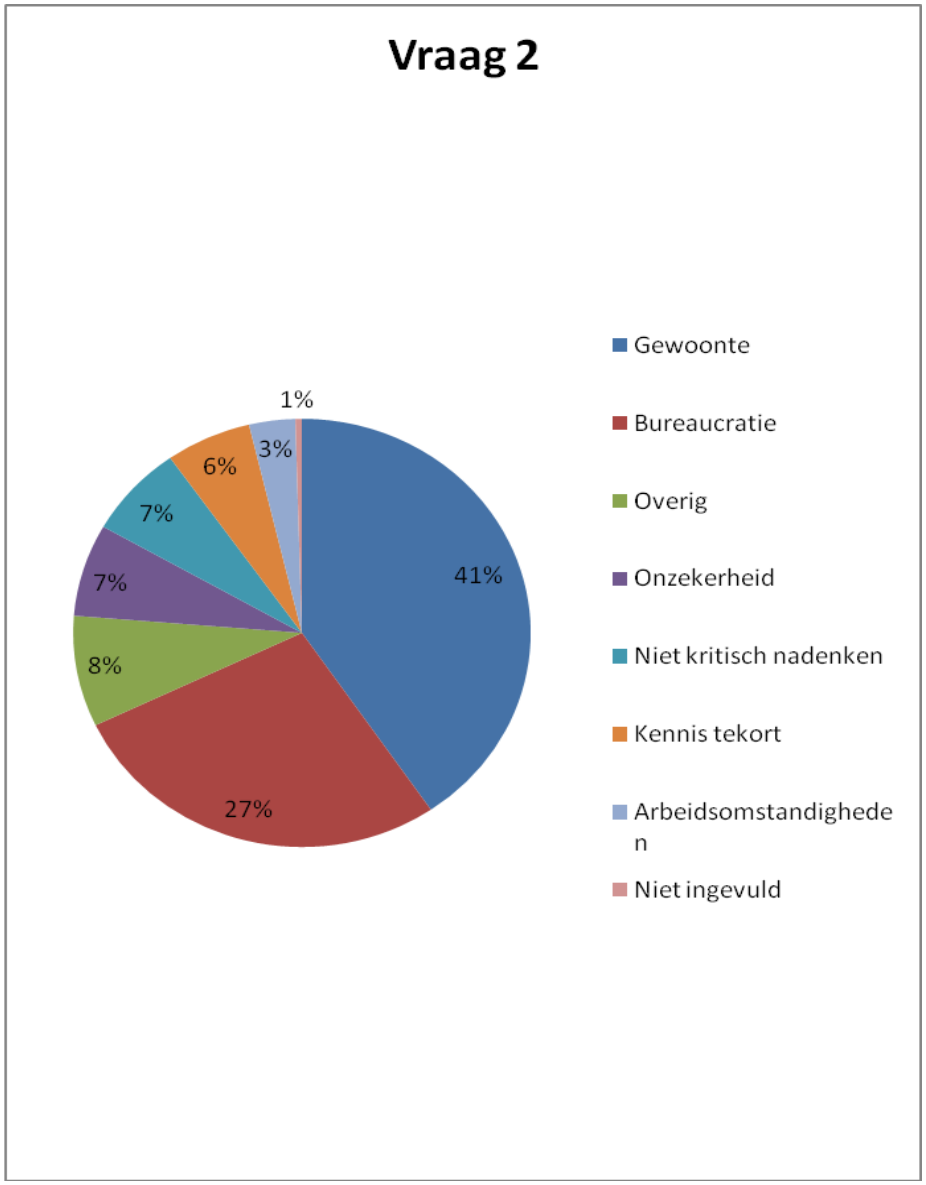

Oncologie, Dagbehandeling Rituelen
17%
29%
6%
18%
12%
12%
6%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

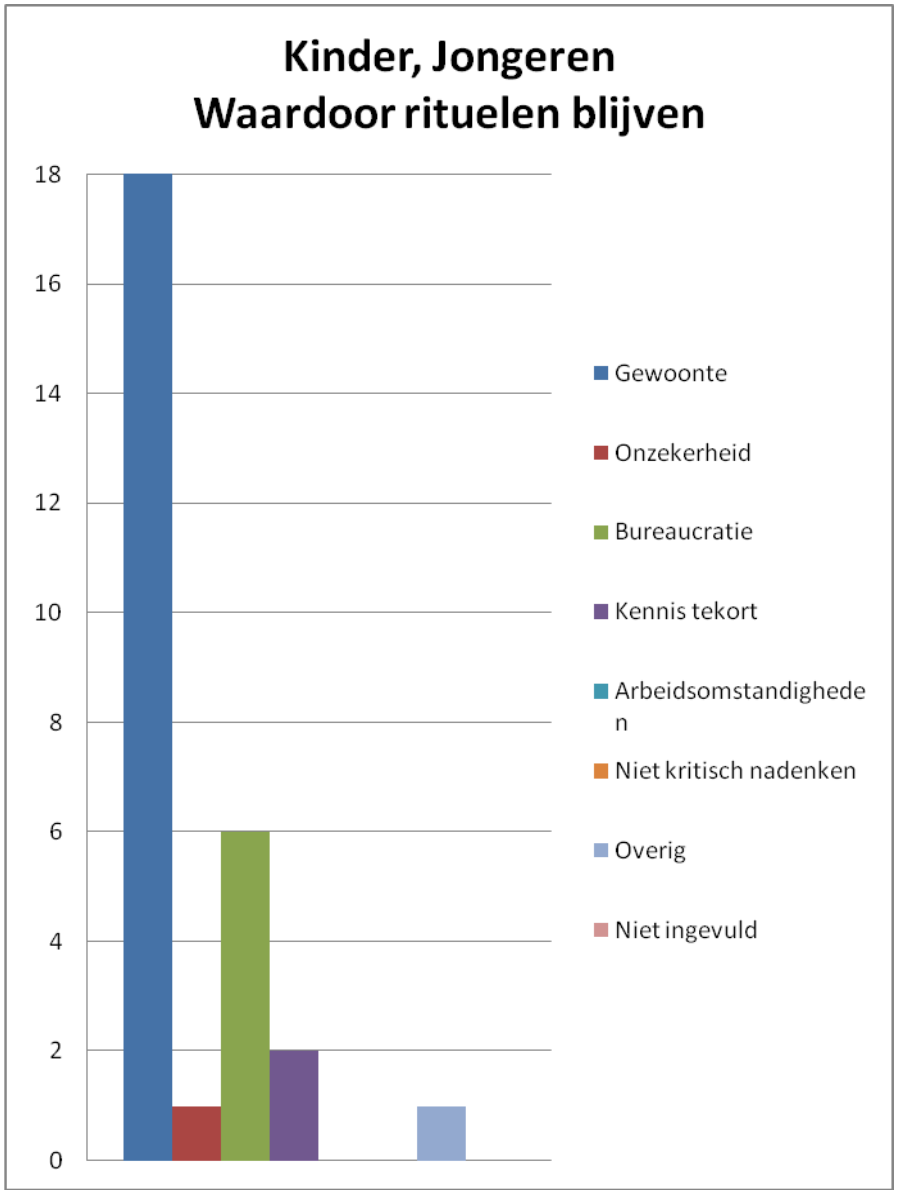

Eerste Hart Hulp Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

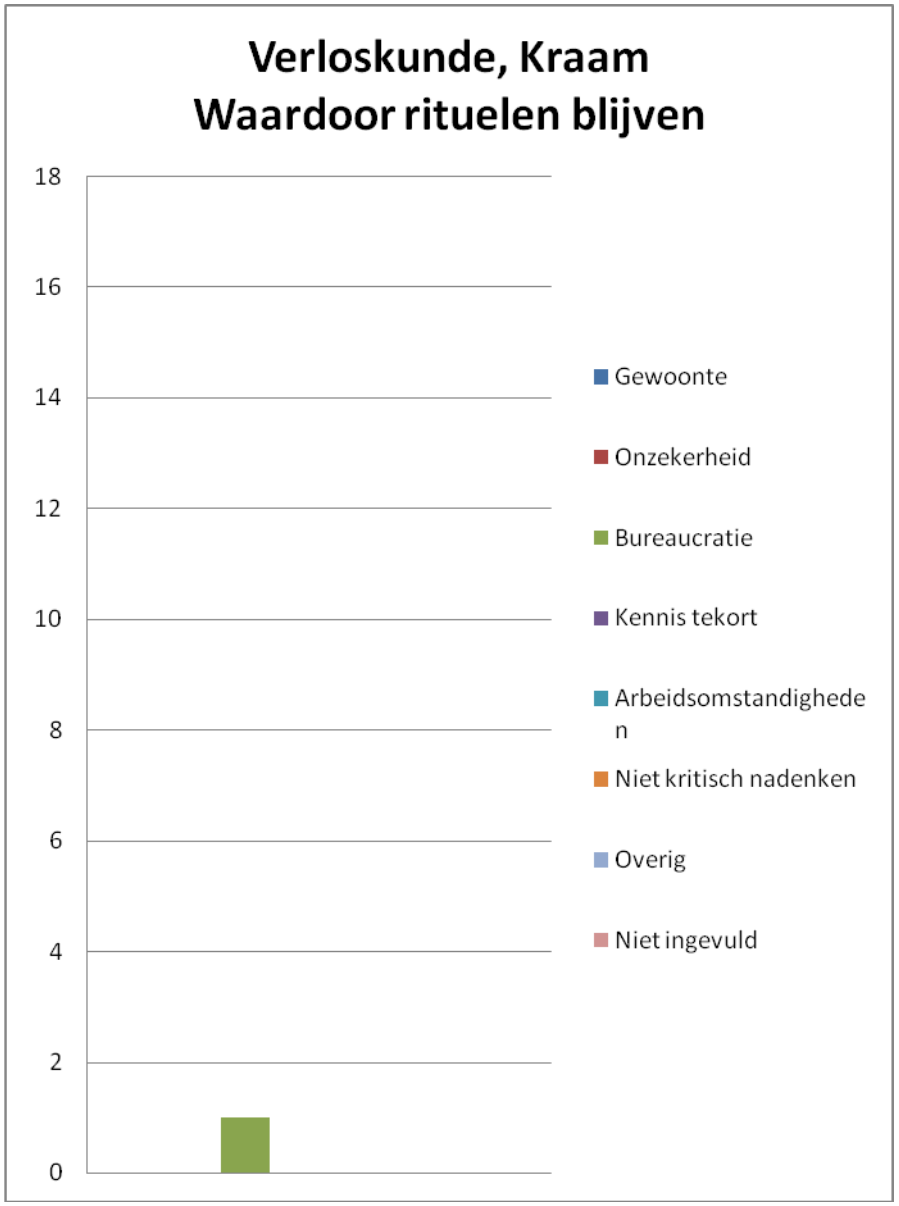

Eerste Hart Hulp Rituelen
20%
80%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

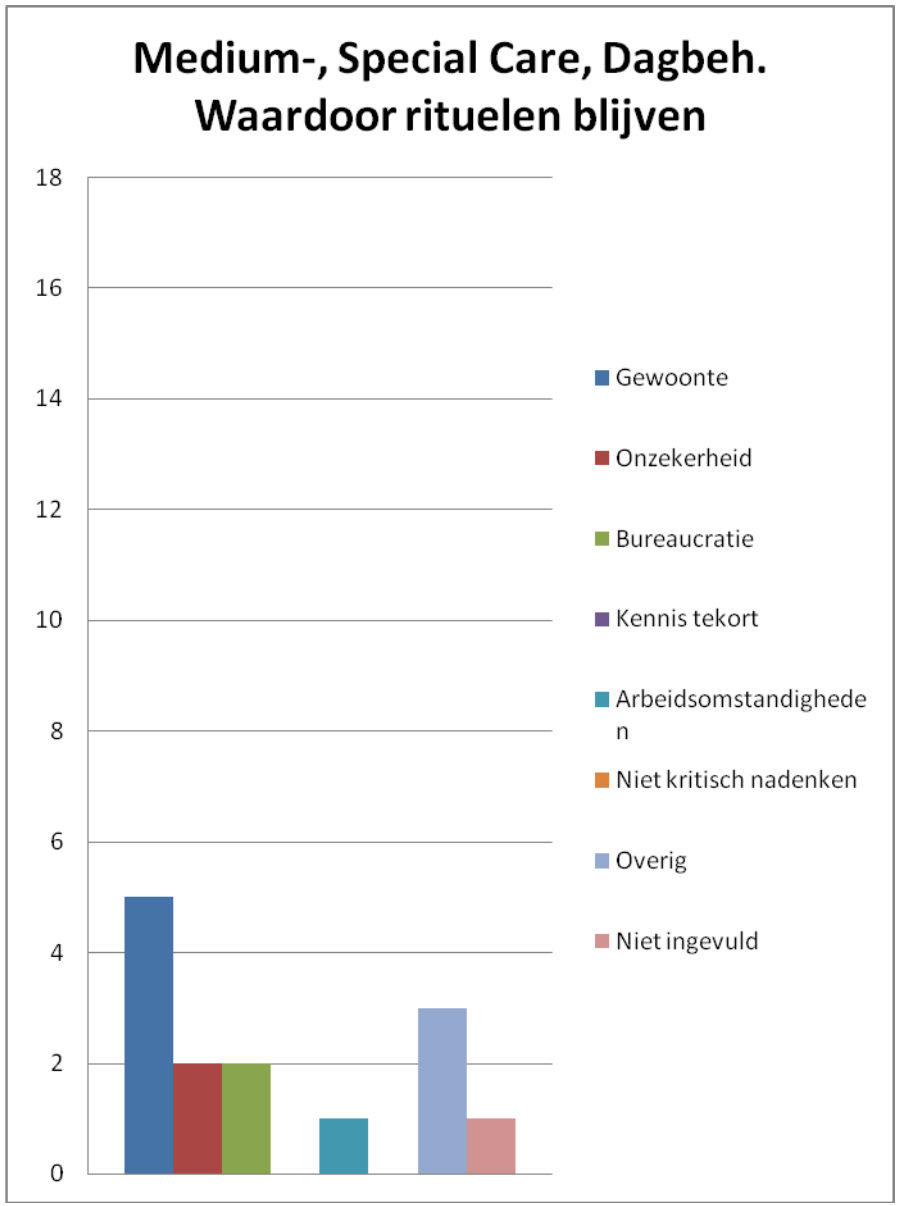

Longgeneeskunde, Interne 4 Rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

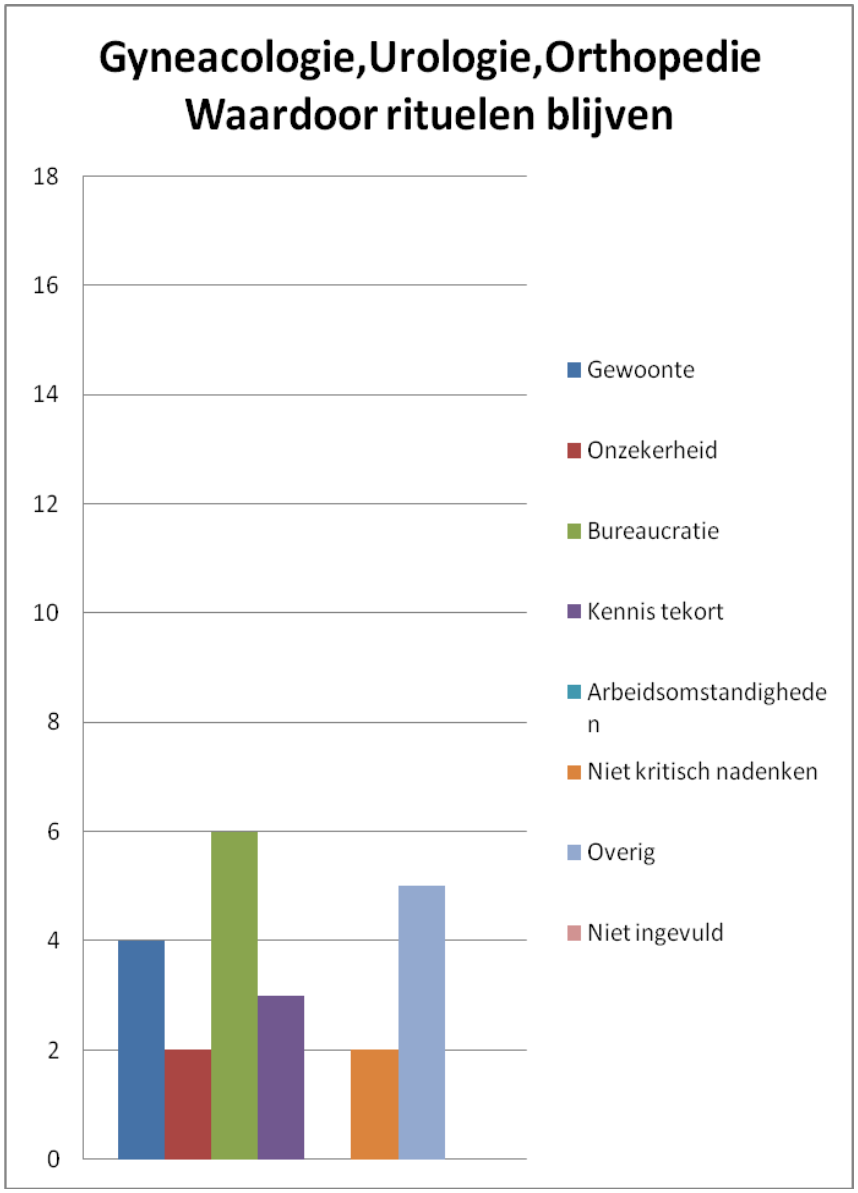

Longgeneeskunde, Interne 4 Rituelen
30%
43%
7%
10%
7%
3%
Medische controles
Administratie
Overdracht
In- en Output
ADL
Verpleegtechnische handelingen
Faciliteit
Disciplines
LEVV
Tijdsplanning

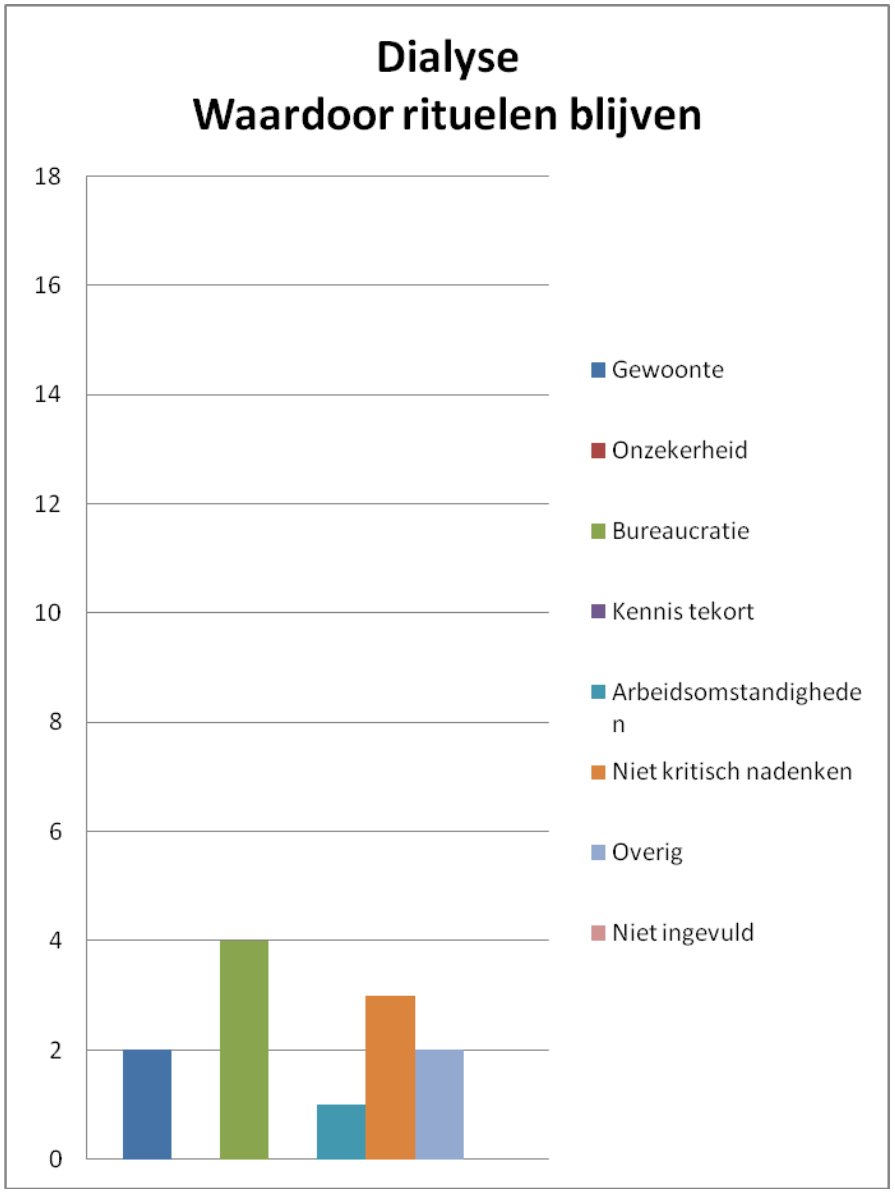

Vraag 2
41%
27%
8%
7%
7%
6%
3%
1%
Gewoonte
Bureaucratie
Overig
Onzekerheid
Niet kritisch nadenken
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet ingevuld

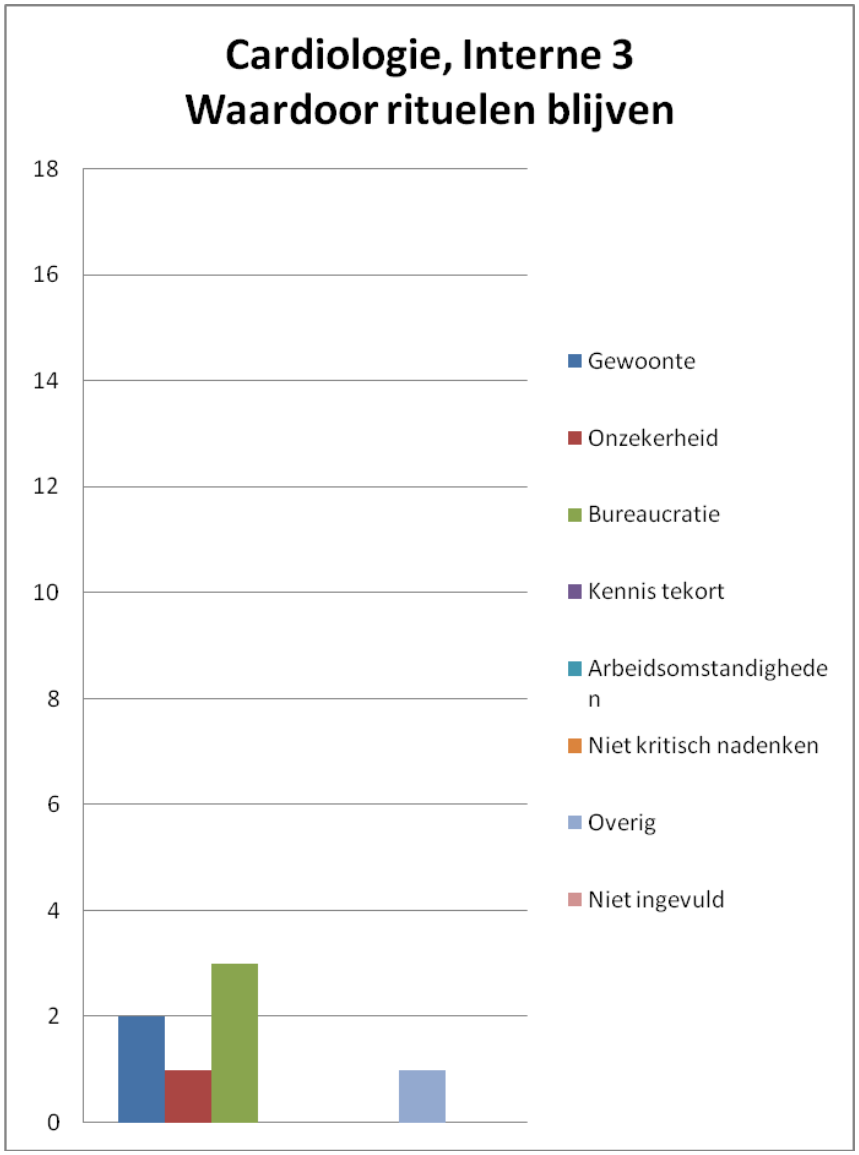

Kinder, Jongeren
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

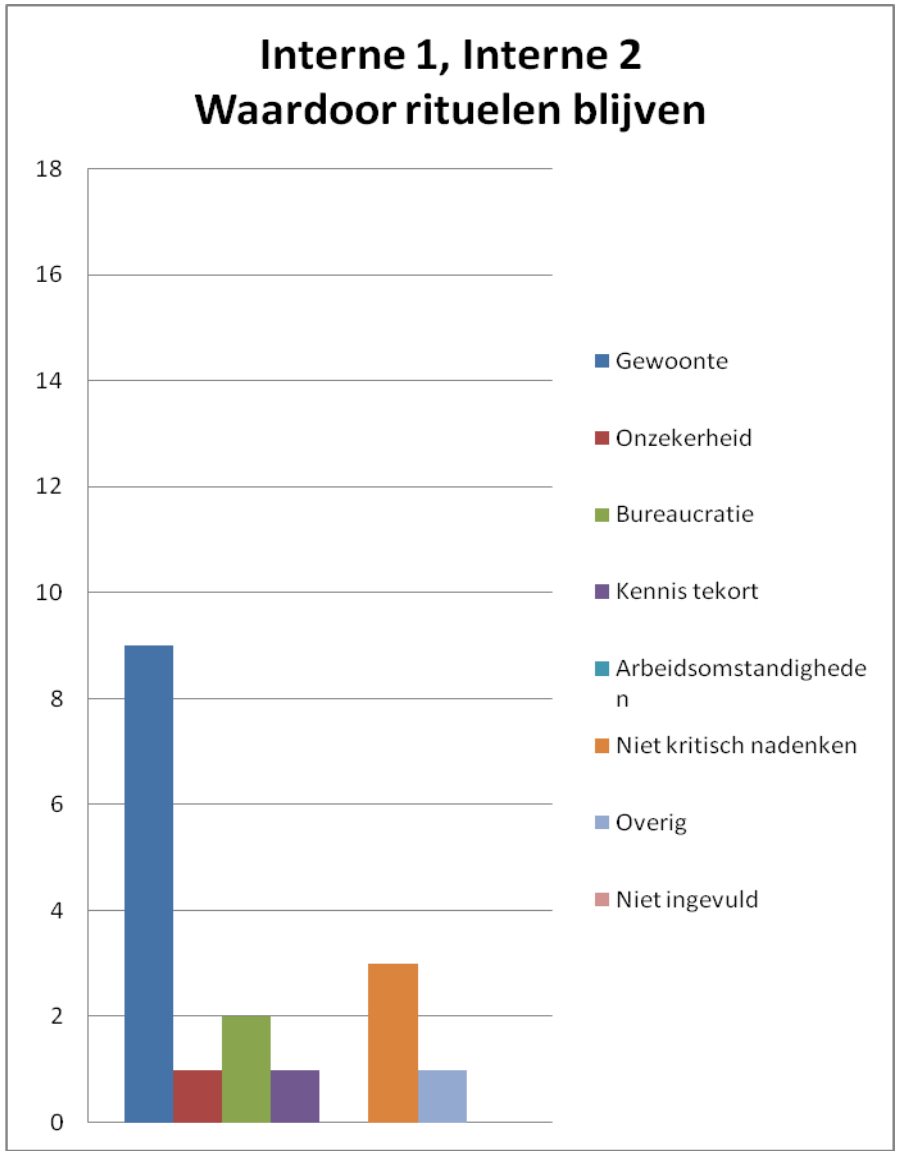

Verloskunde, Kraam
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

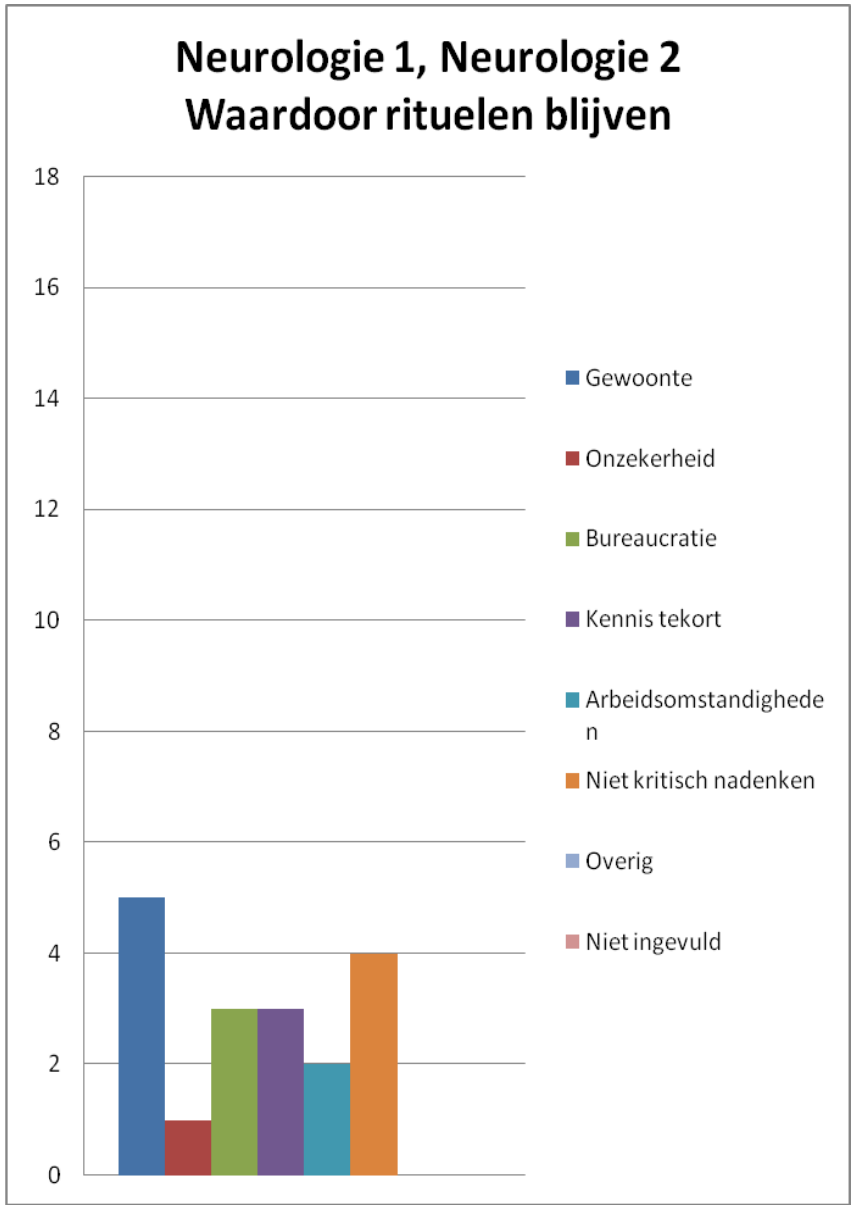

Medium-, Special Care, Dagbeh.
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

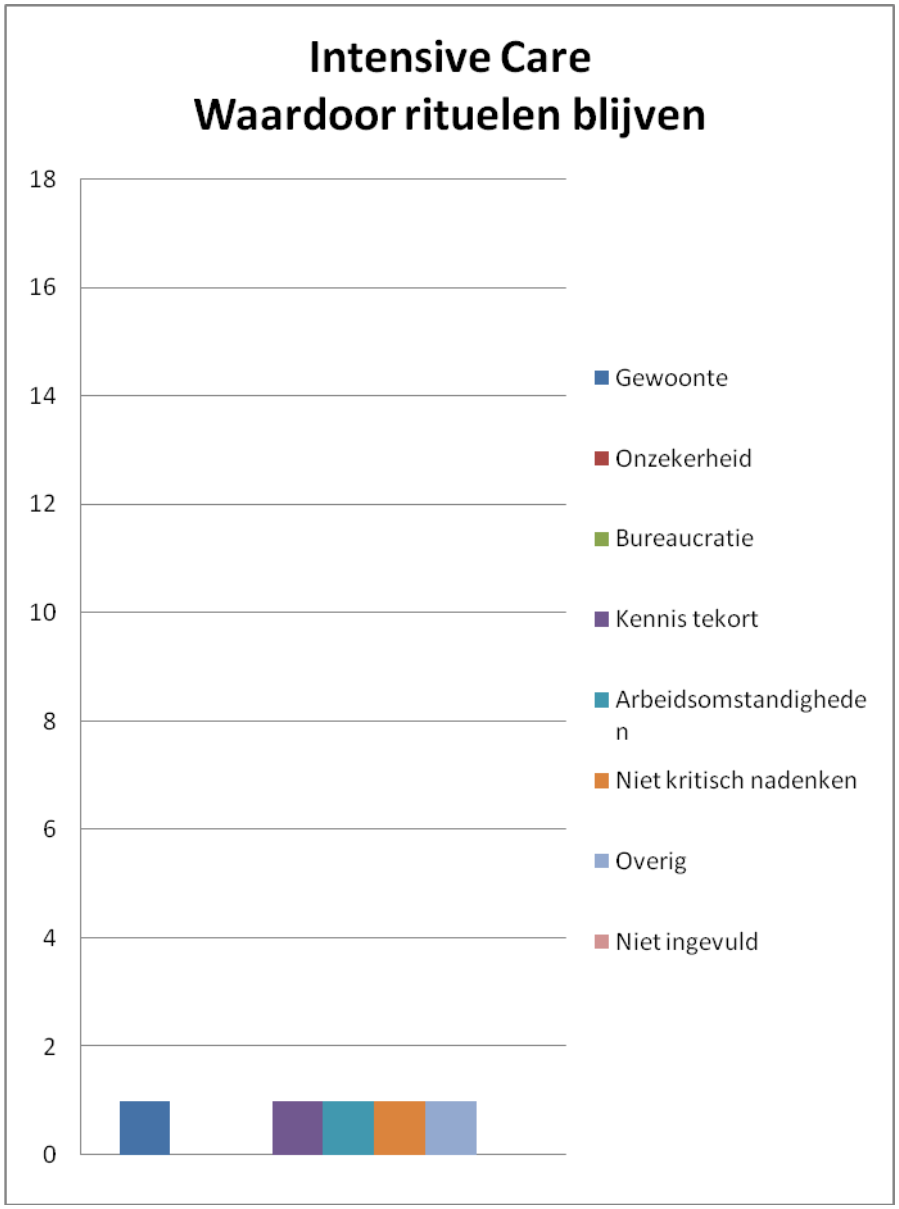

Gyneacologie,Urologie,Orthopedie
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

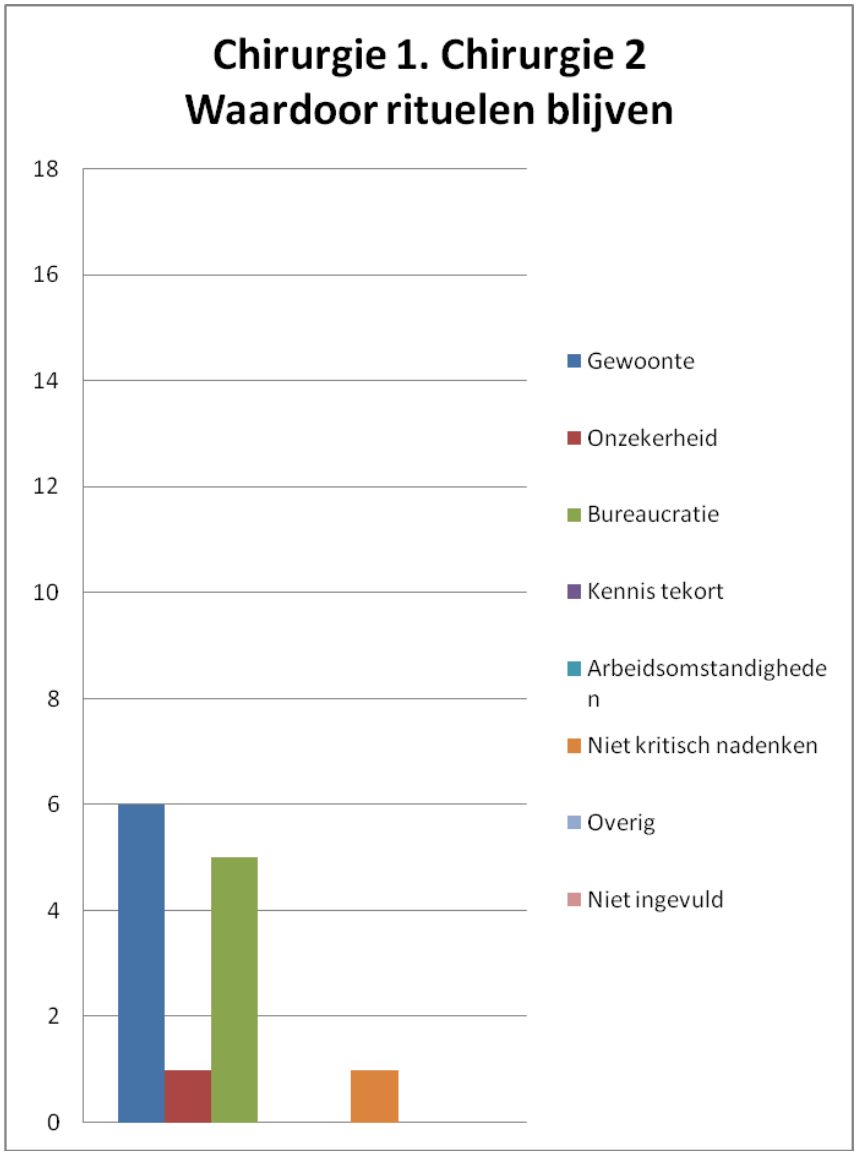

Dialyse
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

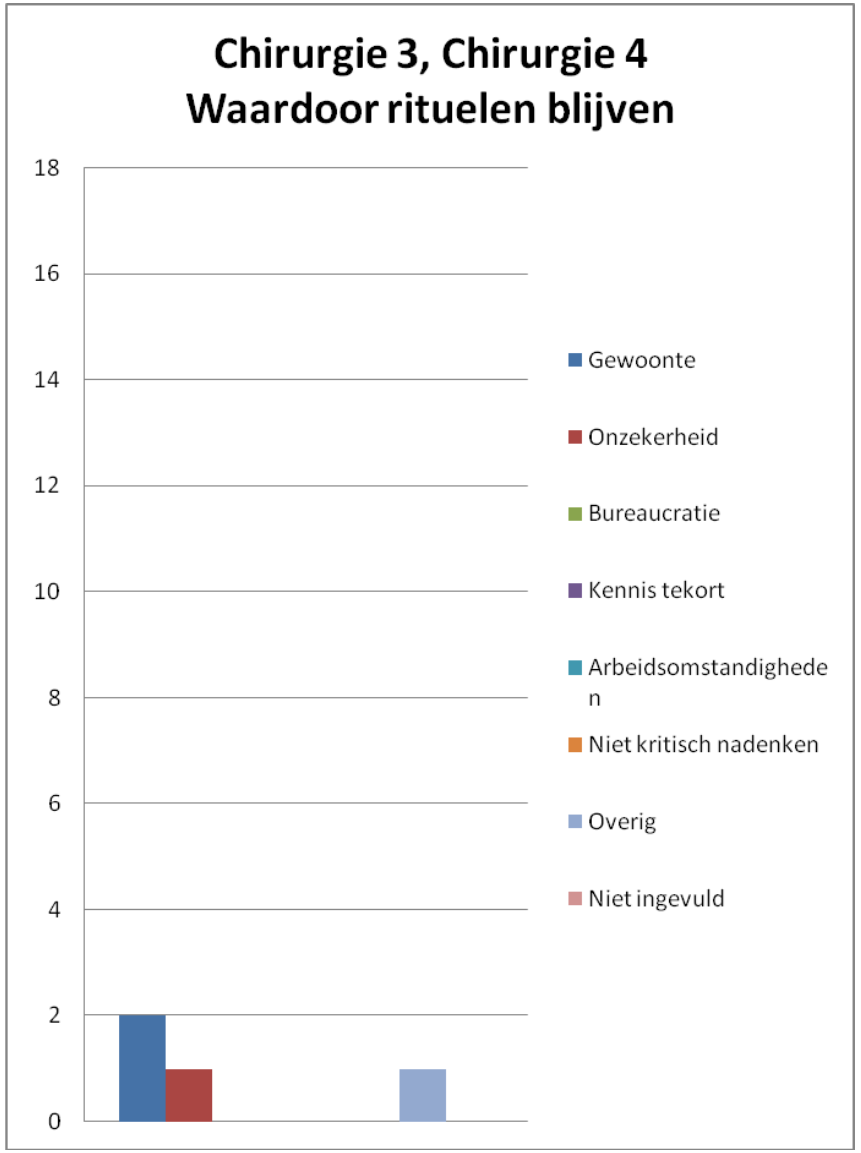

Cardiologie, Interne 3
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

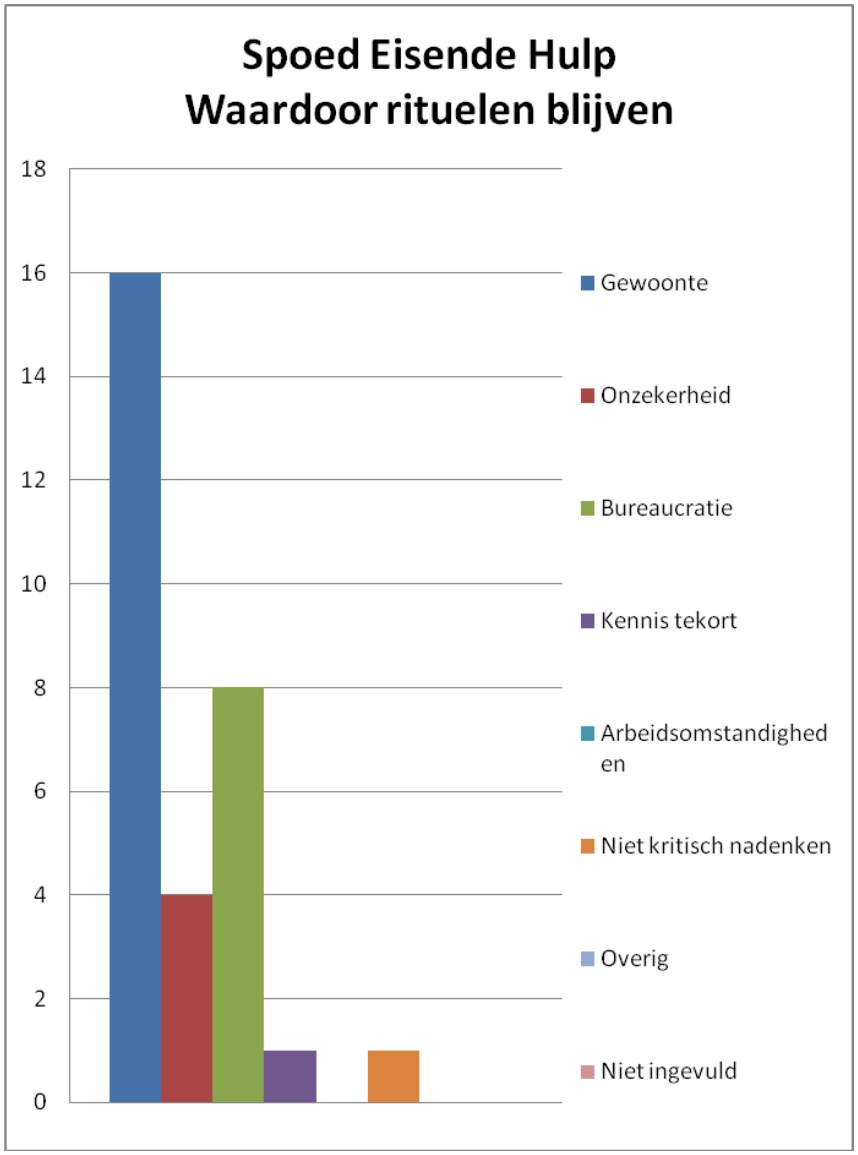

Interne 1, Interne 2
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

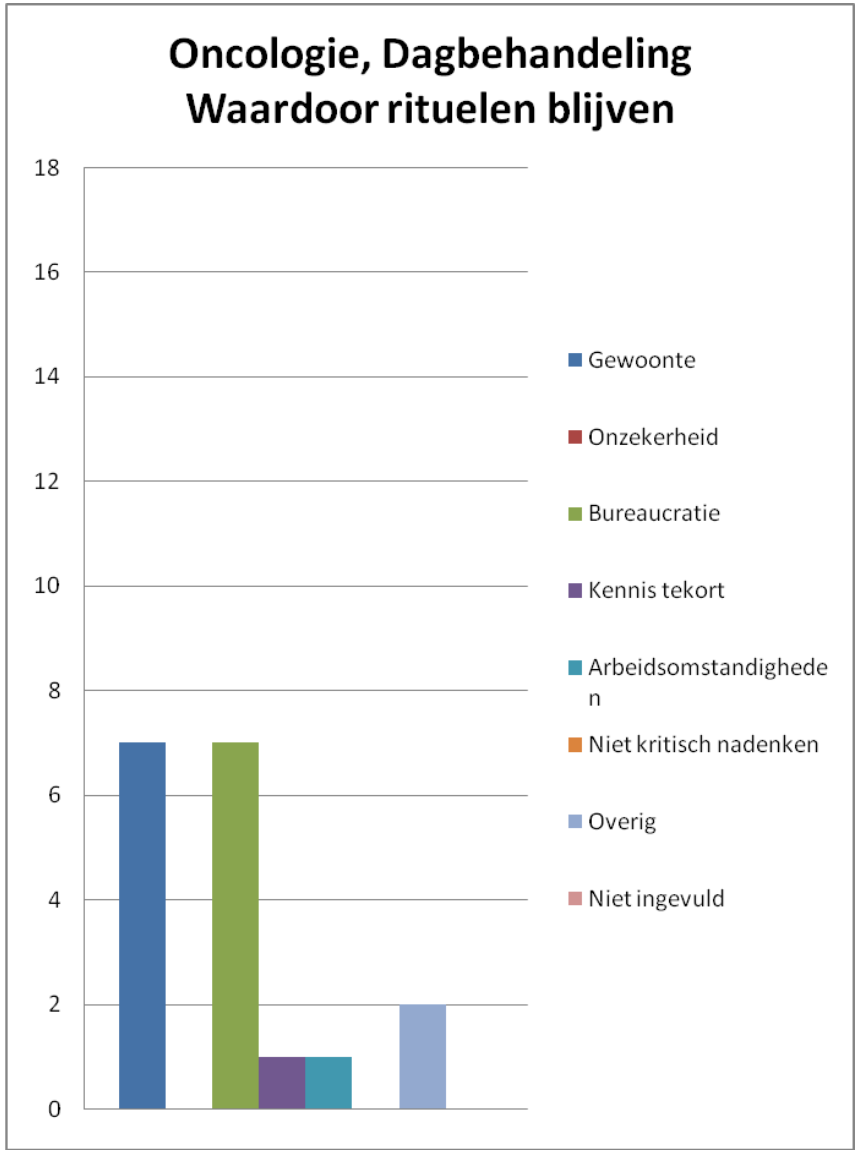

Neurologie 1, Neurologie 2
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

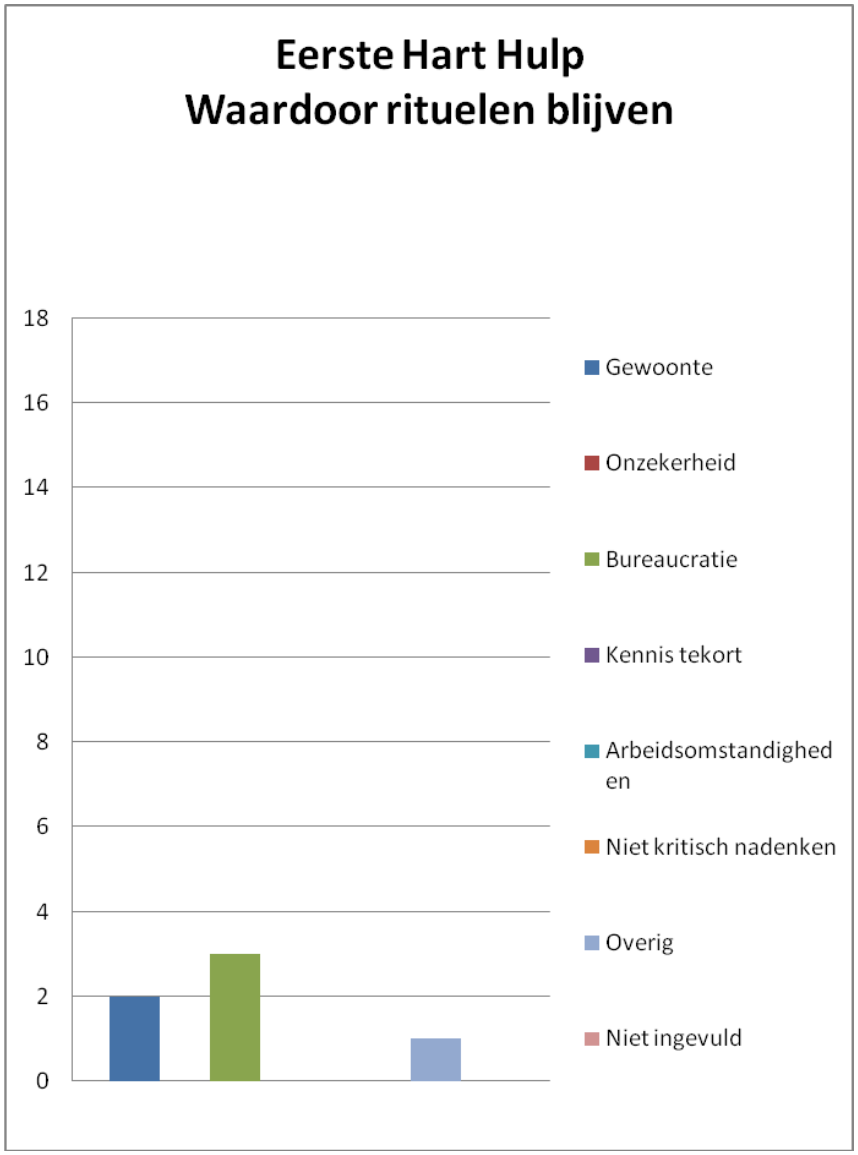

Intensive Care
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

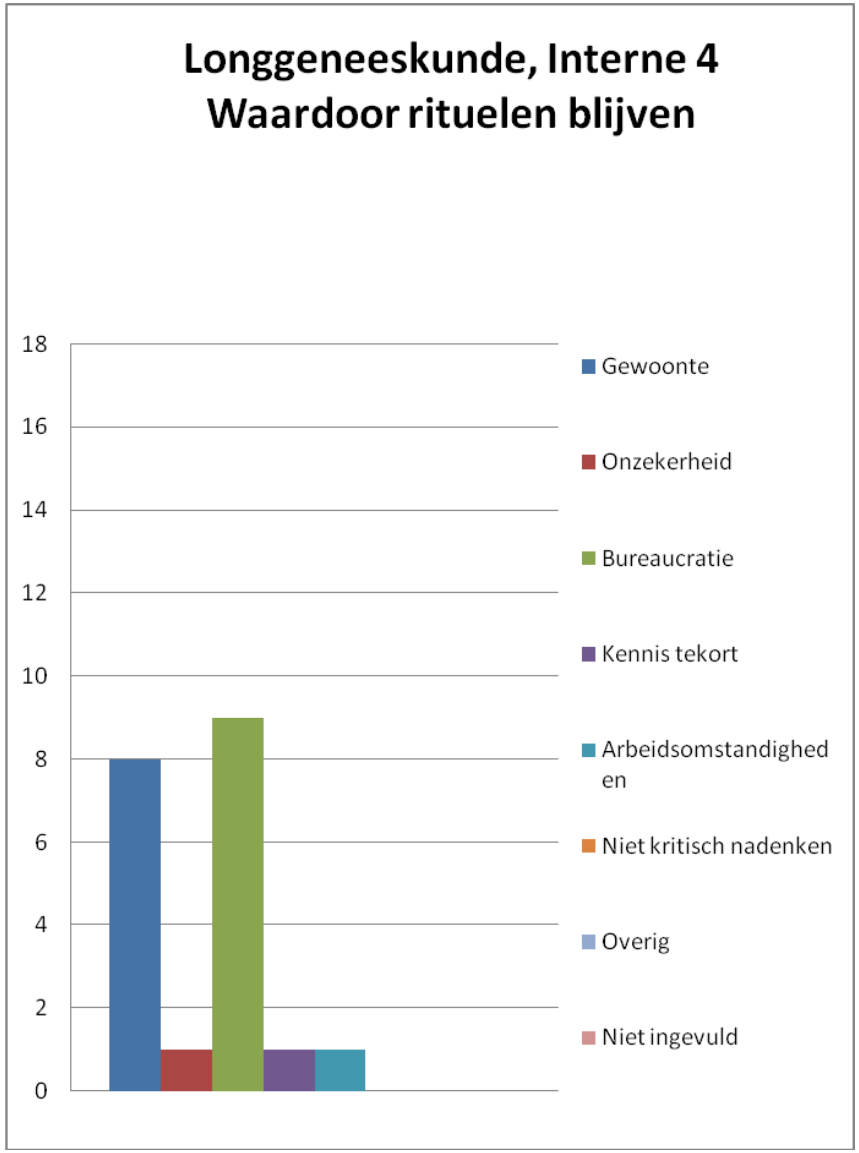

Chirurgie 1. Chirurgie 2
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

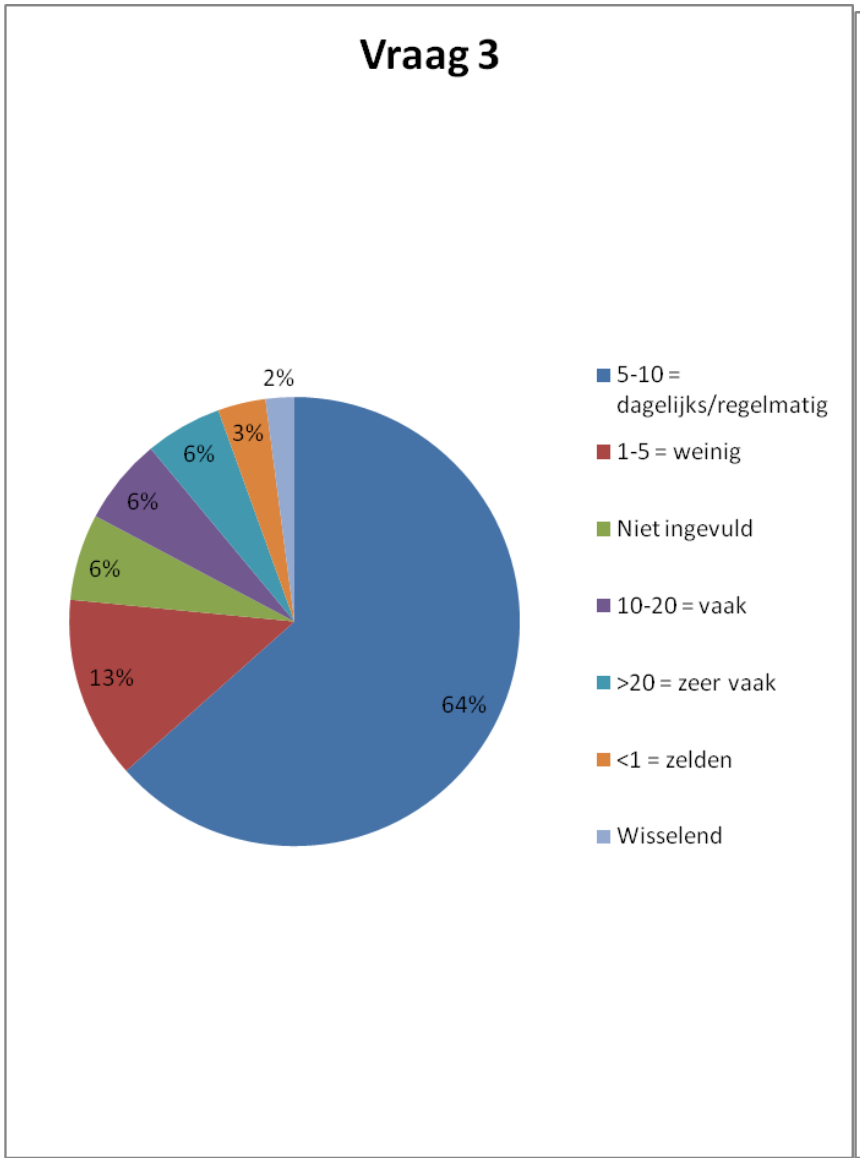

Chirurgie 3, Chirurgie 4
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandighede n
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

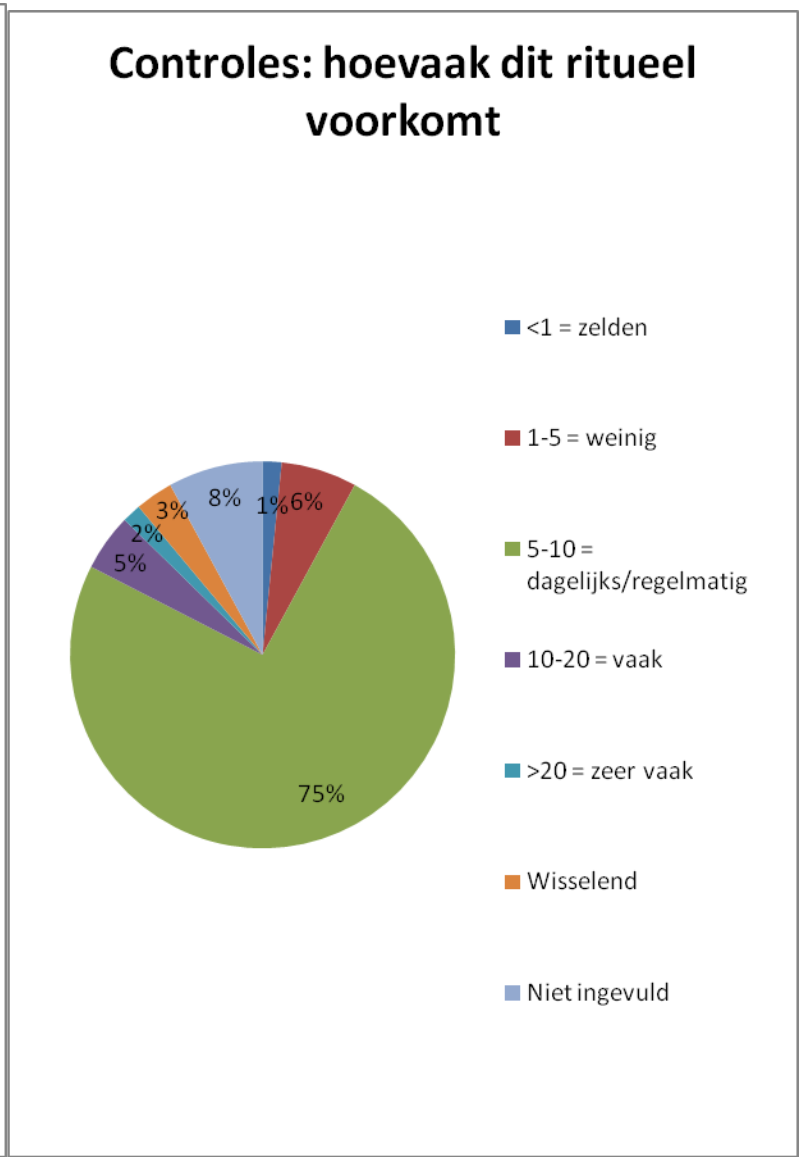

Spoed Eisende Hulp
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandigheden
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

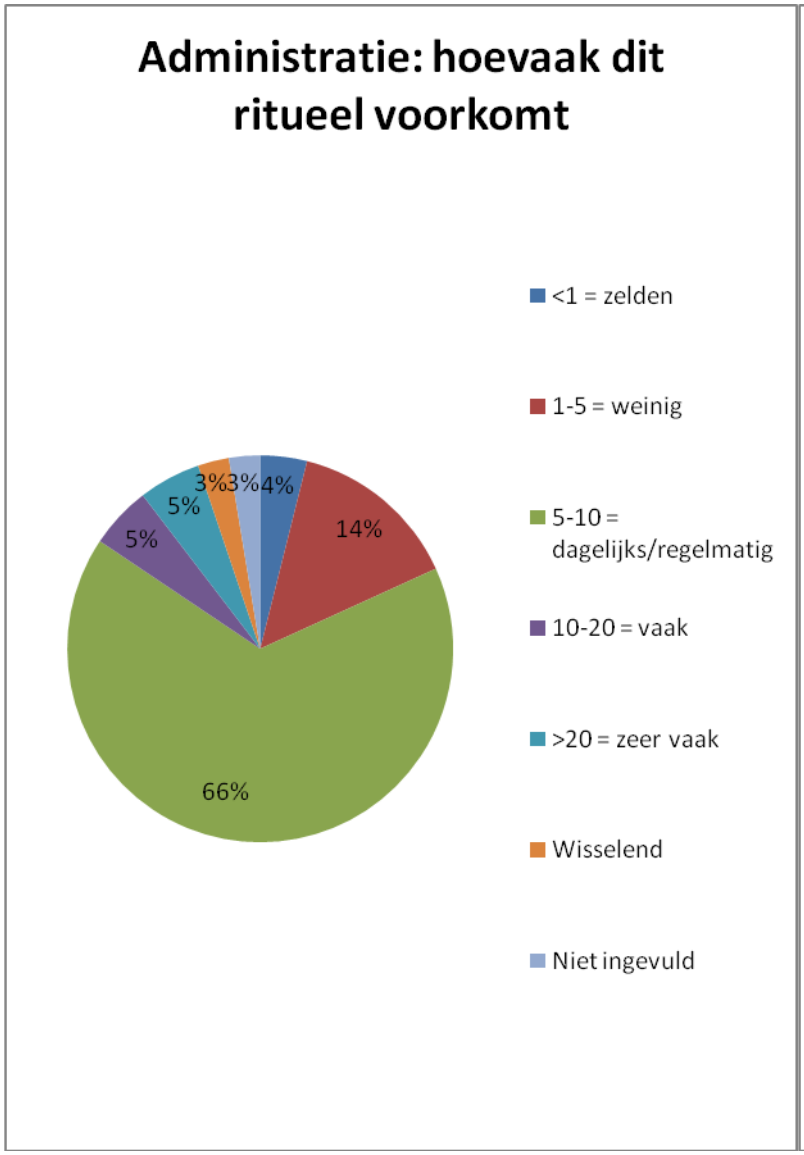

Oncologie, Dagbehandeling
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandigheden
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

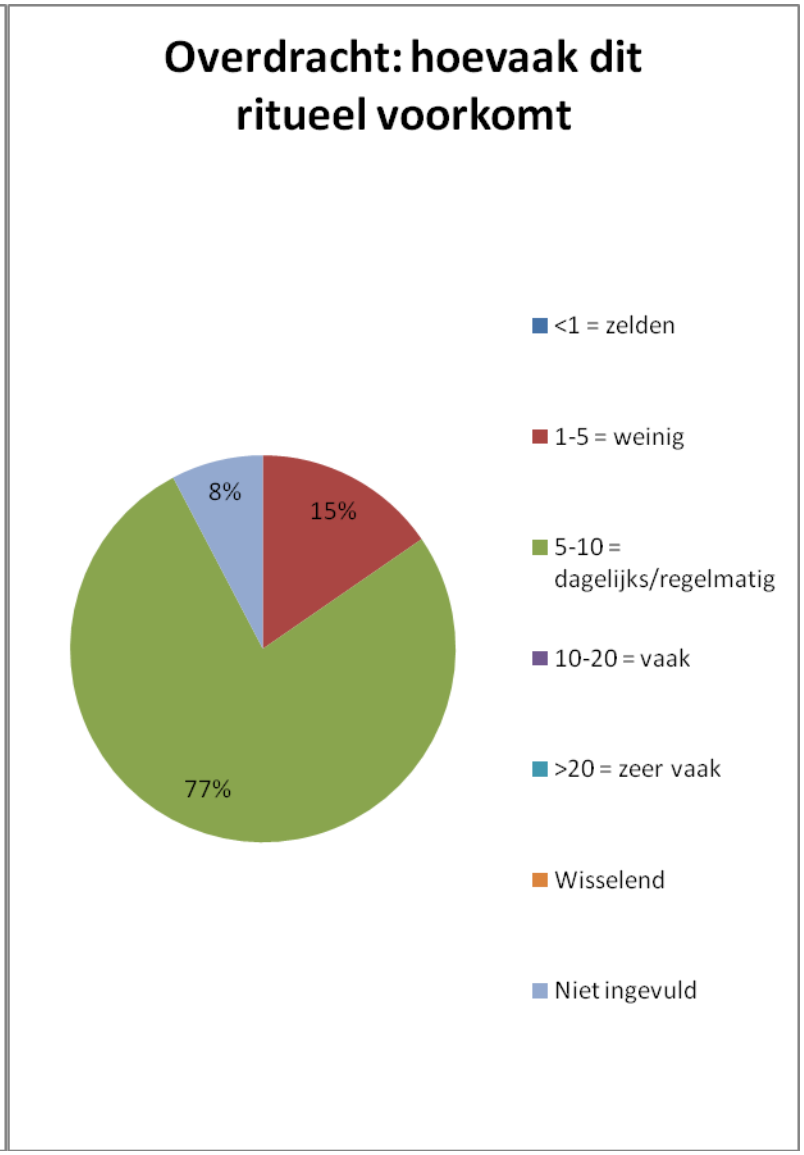

Eerste Hart Hulp
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandigheden
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

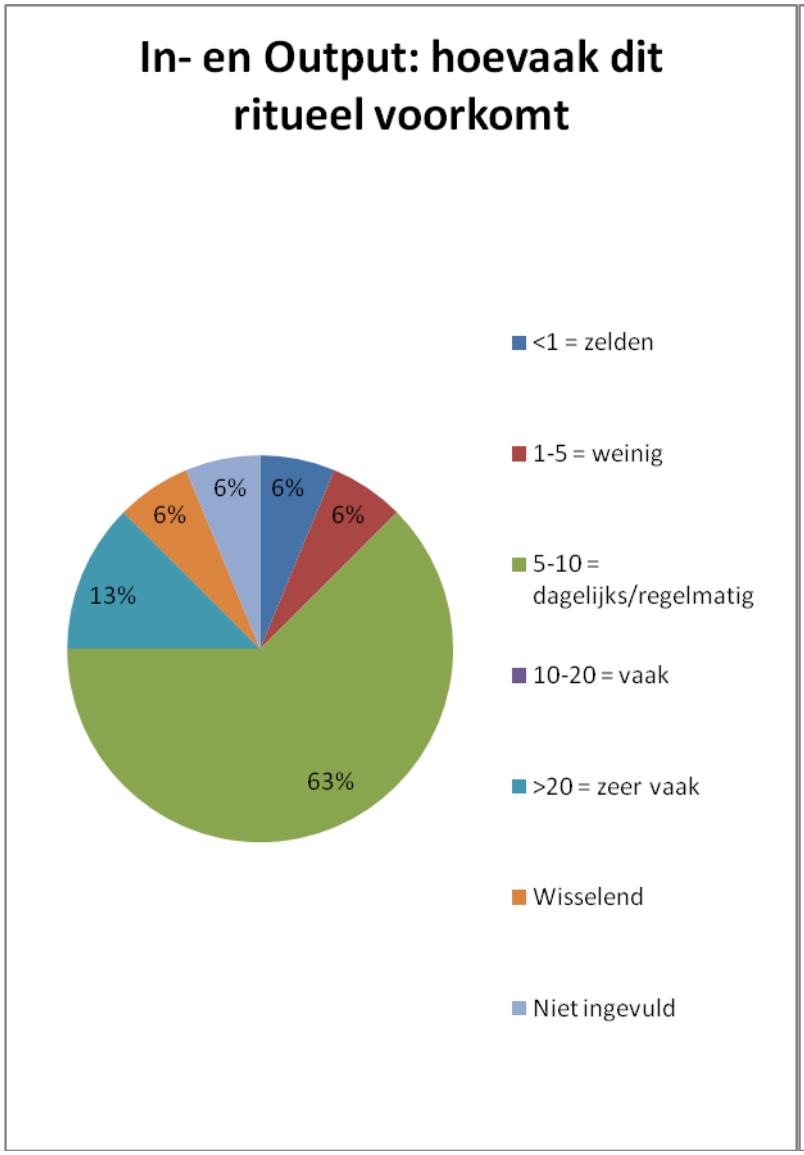

Longgeneeskunde, Interne 4
Waardoor rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Gewoonte
Onzekerheid
Bureaucratie
Kennis tekort
Arbeidsomstandigheden
Niet kritisch nadenken
Overig
Niet ingevuld

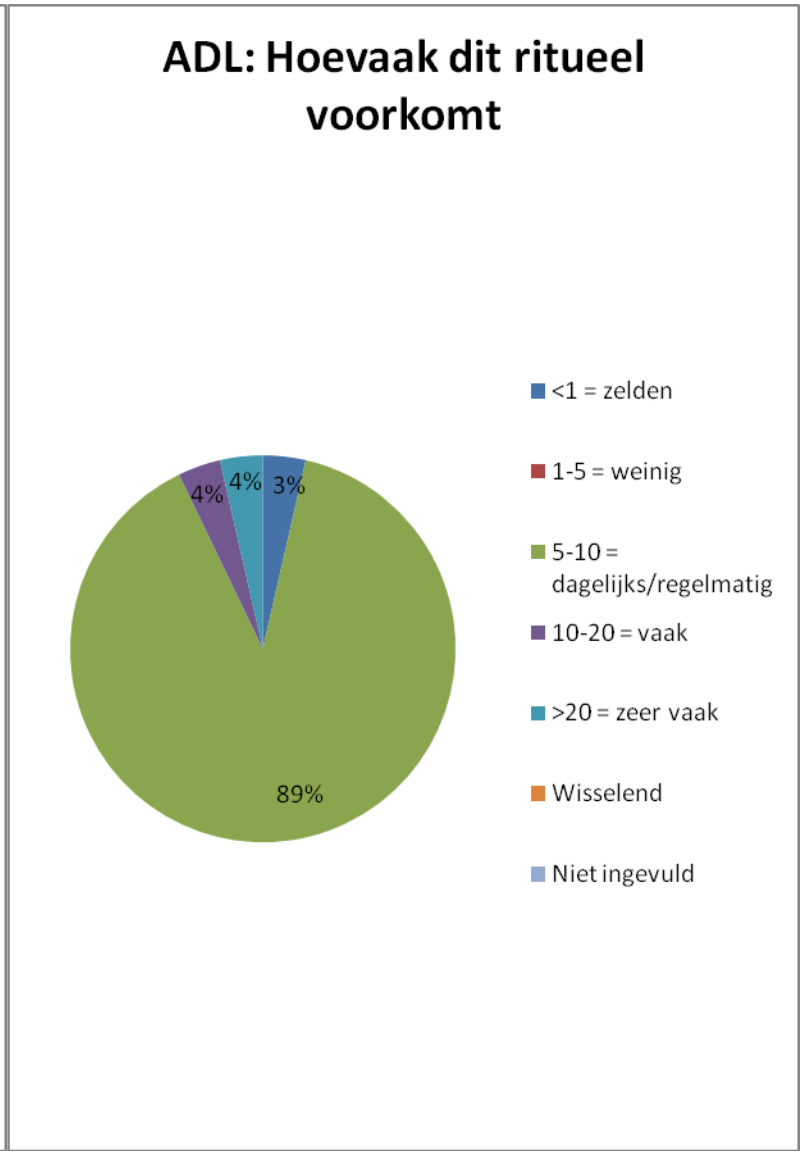

Vraag 3
2%
3%
6%
6%
6%
13%
64%
5-10 = dagelijks/regelmatig
1-5 = weinig
Niet ingevuld
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
<1 = zelden
Wisselend

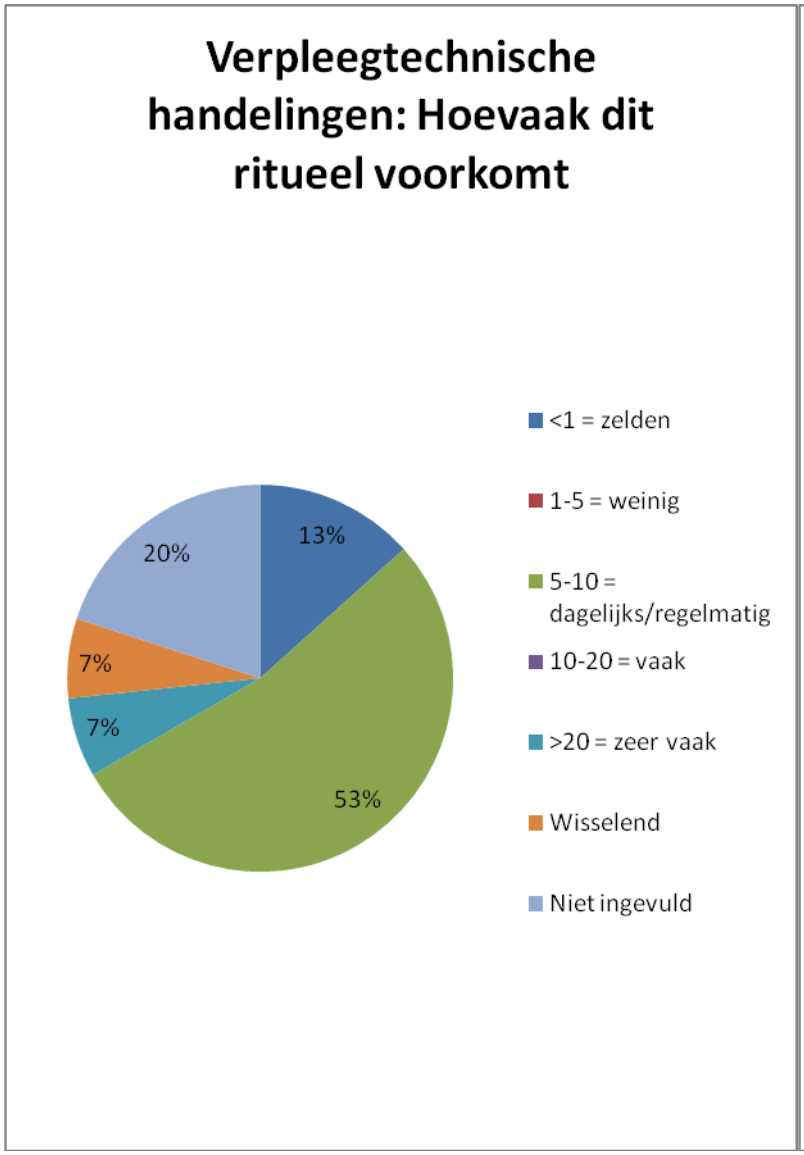

Controles: hoevaak dit ritueel voorkomt
8%
1%
6%
3%
2%
5%
75%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

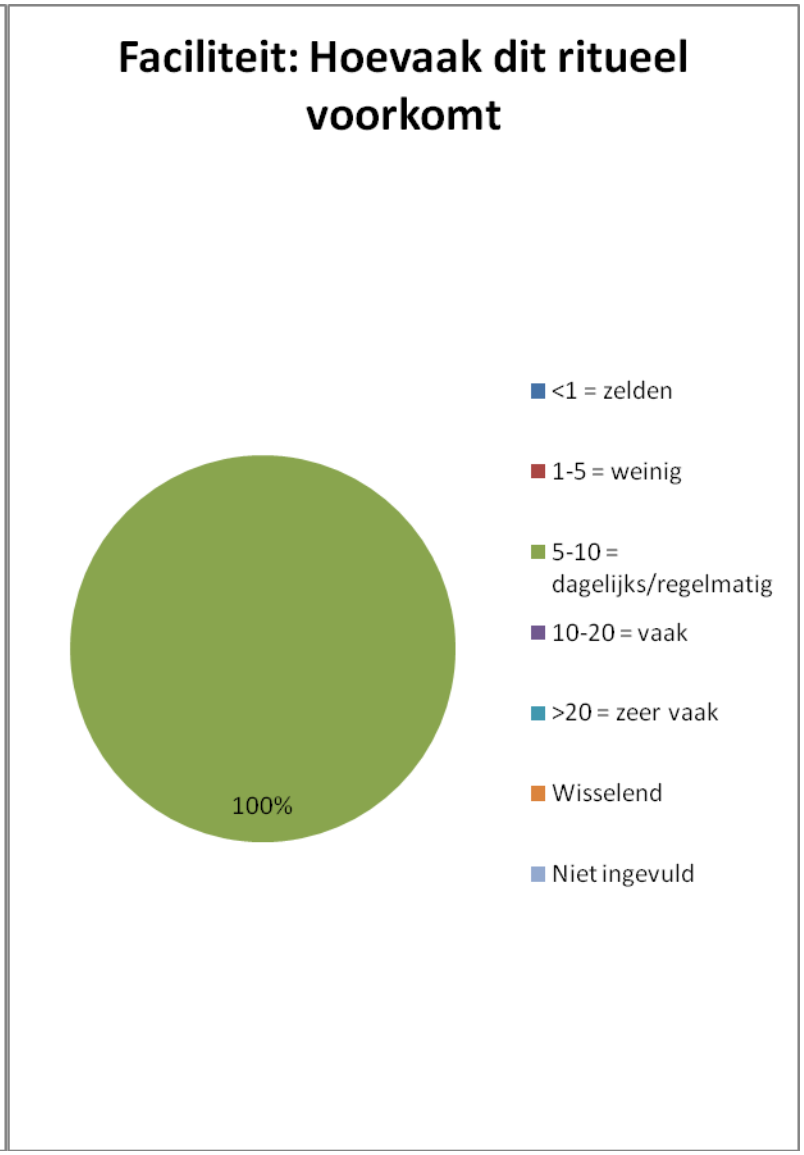

Administratie: hoevaak dit ritueel voorkomt
4%
14%
66%
5%
5%
3%
3%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

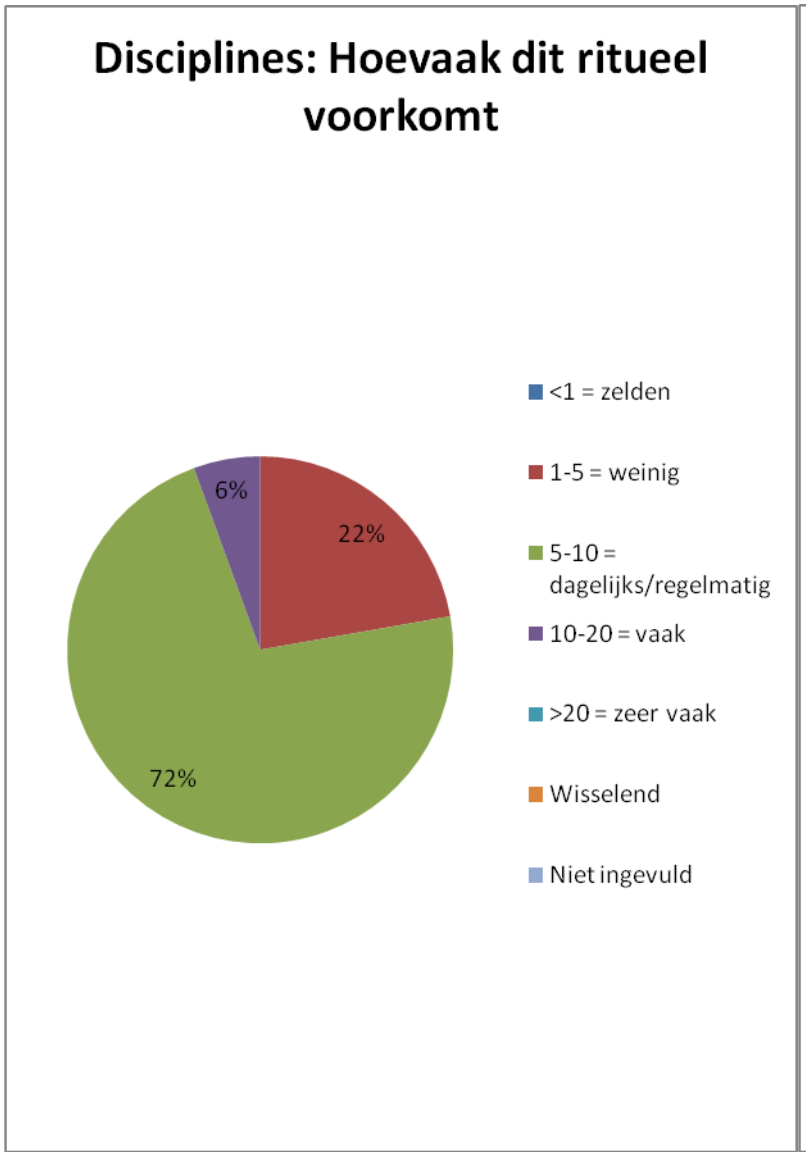

Overdracht: hoevaak dit ritueel voorkomt
8%
15%
77%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

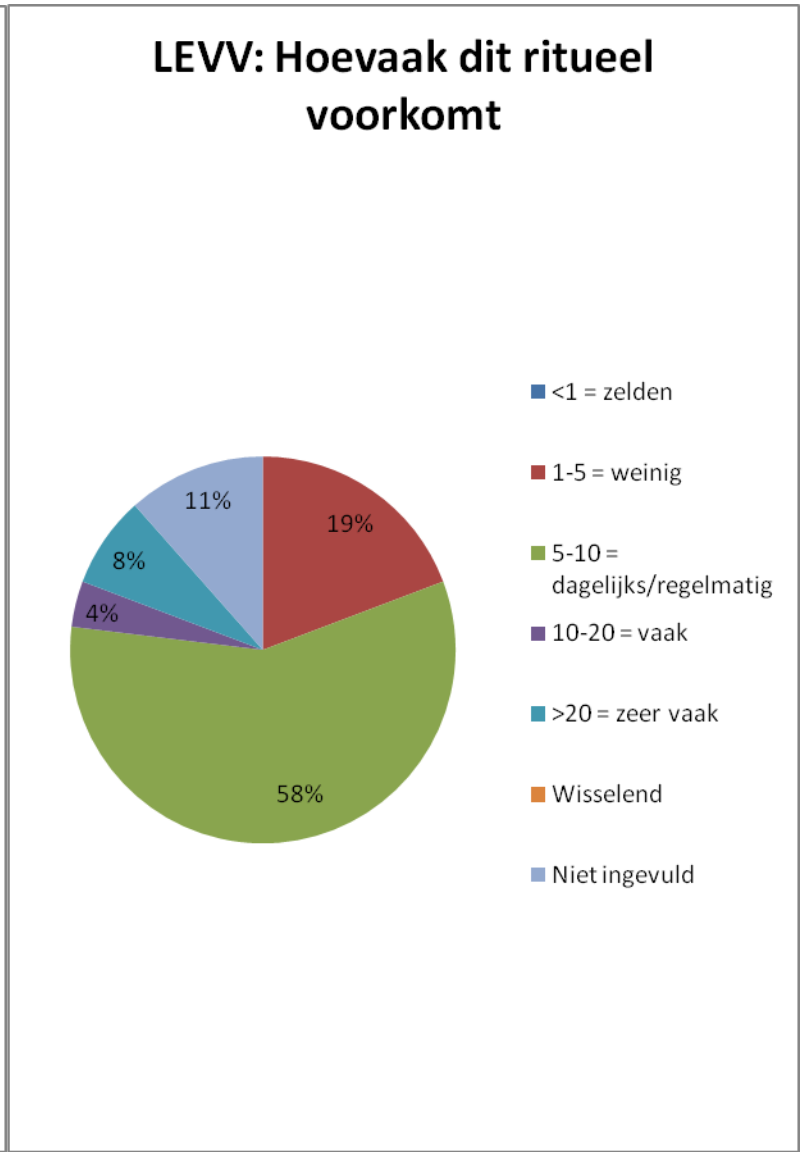

In- en Output: hoevaak dit ritueel voorkomt
6%
6%
6%
6%
13%
63%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

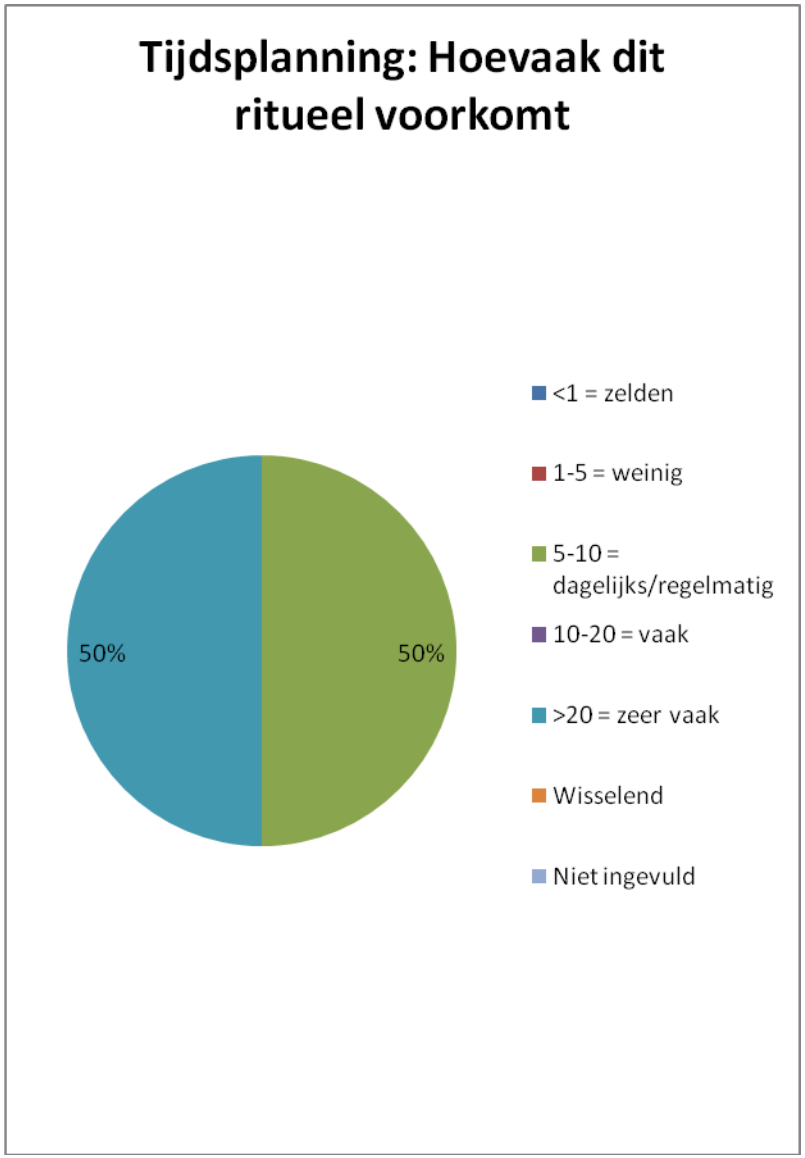

ADL: Hoevaak dit ritueel voorkomt
4%
4%
3%
89%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

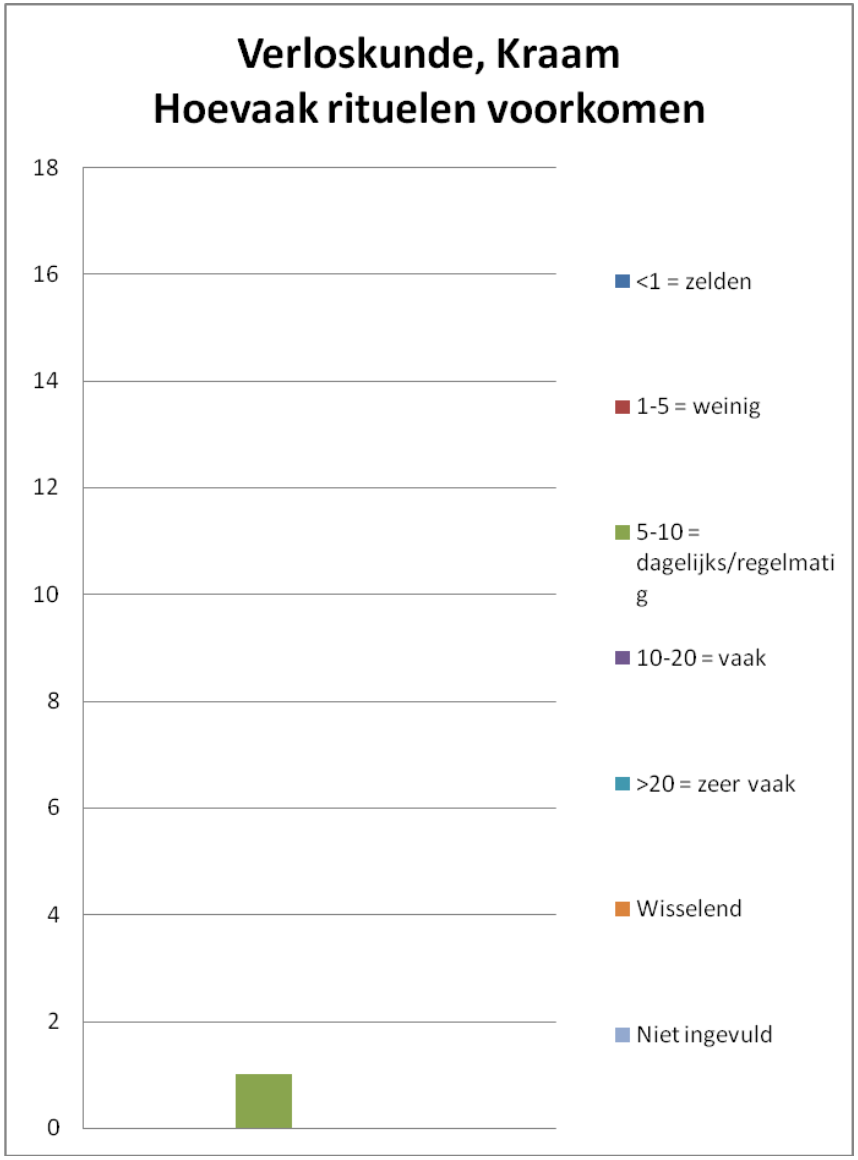

Verpleegtechnische handelingen: Hoevaak dit ritueel voorkomt
13%
53%
7%
7%
20%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

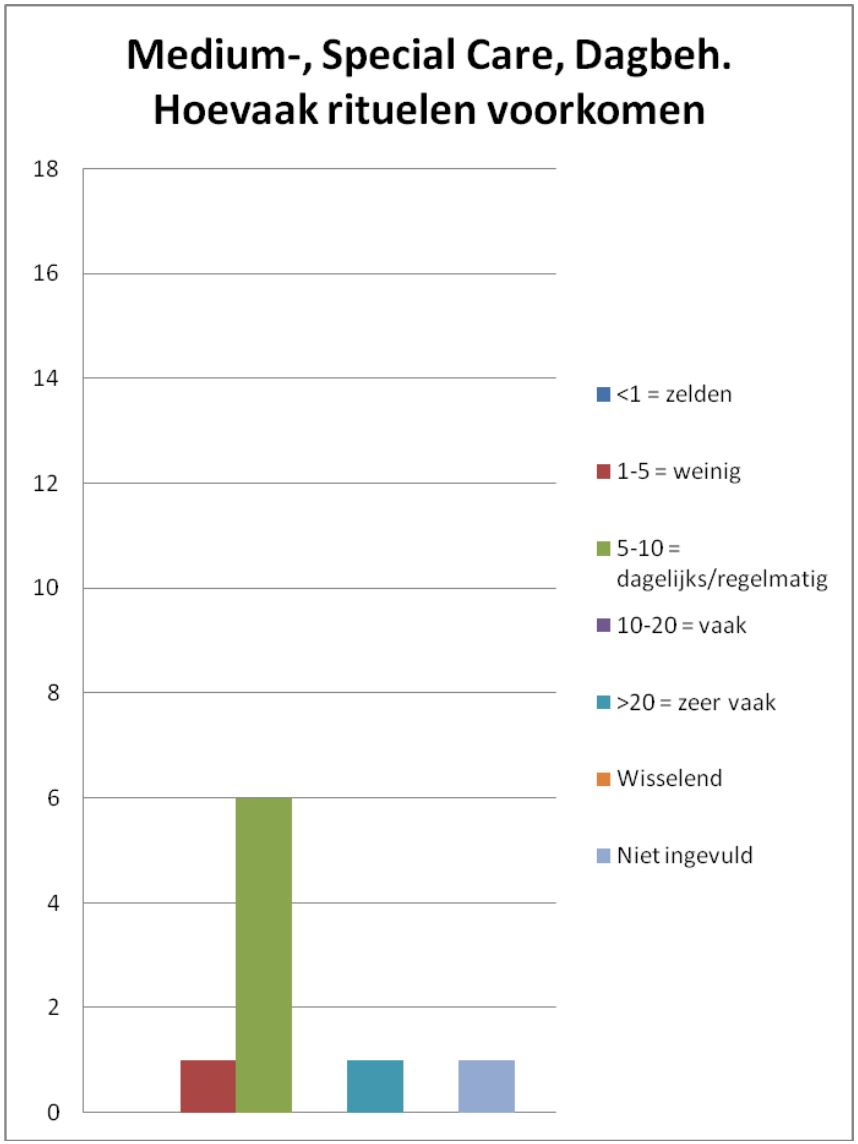

Faciliteit: Hoevaak dit ritueel voorkomt
100%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

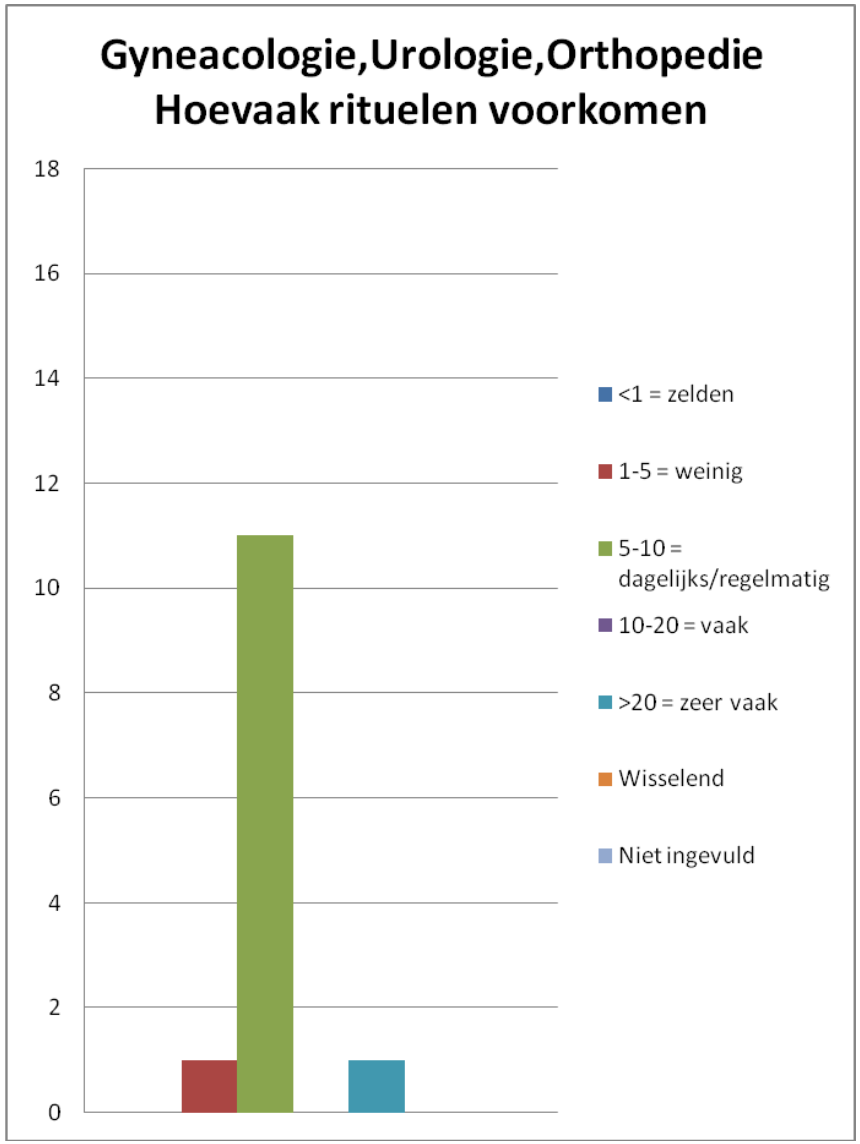

Disciplines: Hoevaak dit ritueel voorkomt
6%
22%
72%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

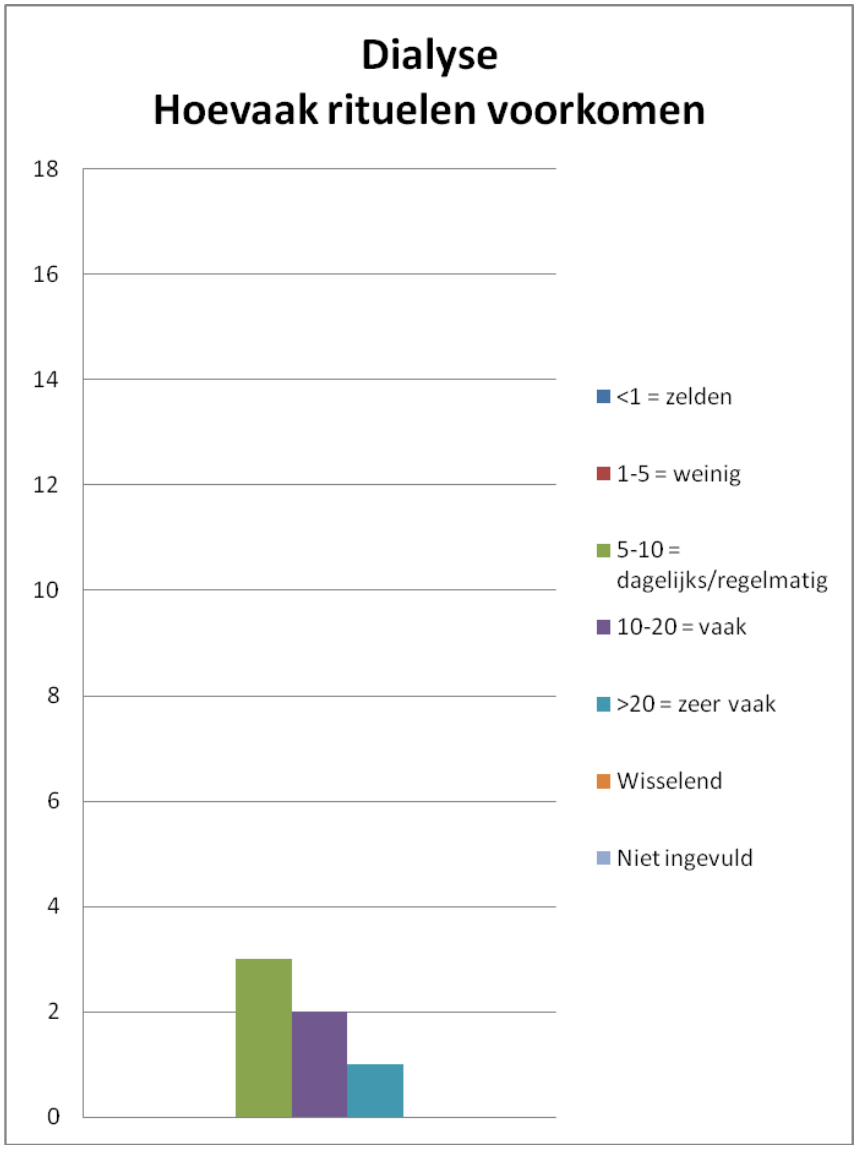

LEVV: Hoevaak dit ritueel voorkomt
11%
19%
8%
4%
58%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

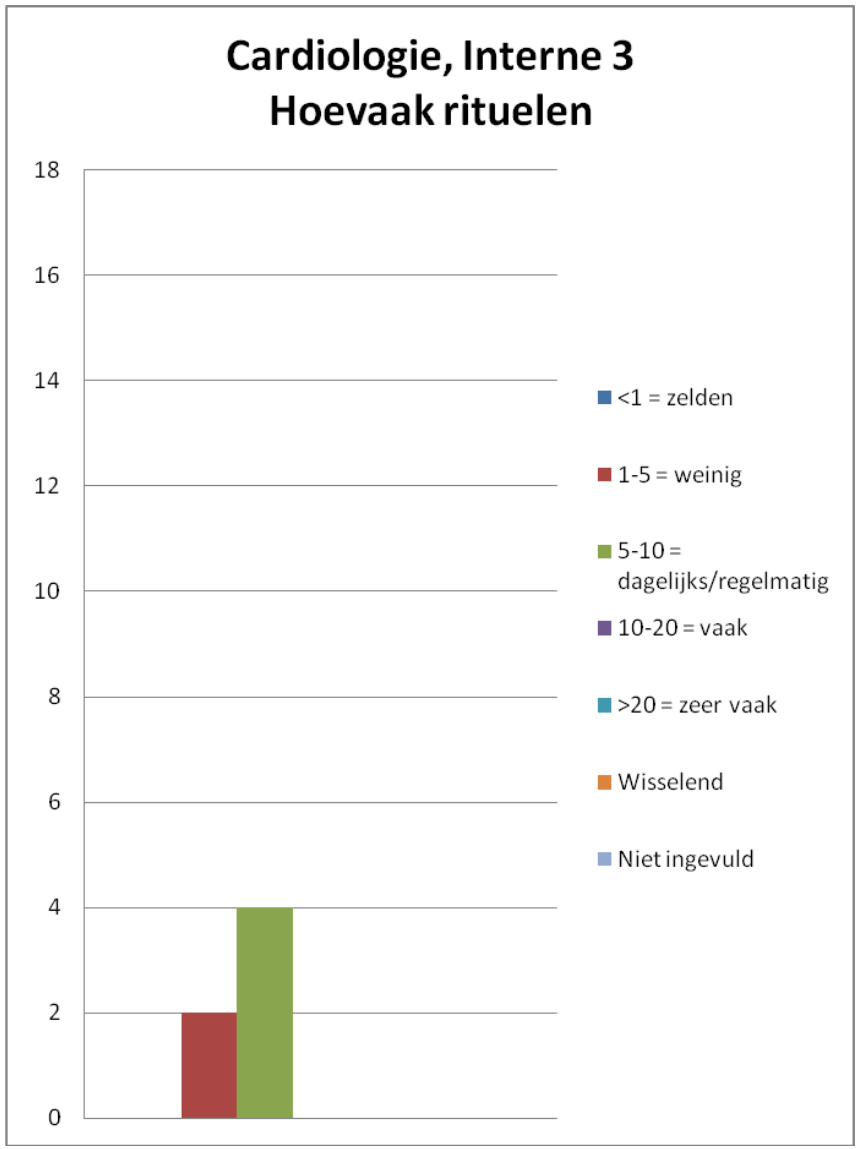

Tijdsplanning: Hoevaak dit ritueel voorkomt
50%
50%
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

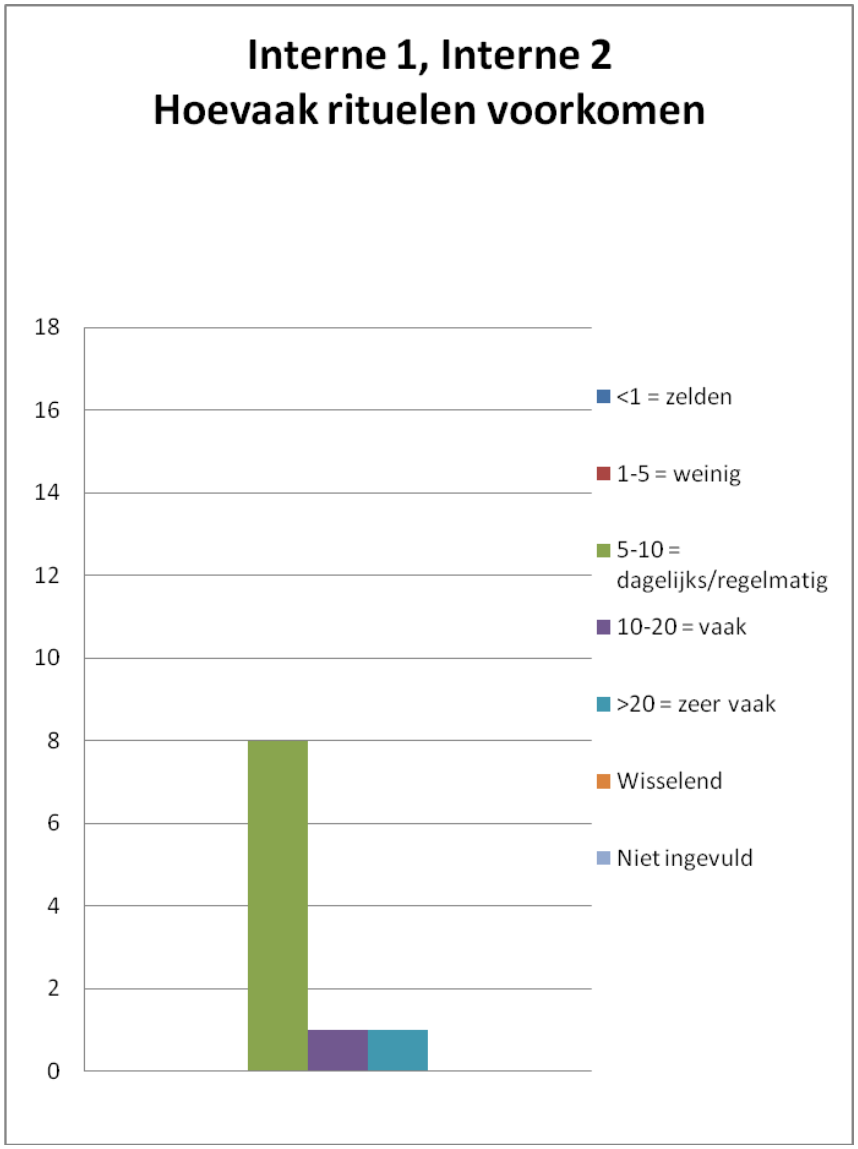

Verloskunde, Kraam
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

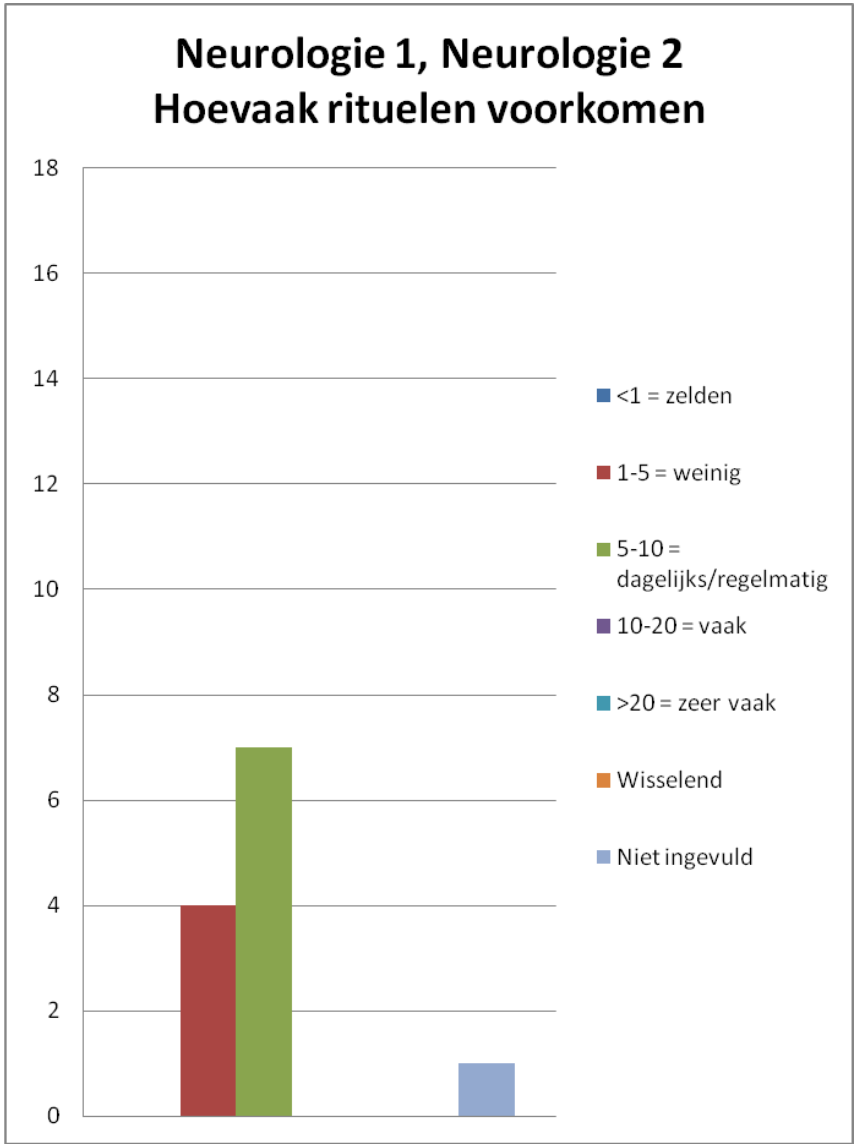

Medium-, Special Care, Dagbeh.
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

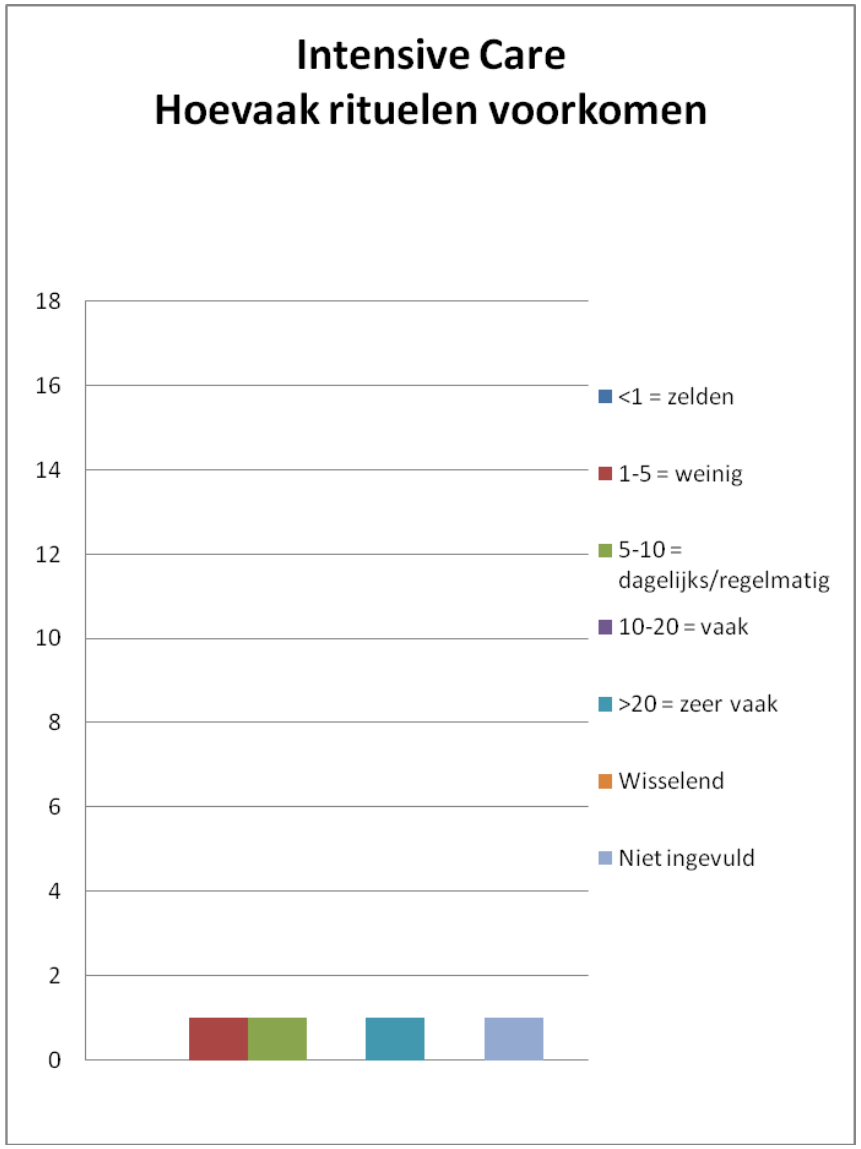

Gyneacologie,Urologie,Orthopedie
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

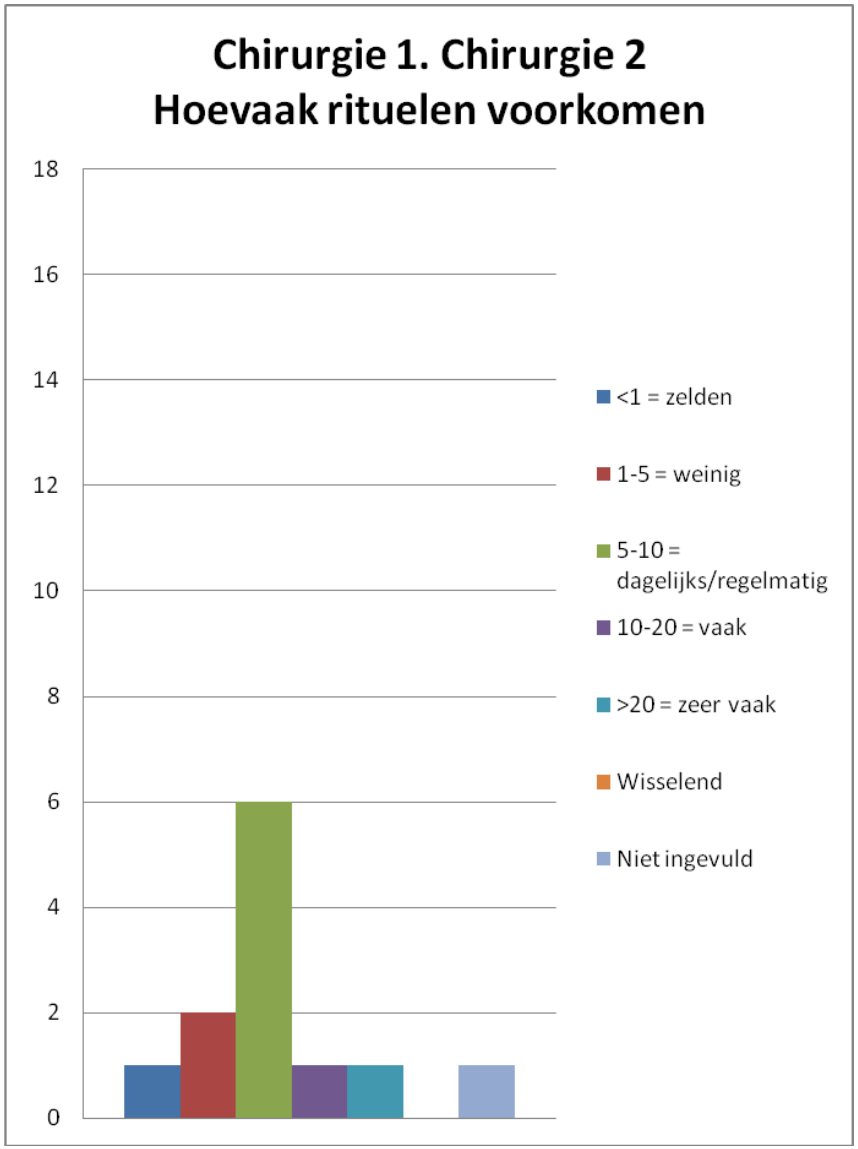

Dialyse
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

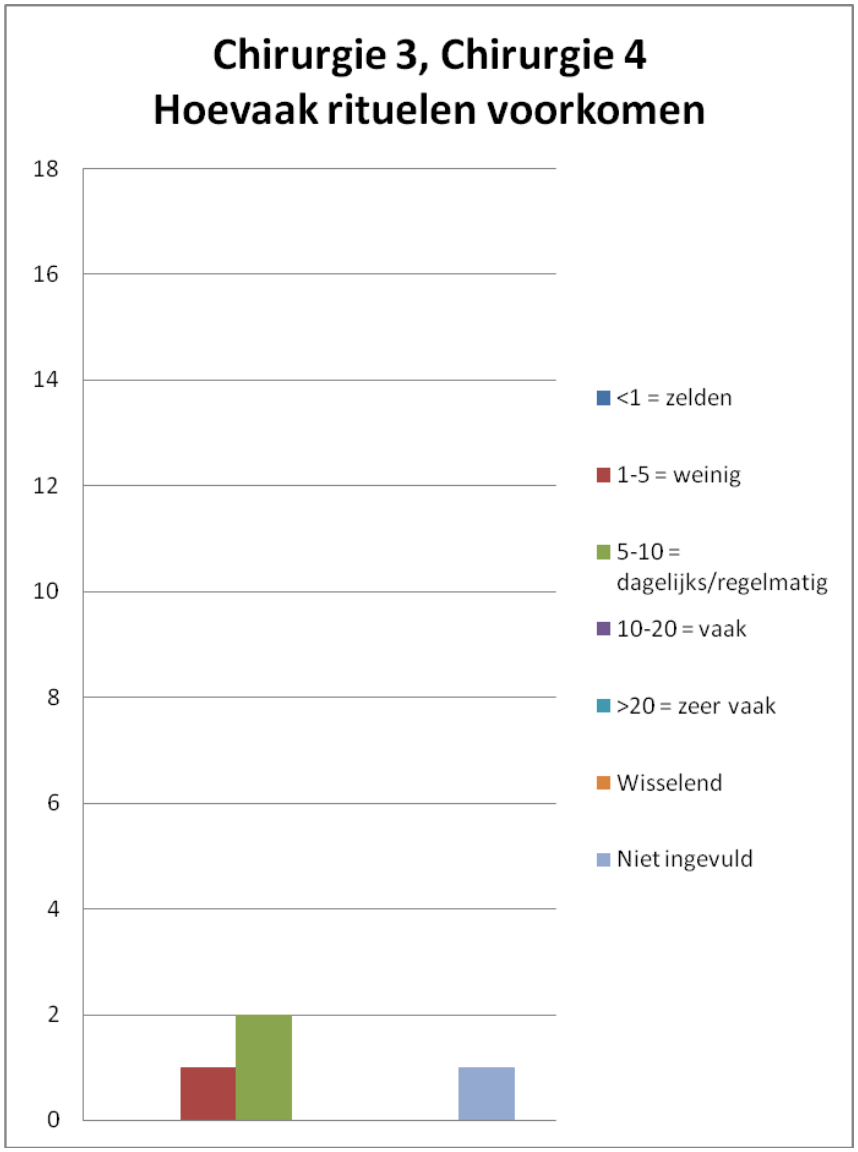

Cardiologie, Interne 3
Hoevaak rituelen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

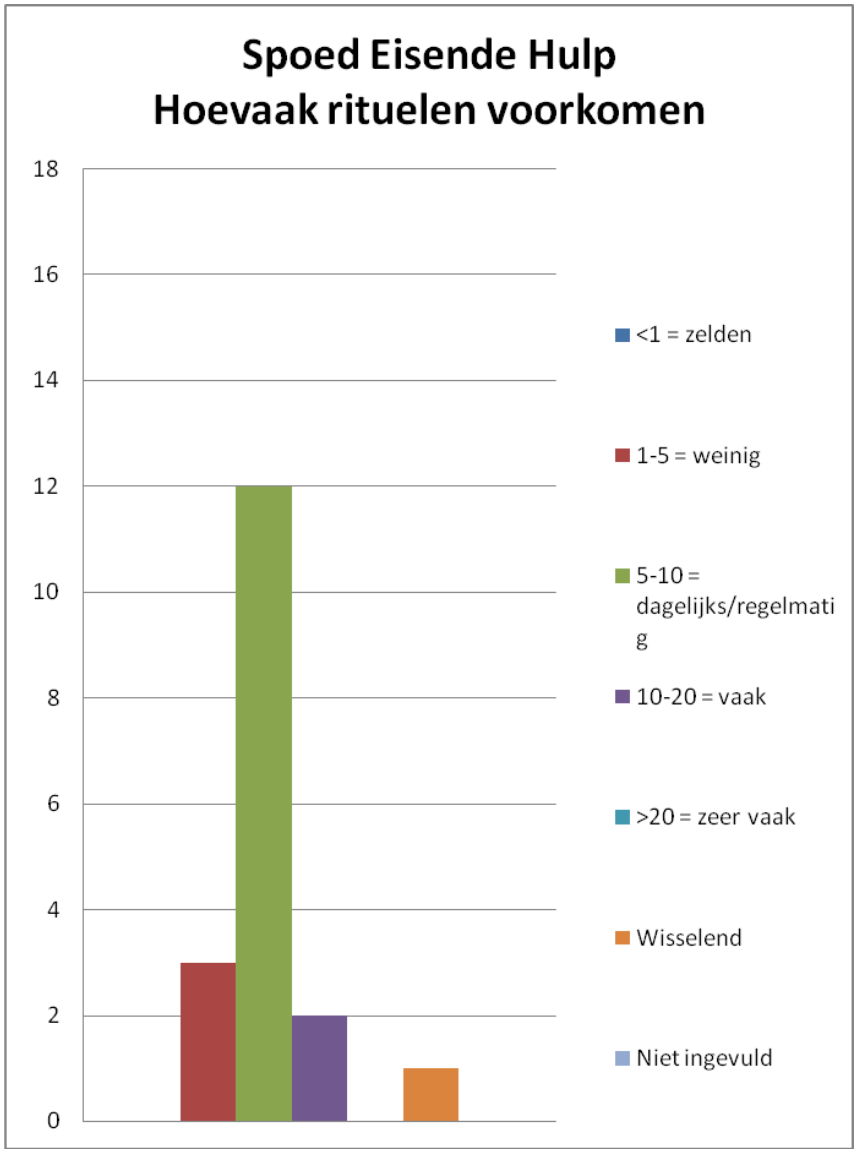

Interne 1, Interne 2
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

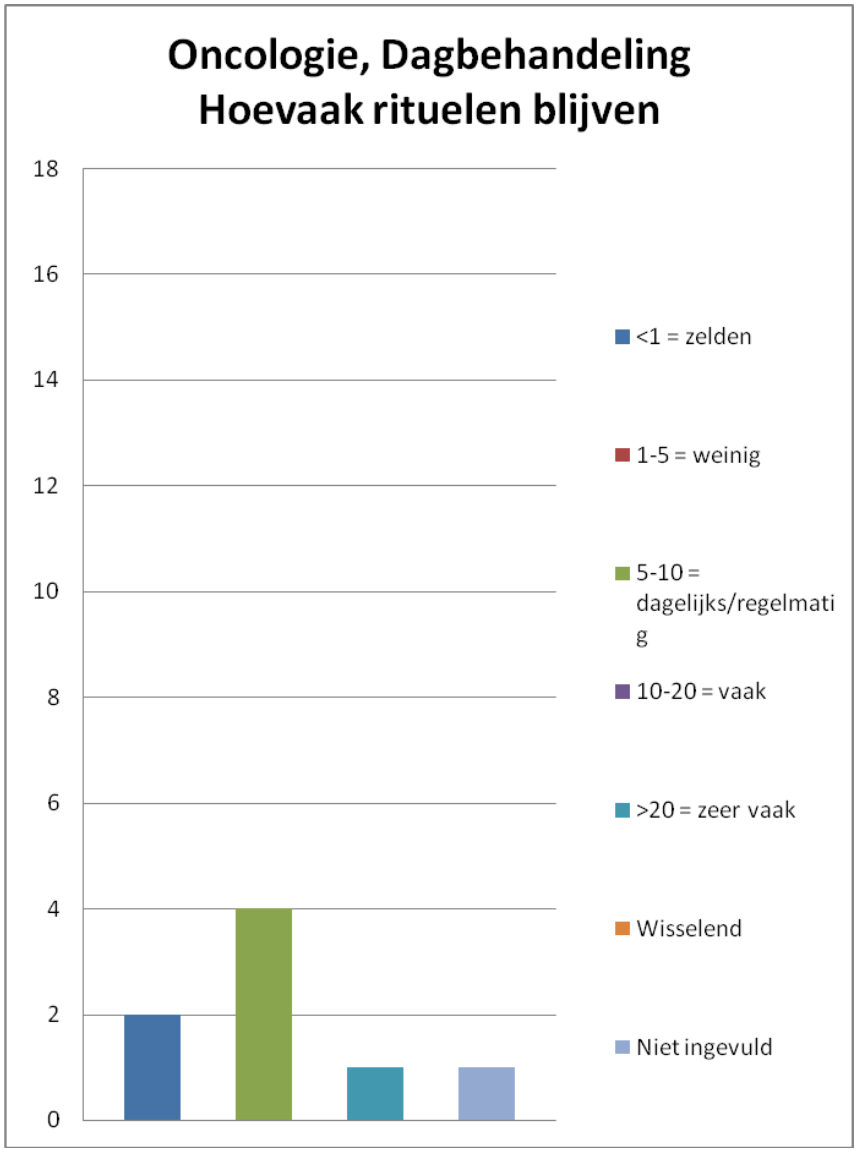

Neurologie 1, Neurologie 2
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

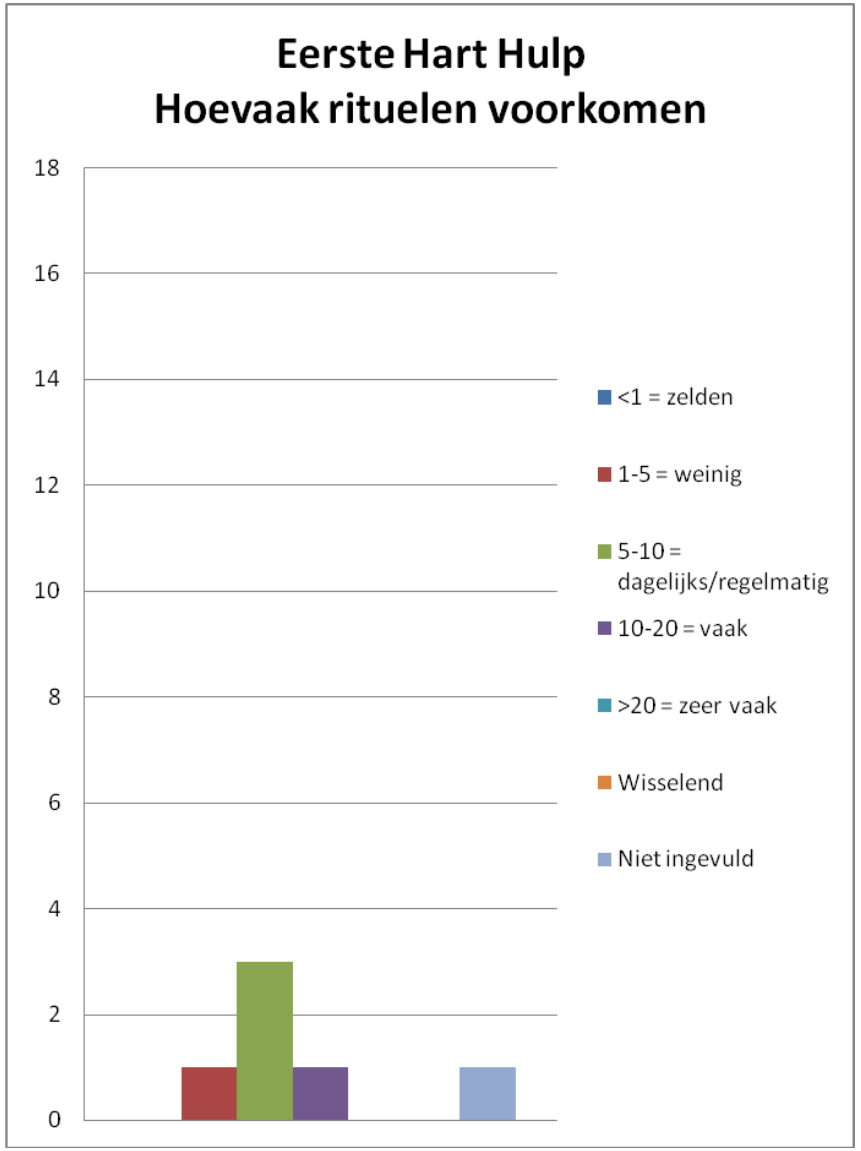

Intensive Care
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

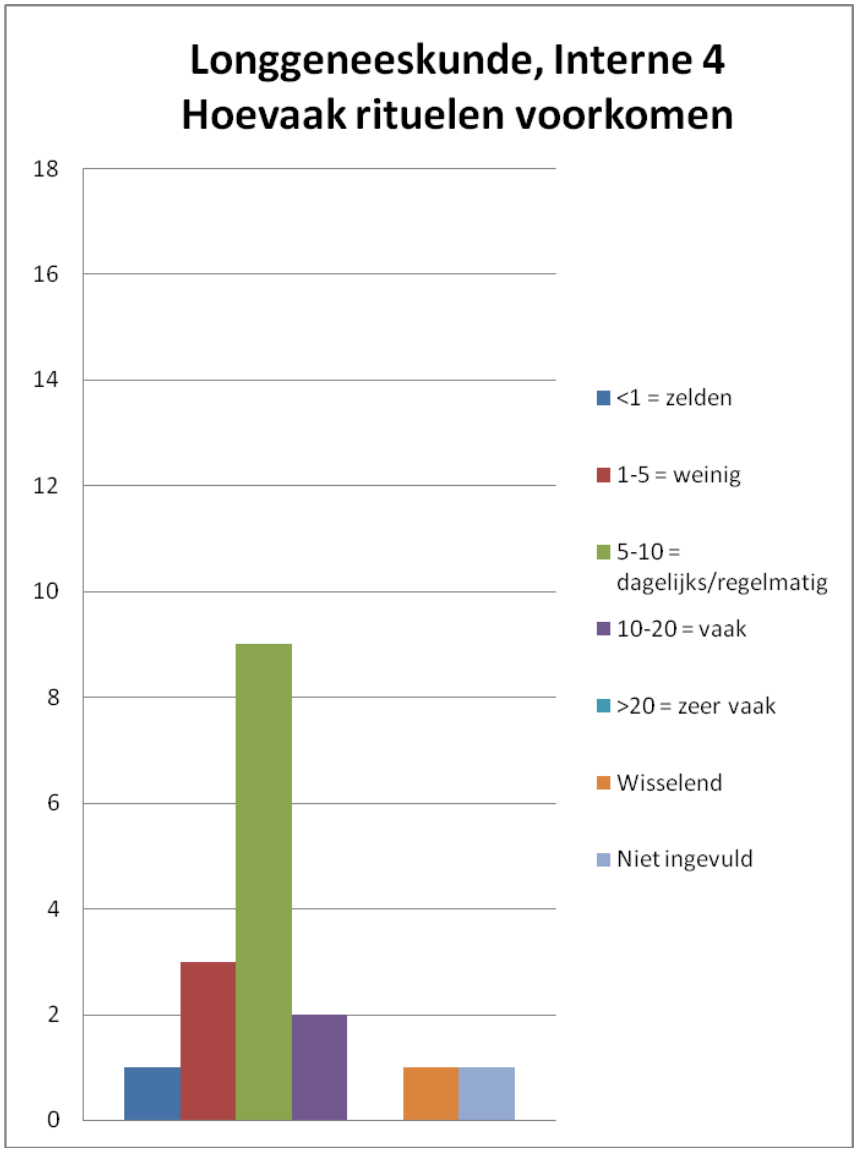

Chirurgie 1. Chirurgie 2
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

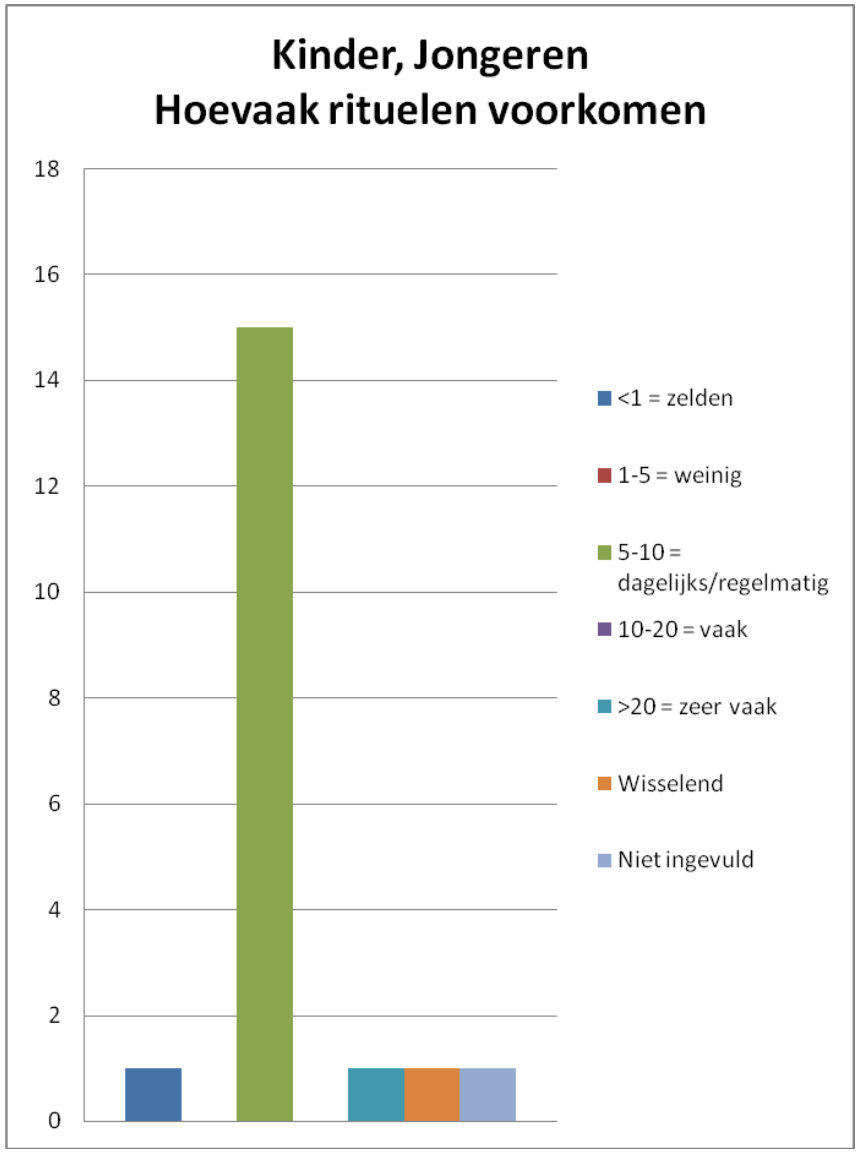

Chirurgie 3, Chirurgie 4
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

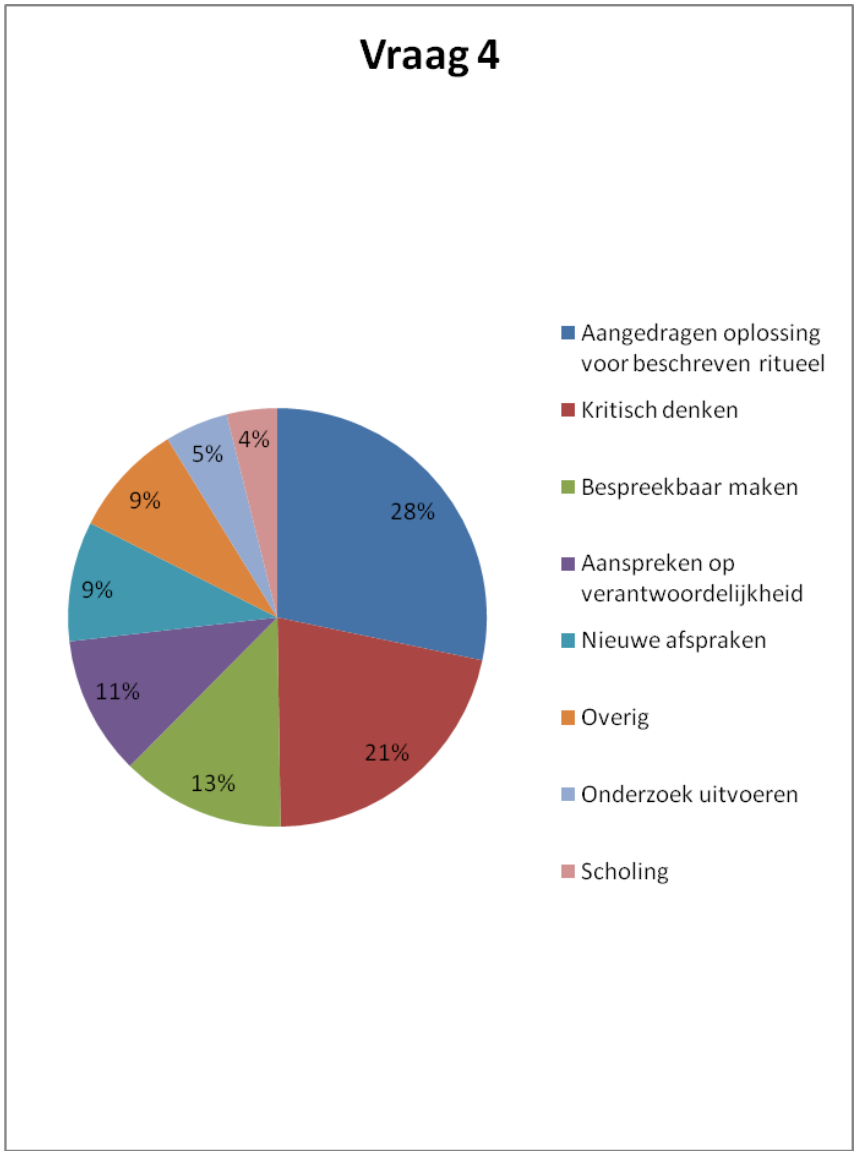

Spoed Eisende Hulp
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

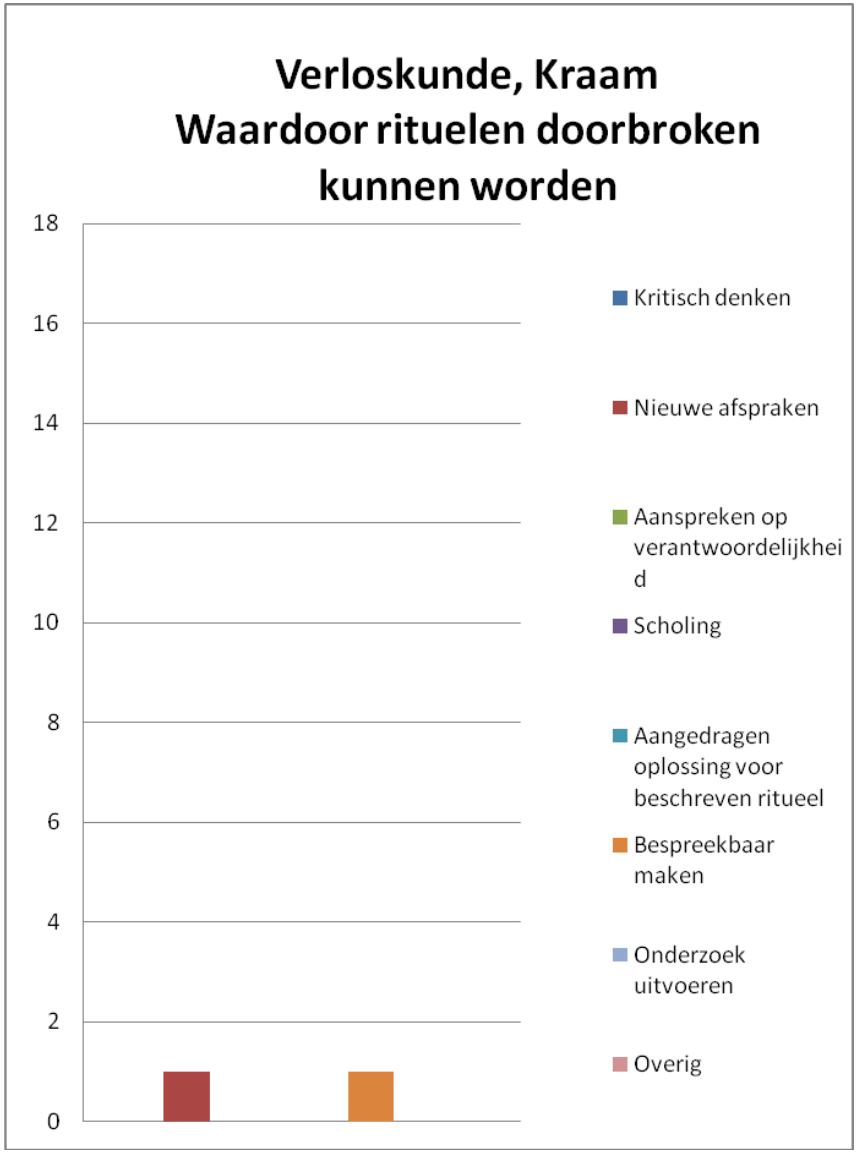

Oncologie, Dagbehandeling
Hoevaak rituelen blijven
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

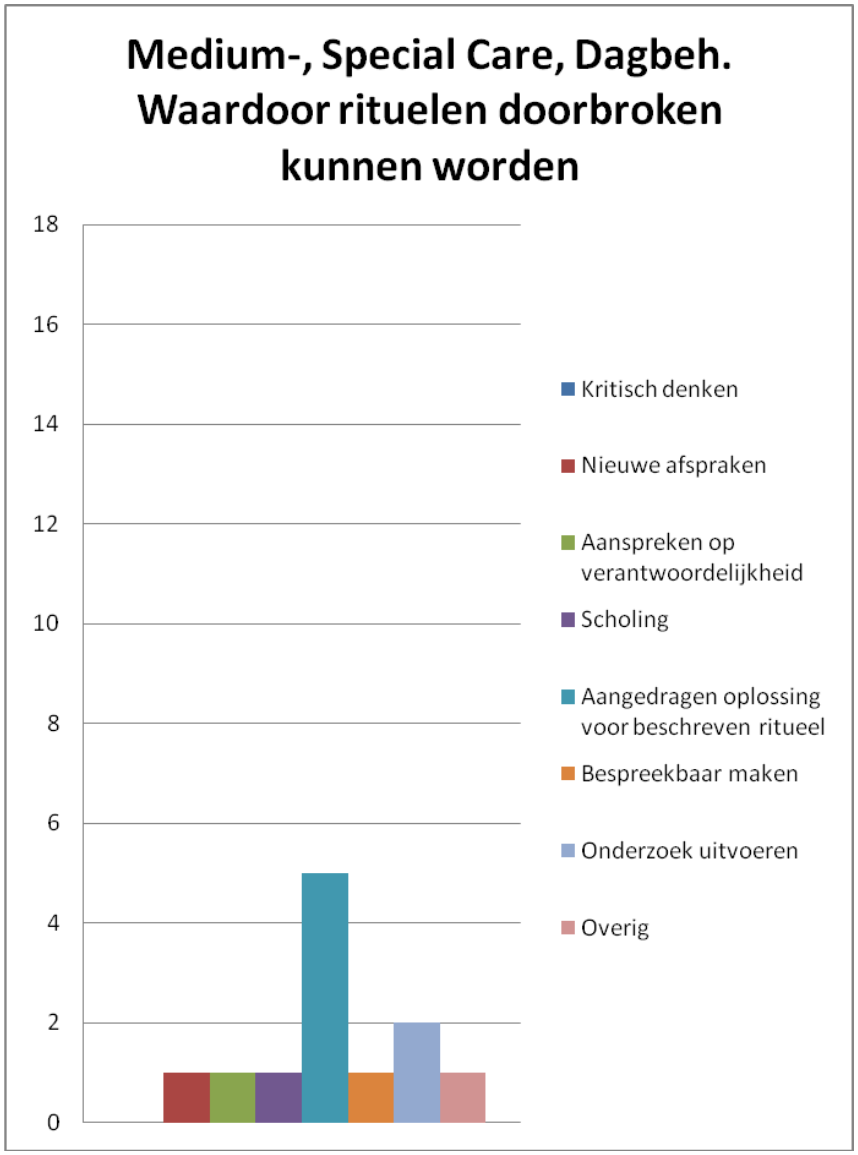

Eerste Hart Hulp
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

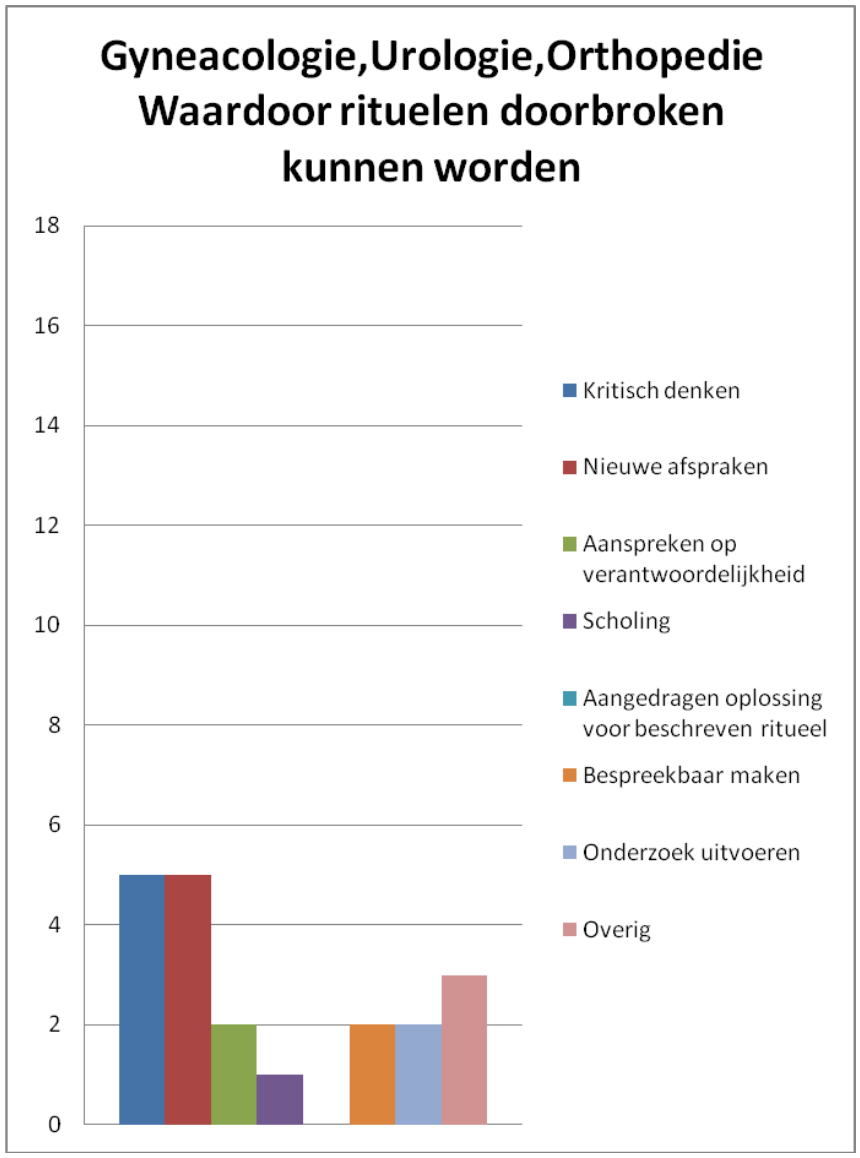

Longgeneeskunde, Interne 4
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

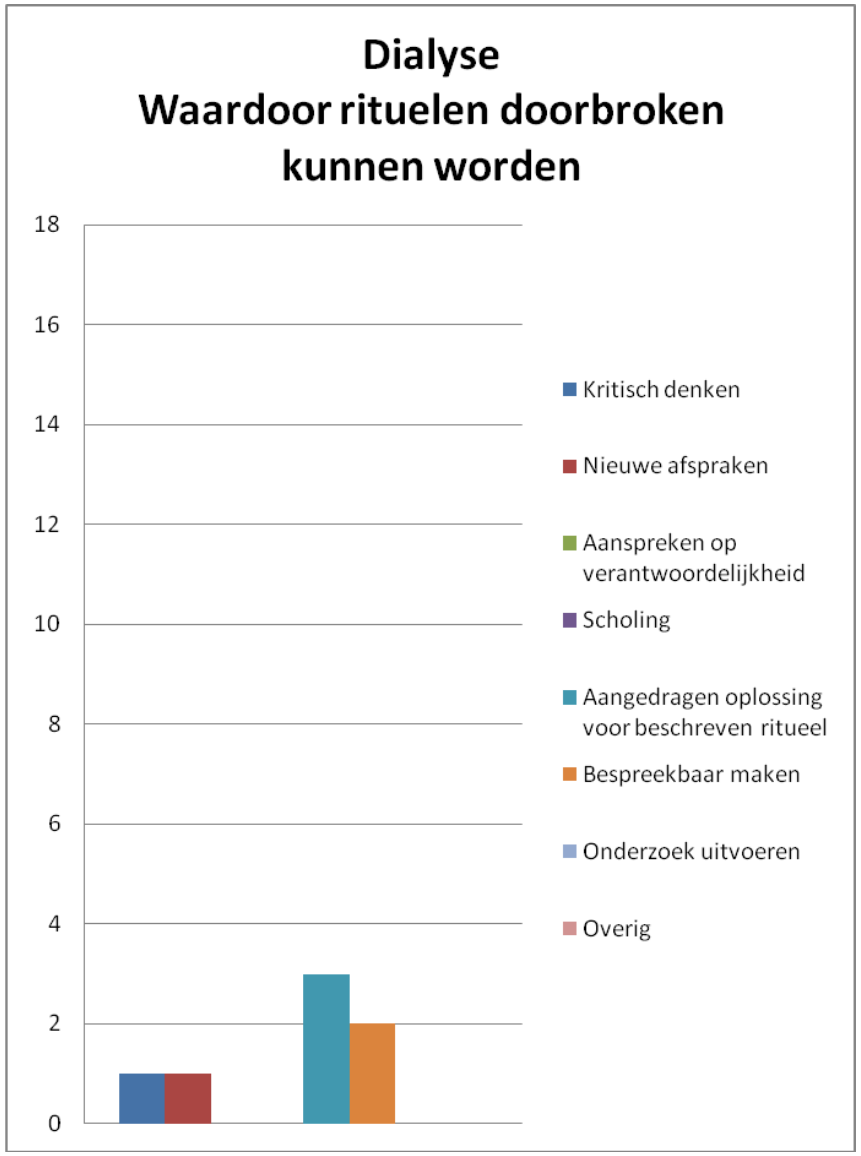

Kinder, Jongeren
Hoevaak rituelen voorkomen
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
<1 = zelden
1-5 = weinig
5-10 = dagelijks/regelmatig
10-20 = vaak
>20 = zeer vaak
Wisselend
Niet ingevuld

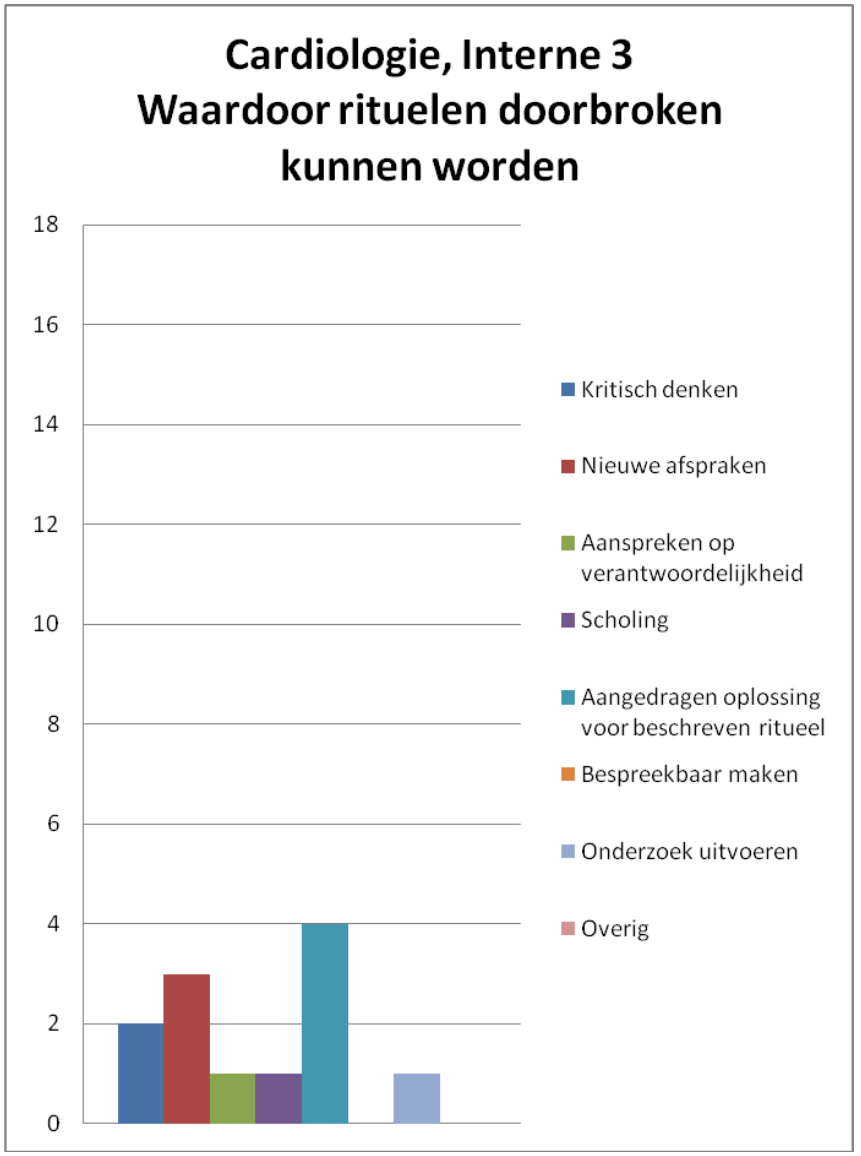

Vraag 4
28%
21%
13%
11%
9%
9%
5%
4%
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Kritisch denken
Bespreekbaar maken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Nieuwe afspraken
Overig
Onderzoek uitvoeren
Scholing

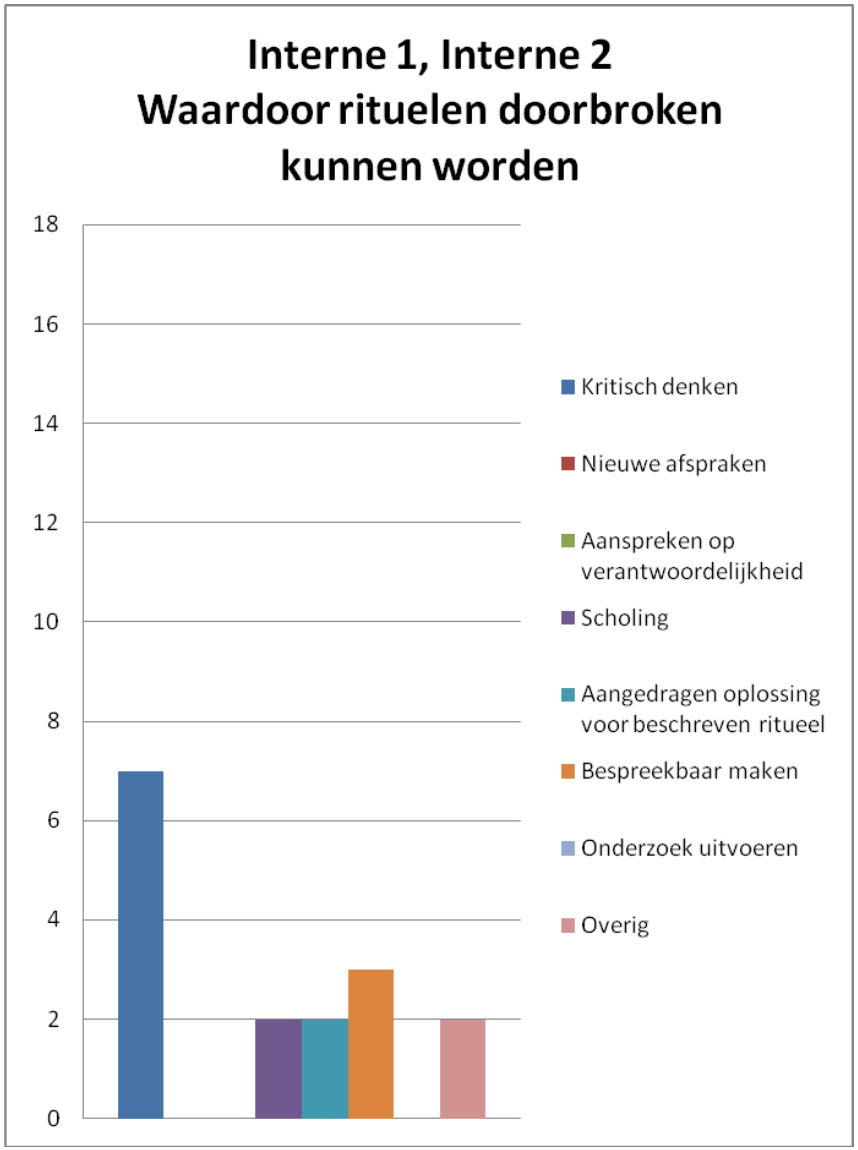

Verloskunde, Kraam
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

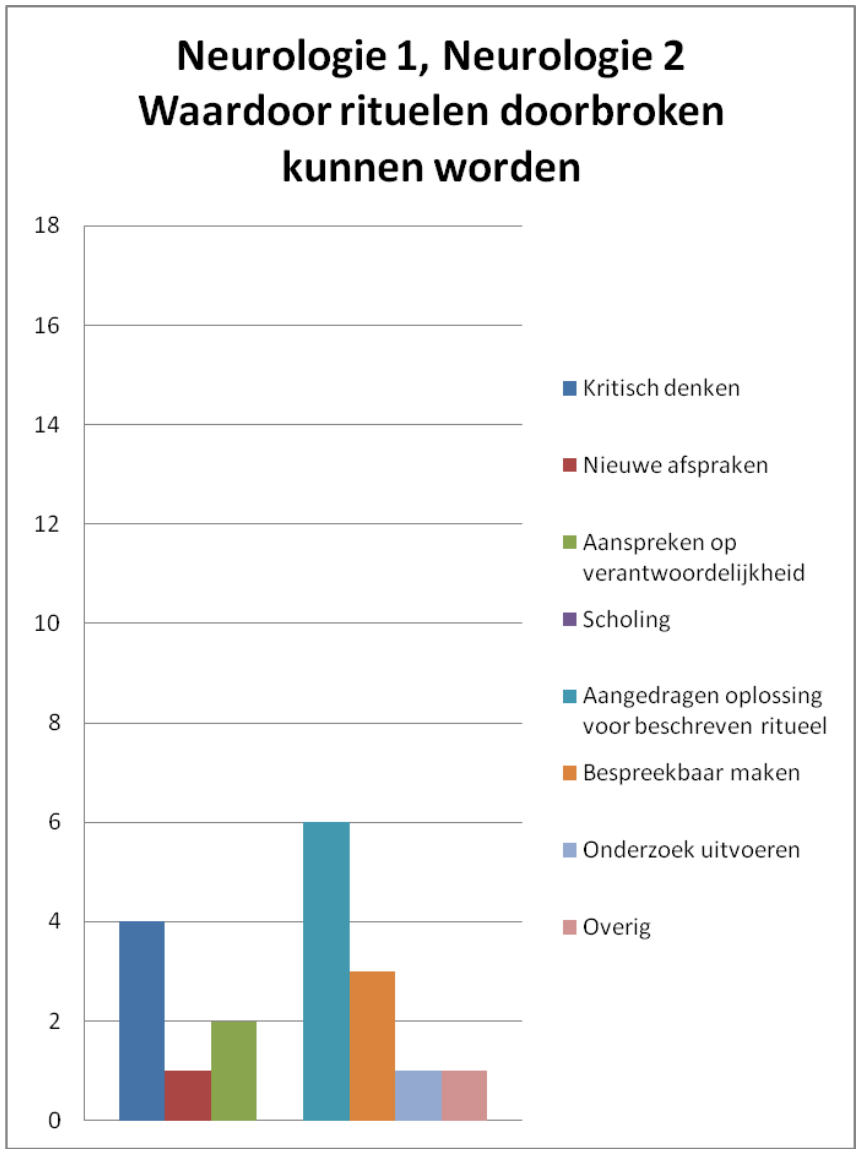

Medium-, Special Care, Dagbeh.
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig


Gyneacologie,Urologie,Orthopedie
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

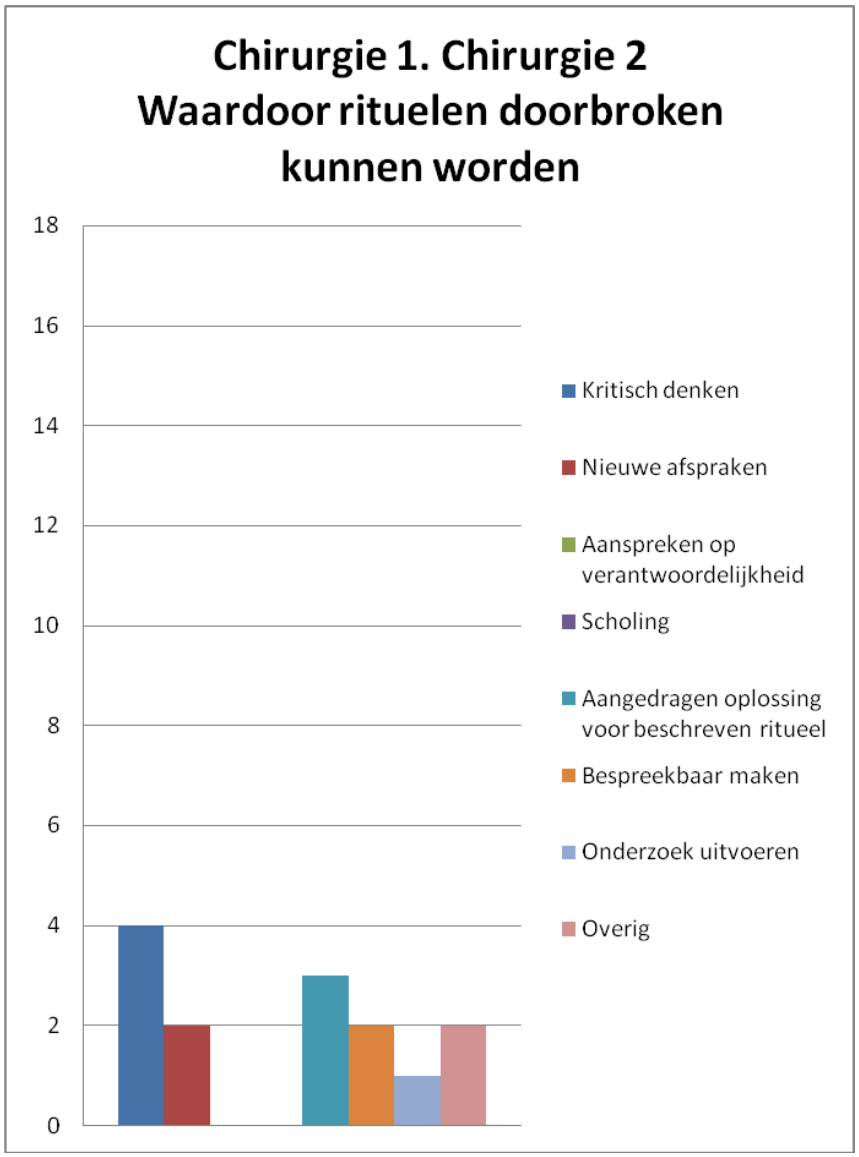

Dialyse
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven rituel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

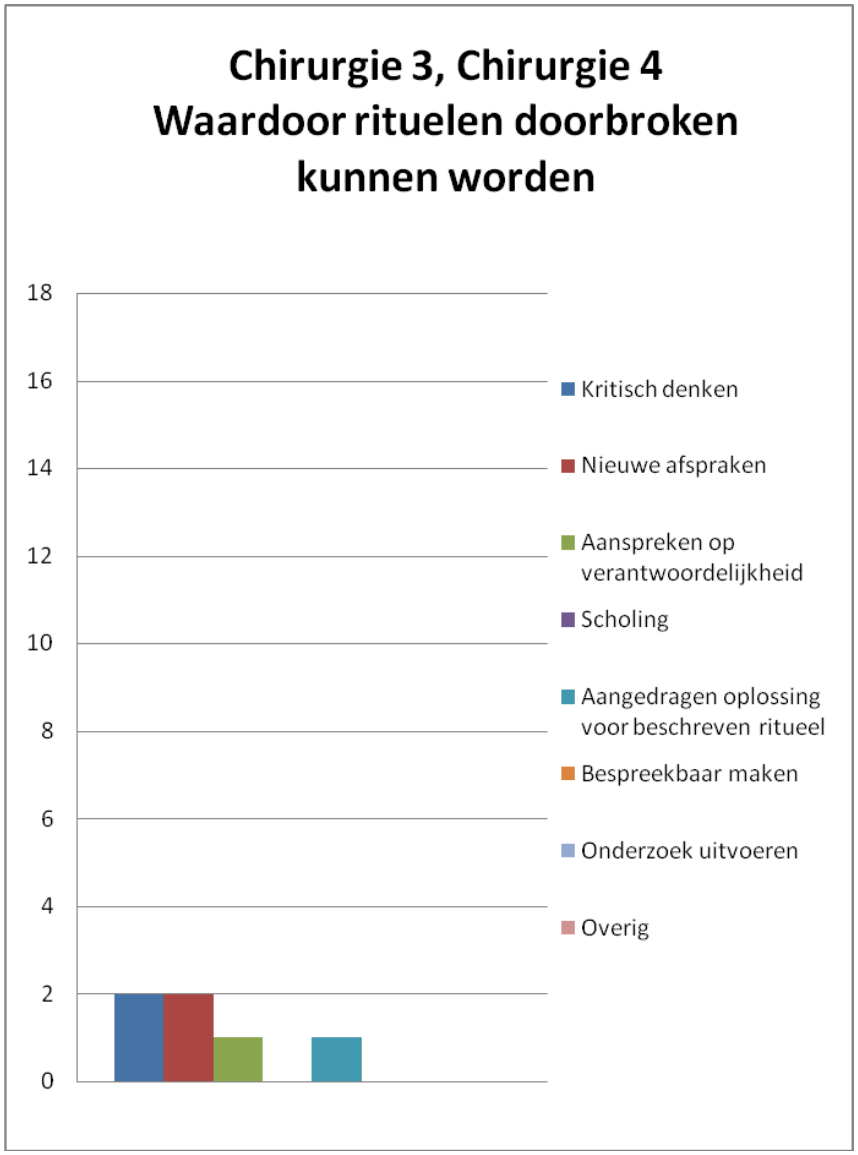

Cardiologie, Interne 3
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven rituel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

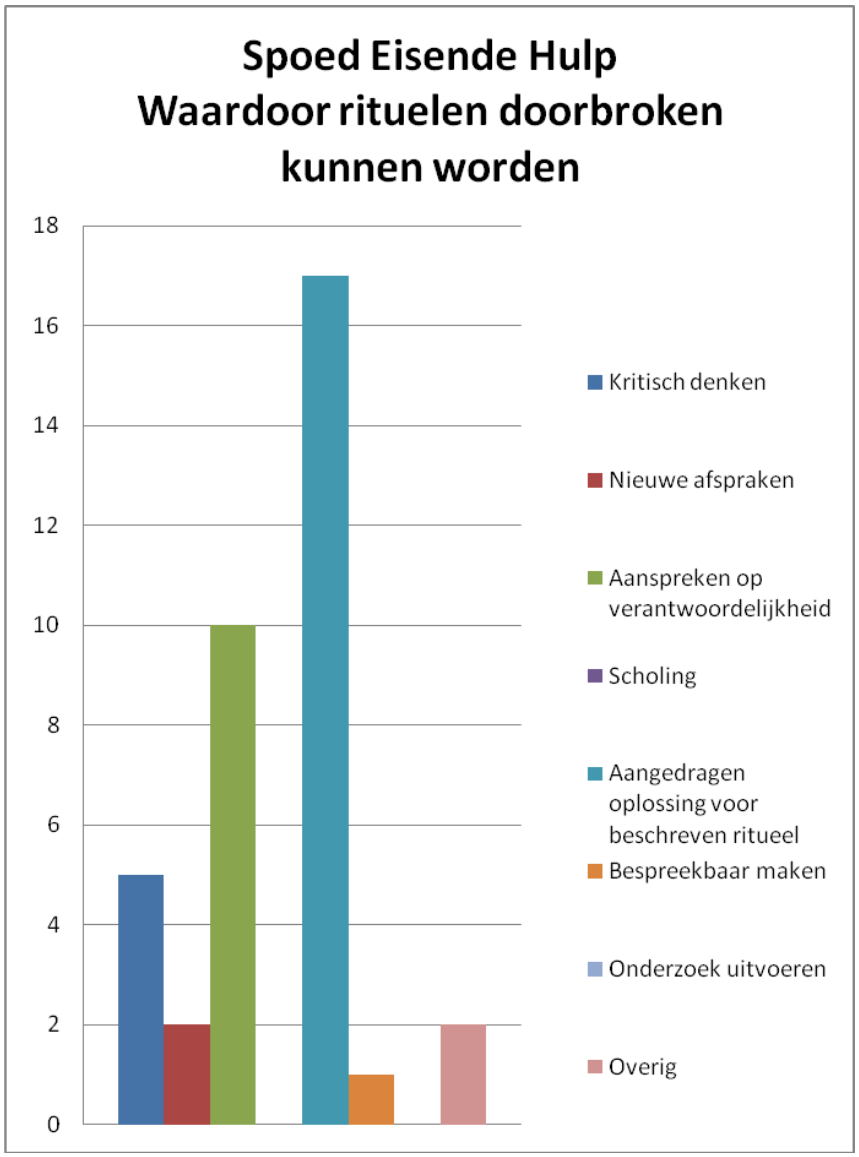

Interne 1, Interne 2
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

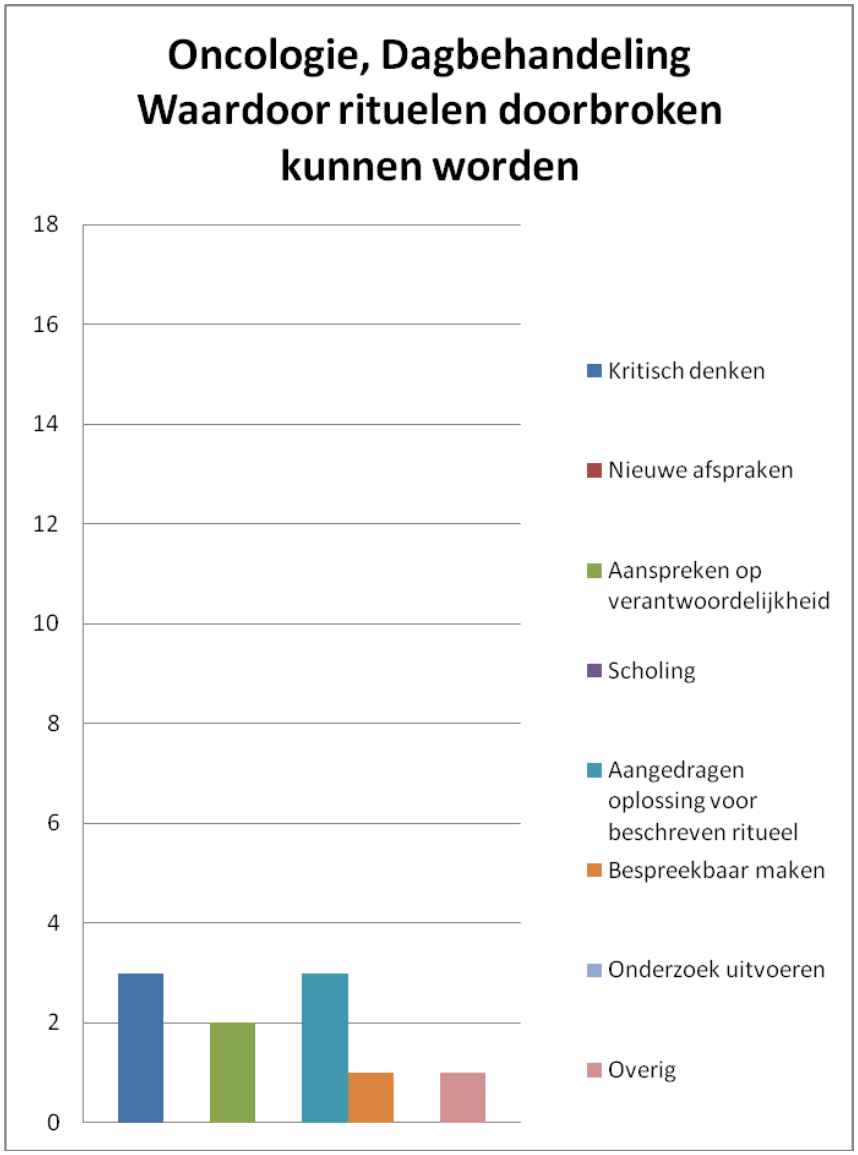

Neurologie 1, Neurologie 2
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

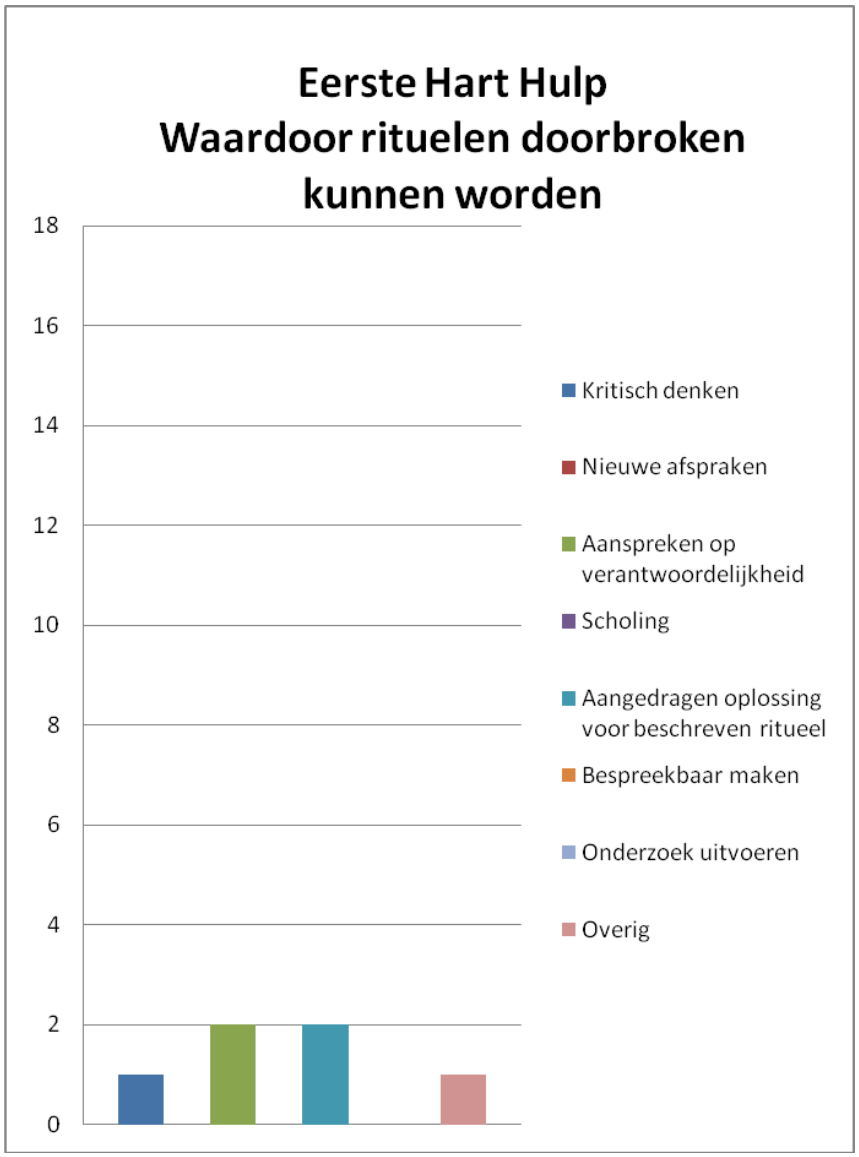

Intensive Care
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

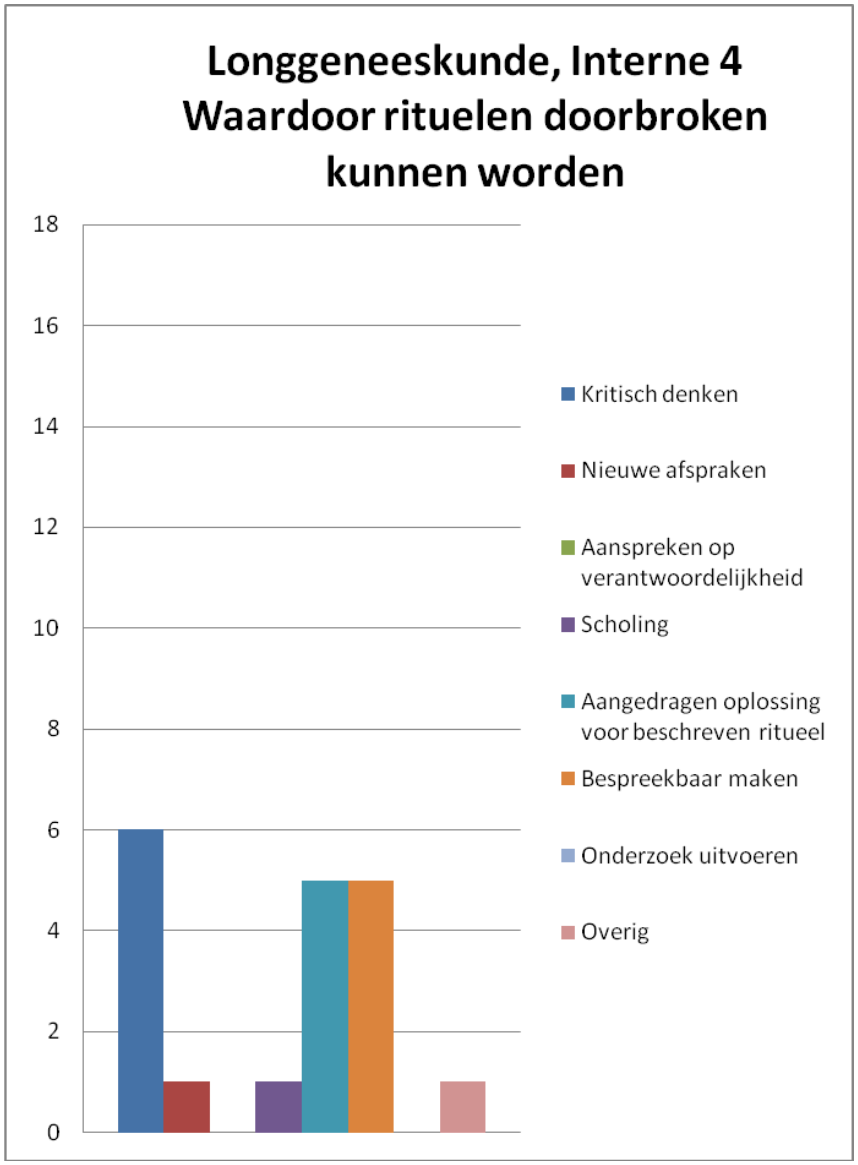

Chirurgie 1. Chirurgie 2
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

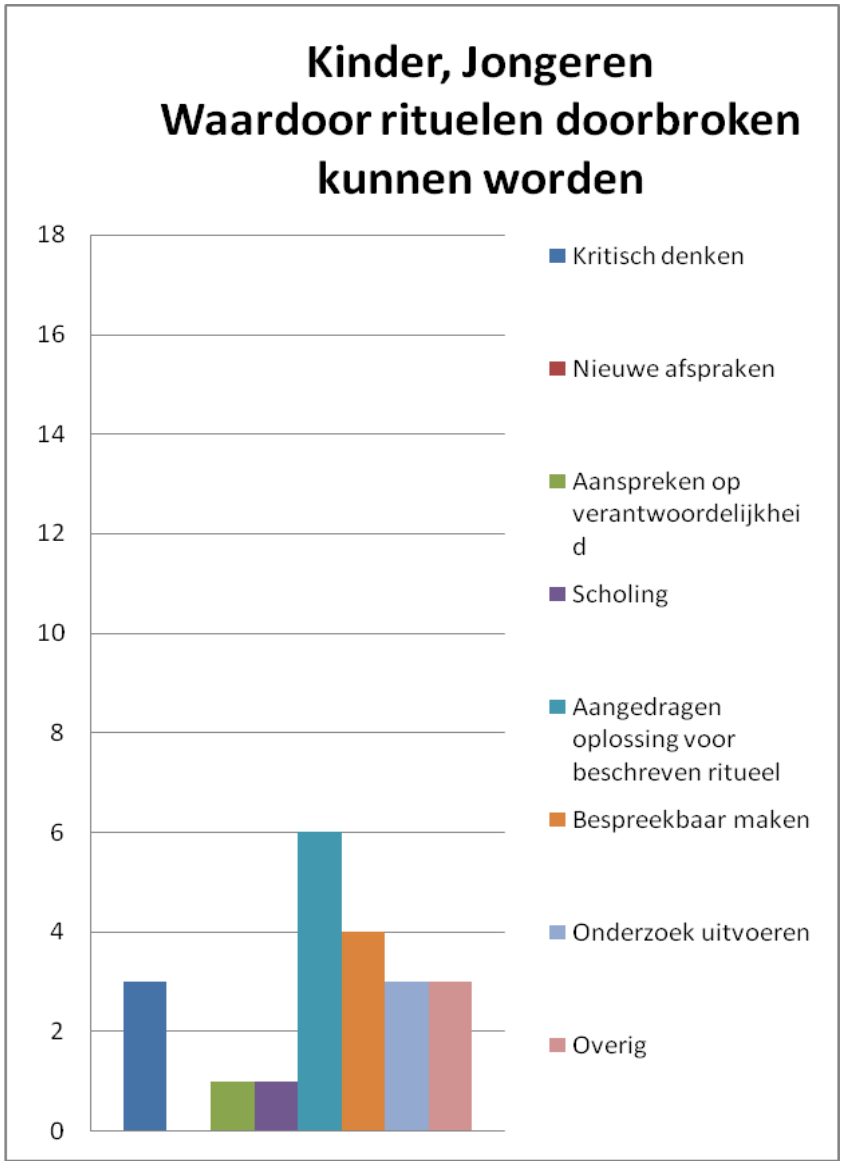

Chirurgie 3, Chirurgie 4
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

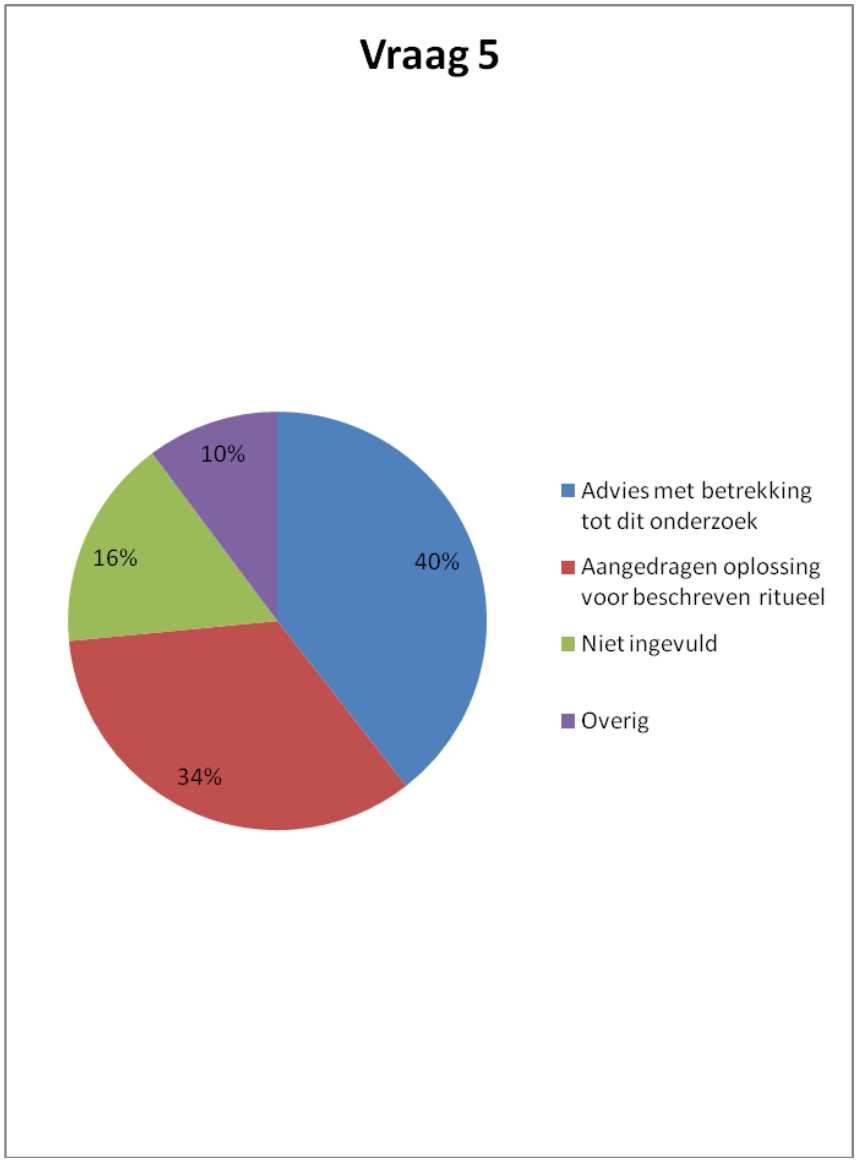

Spoed Eisende Hulp
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

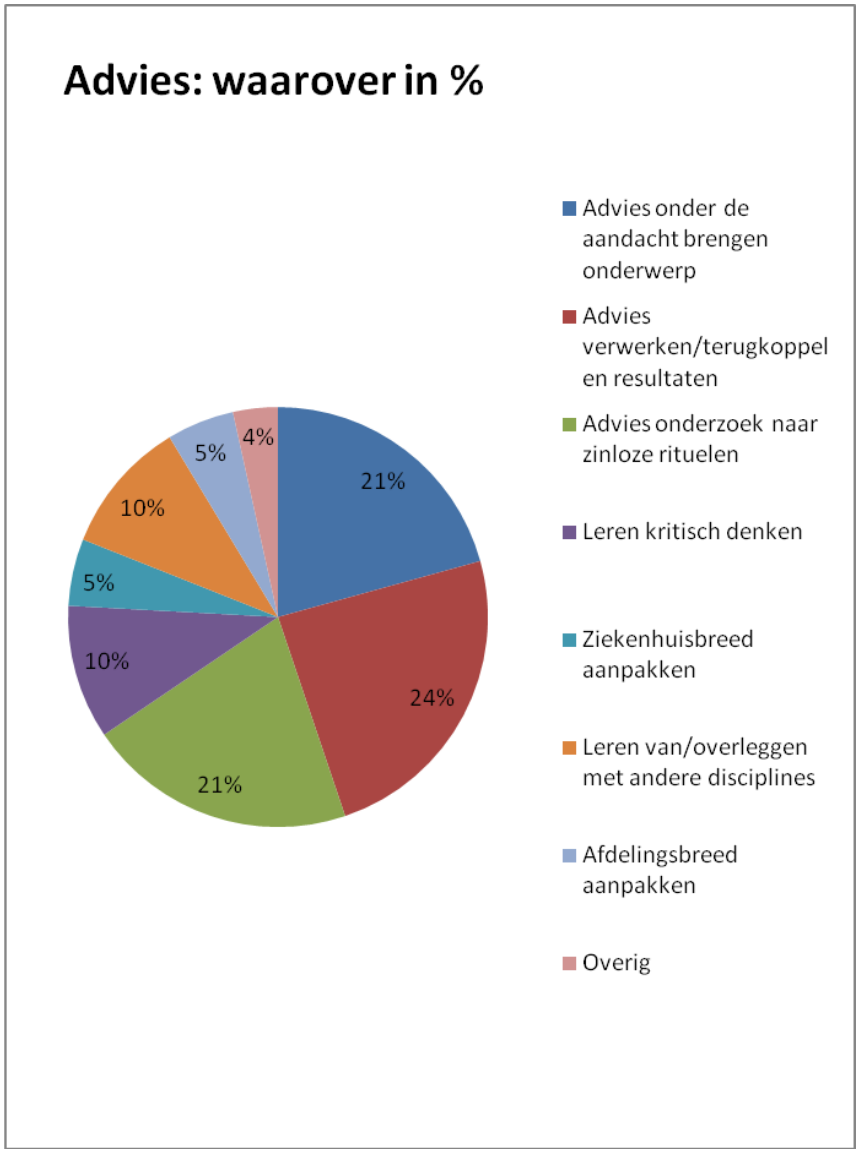

Oncologie, Dagbehandeling
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

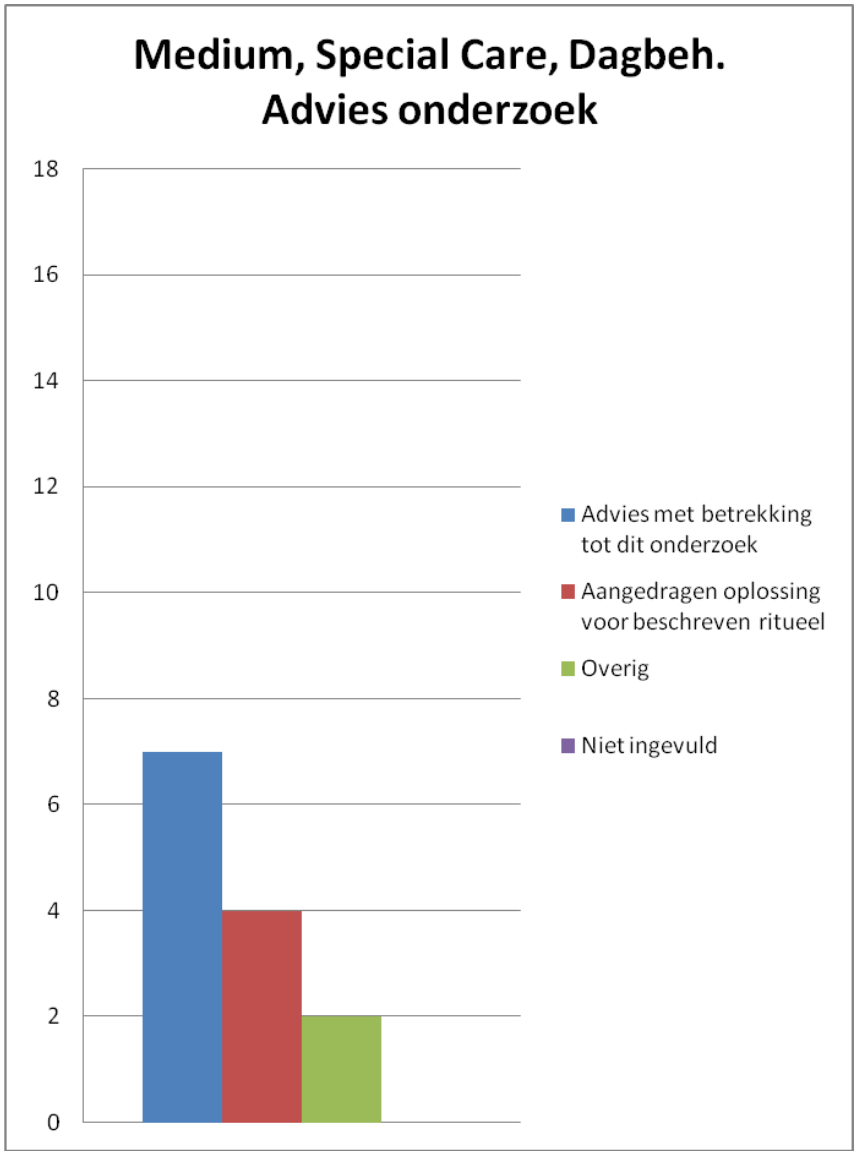

Eerste Hart Hulp
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

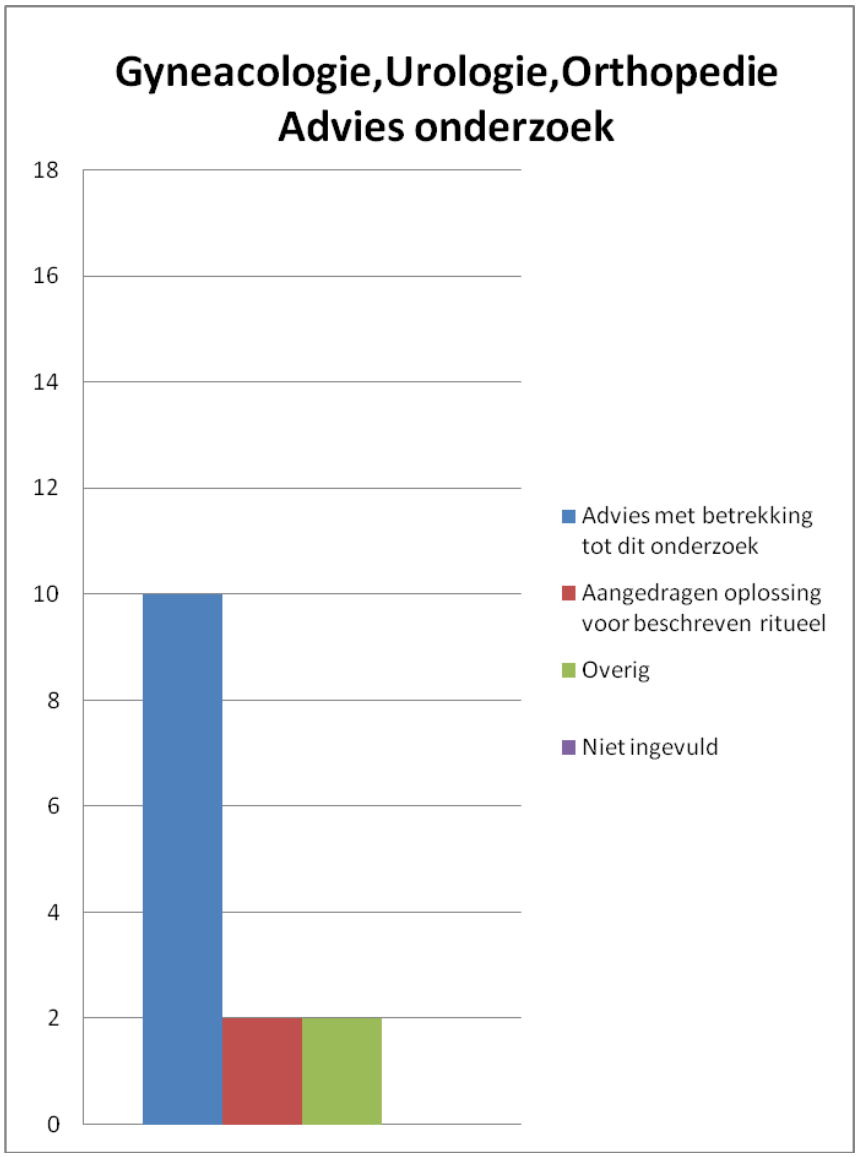

Longgeneeskunde, Interne 4
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

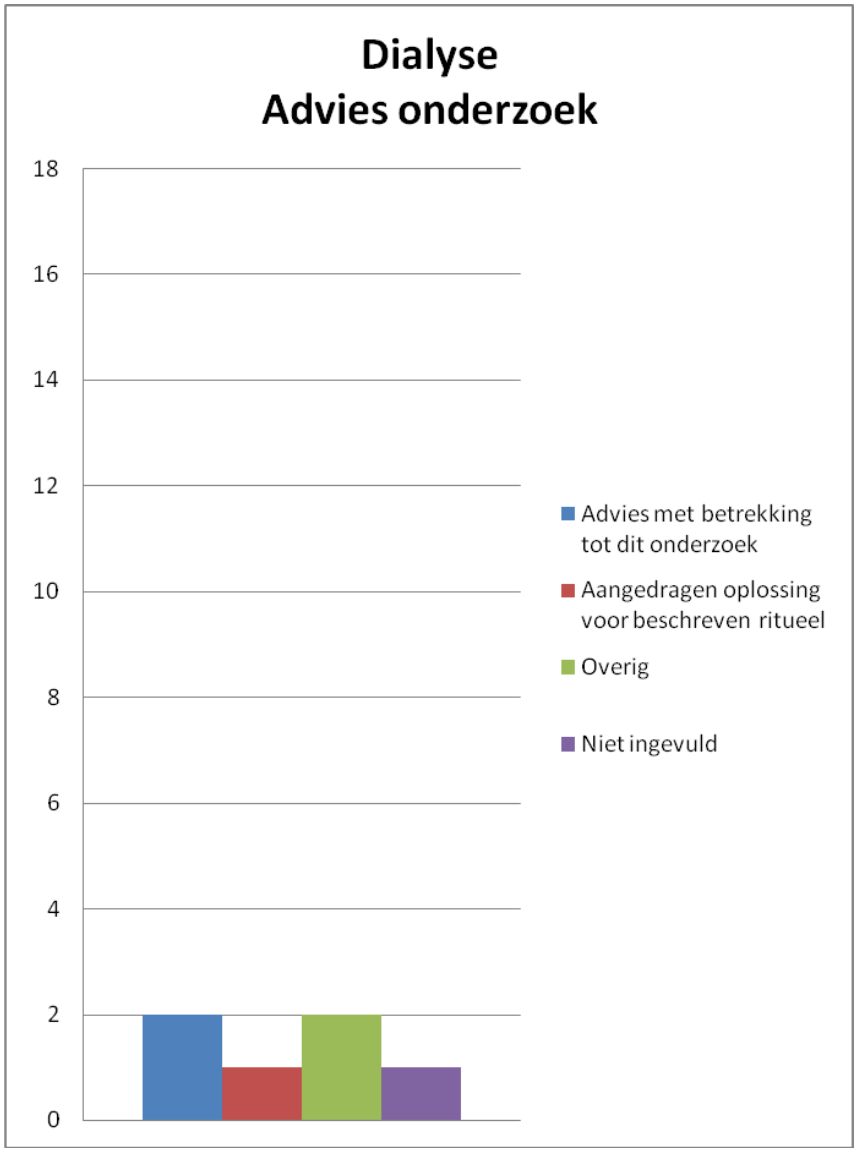

Kinder, Jongeren
Waardoor rituelen doorbroken kunnen worden
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Kritisch denken
Nieuwe afspraken
Aanspreken op verantwoordelijkheid
Scholing
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Bespreekbaar maken
Onderzoek uitvoeren
Overig

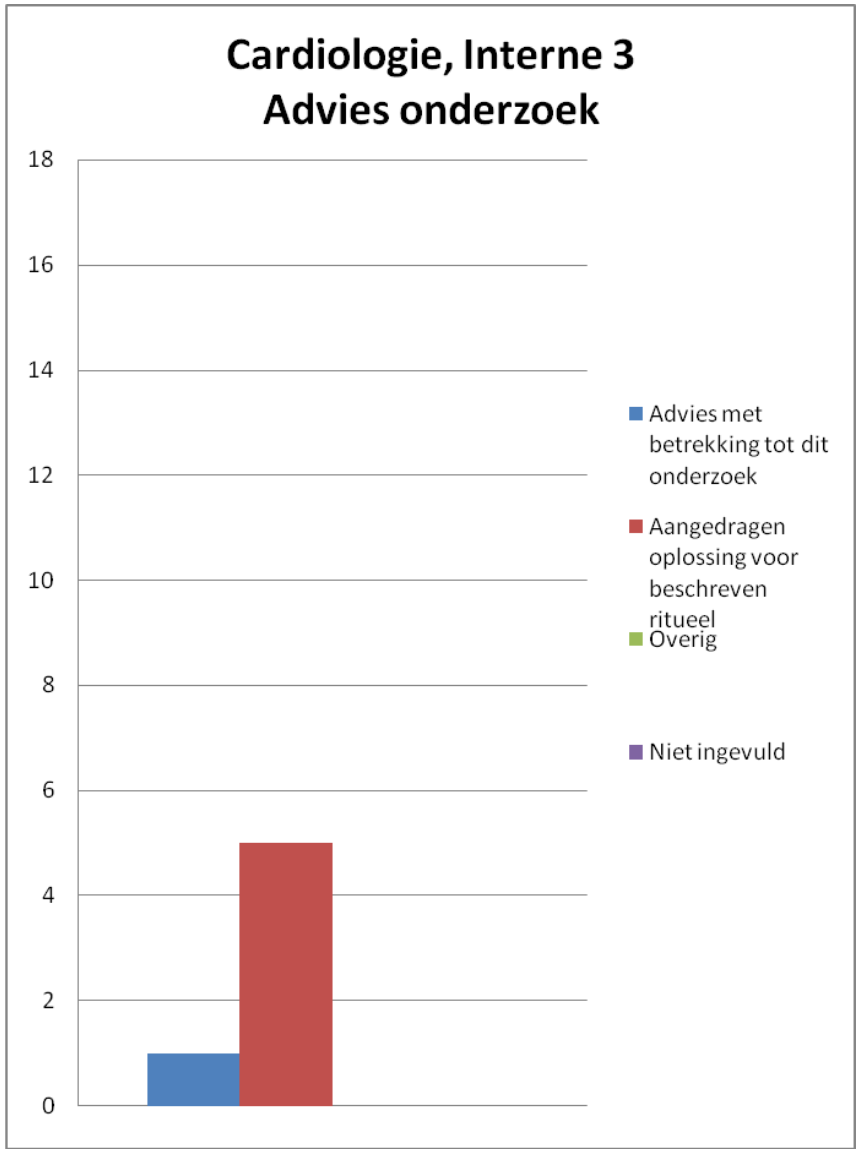

Vraag 5
10%
16%
40%
34%
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Niet ingevuld
Overig

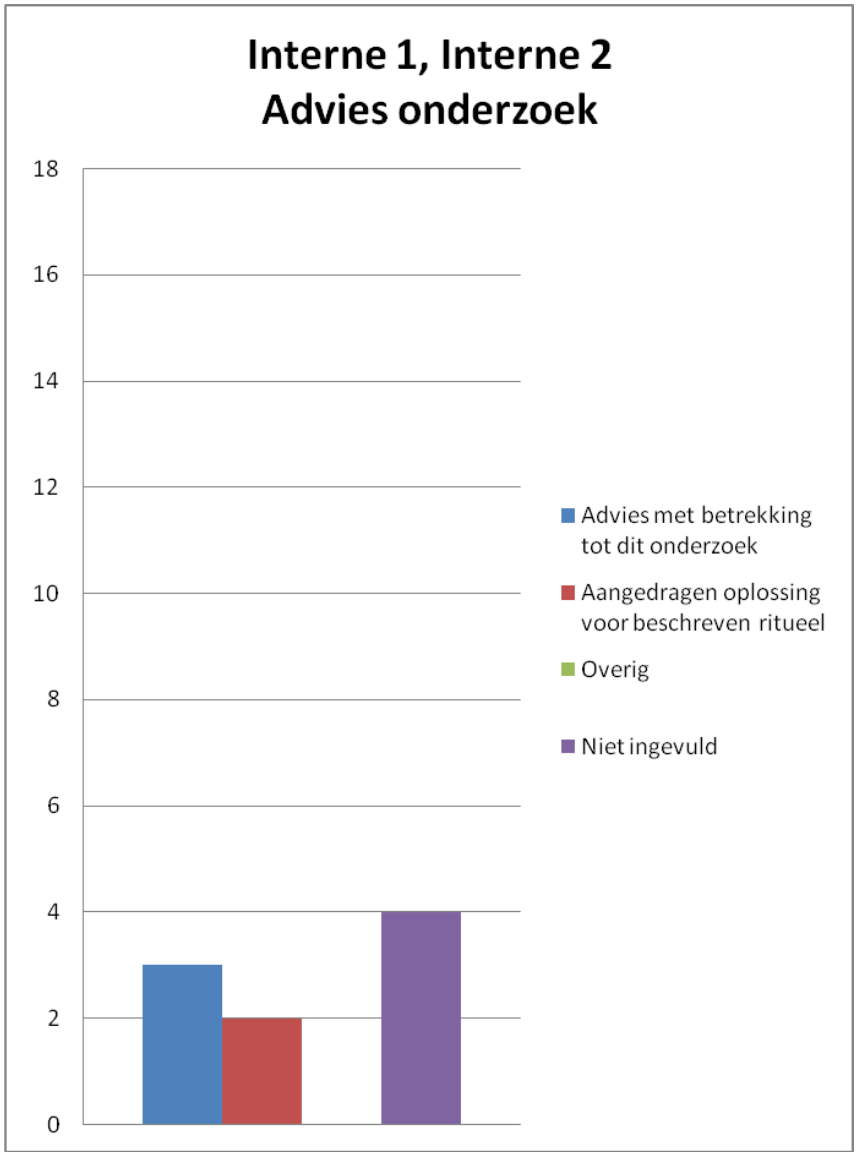

Advies: waarover in %
5%
4%
21%
10%
5%
10%
24%
21%
Advies onder de aandacht brengen onderwerp
Advies verwerken/terugkoppel en resultaten
Advies onderzoek naar zinloze rituelen
Leren kritisch denken
Ziekenhuisbreed aanpakken
Leren van/overleggen met andere disciplines
Afdelingsbreed aanpakken
Overig

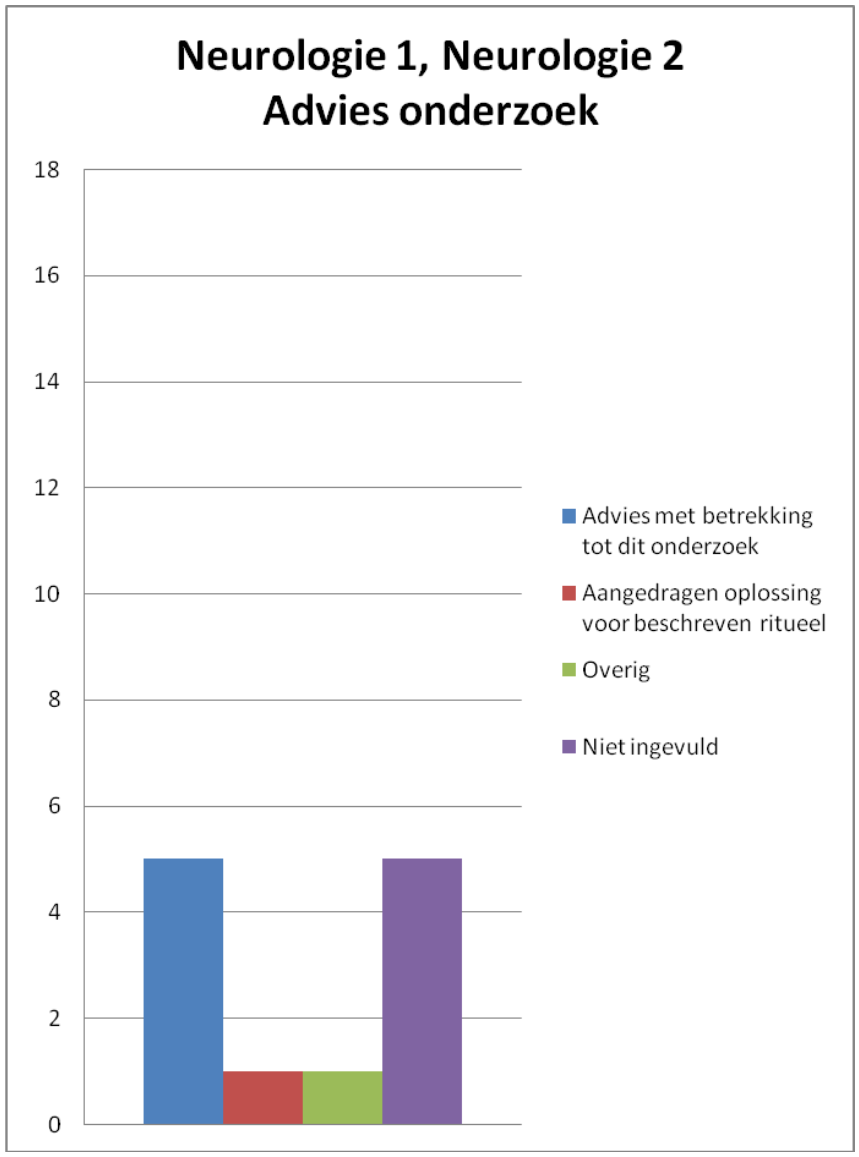

Medium, Special Care, Dagbeh.
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

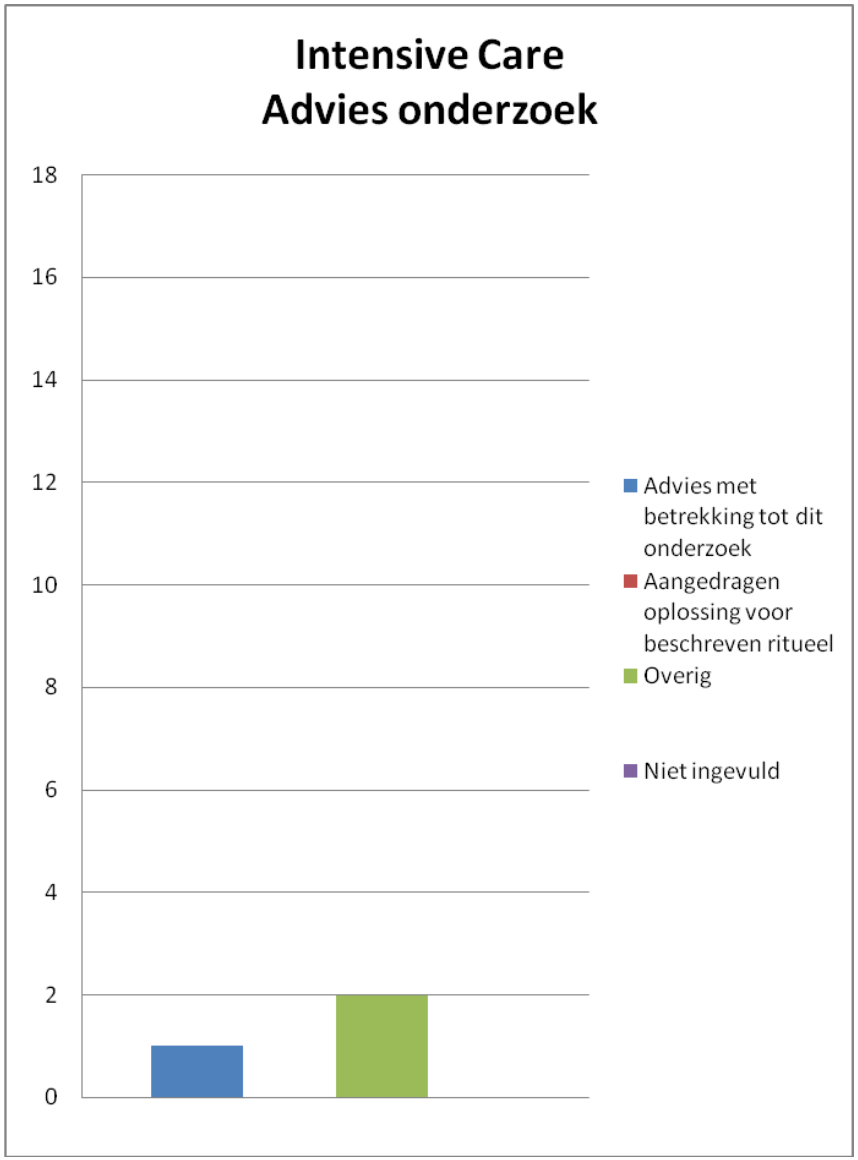

Gyneacologie,Urologie,Orthopedie
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

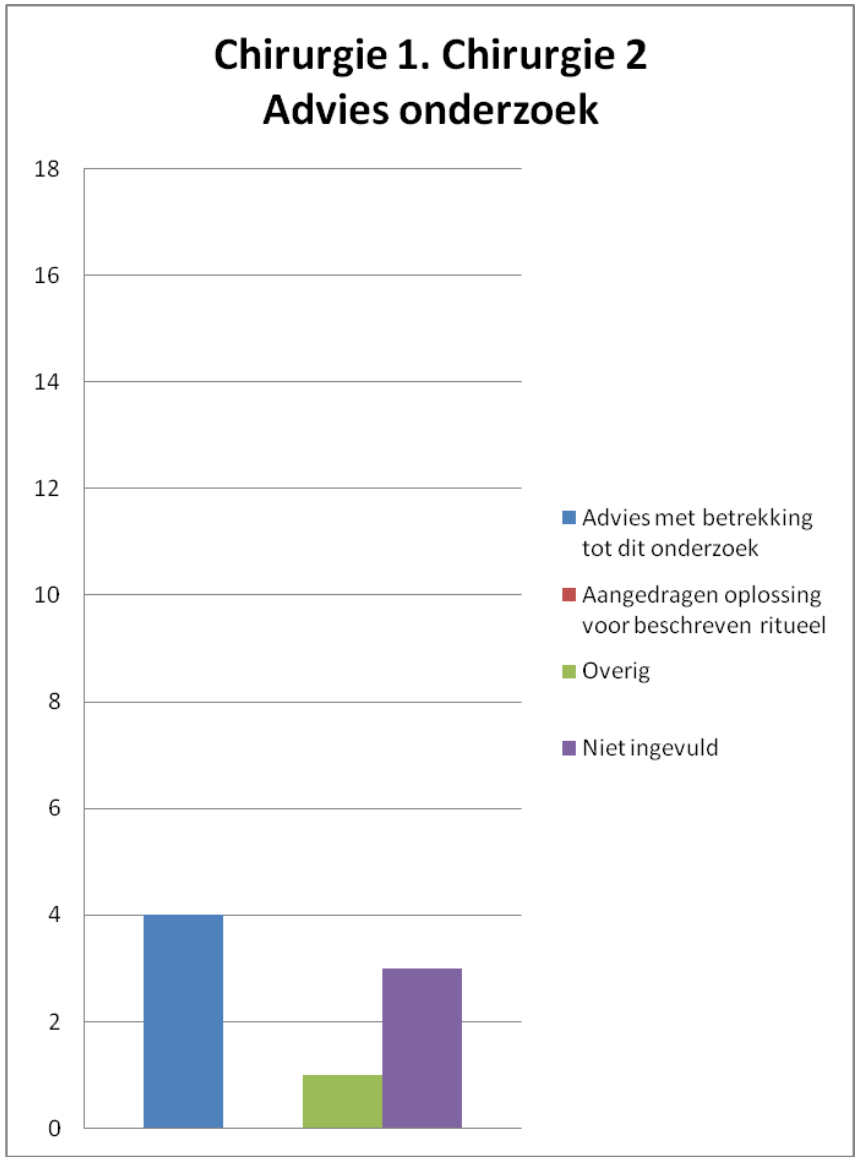

Dialyse
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

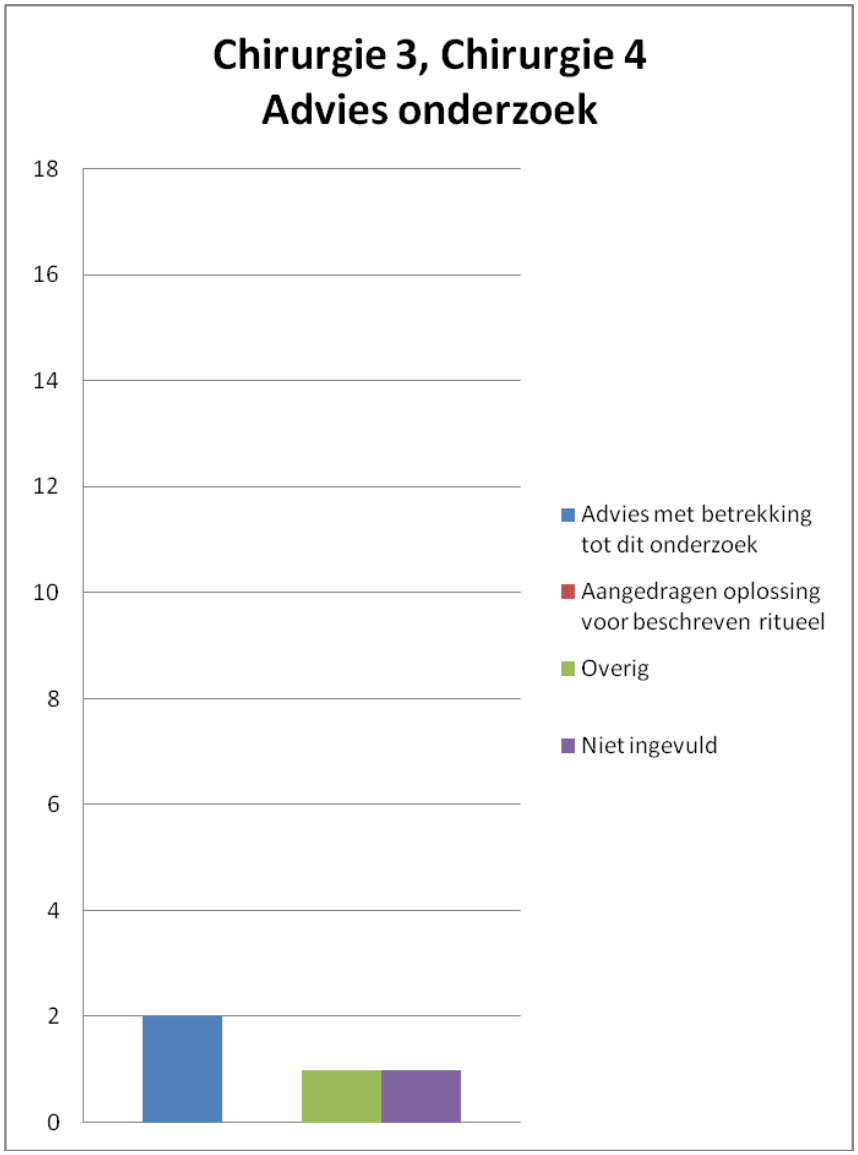

Cardiologie, Interne 3
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

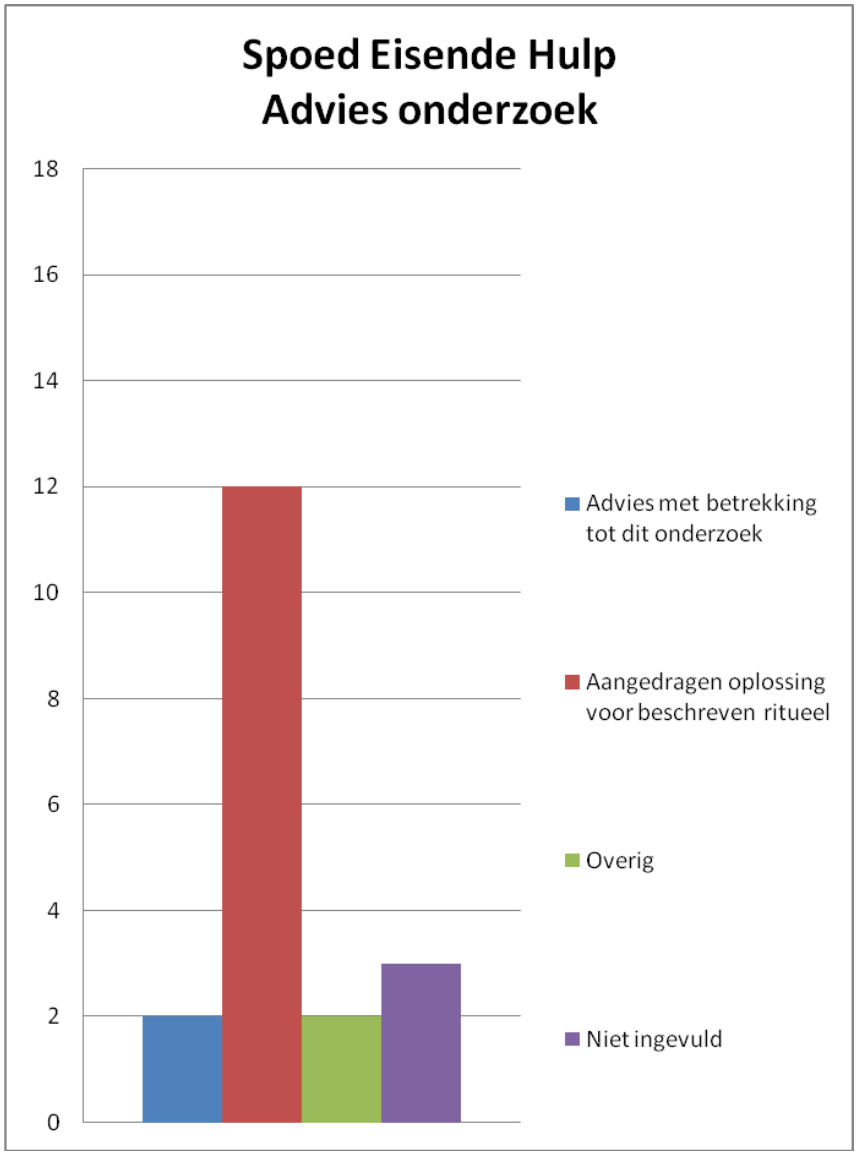

Interne 1, Interne 2
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

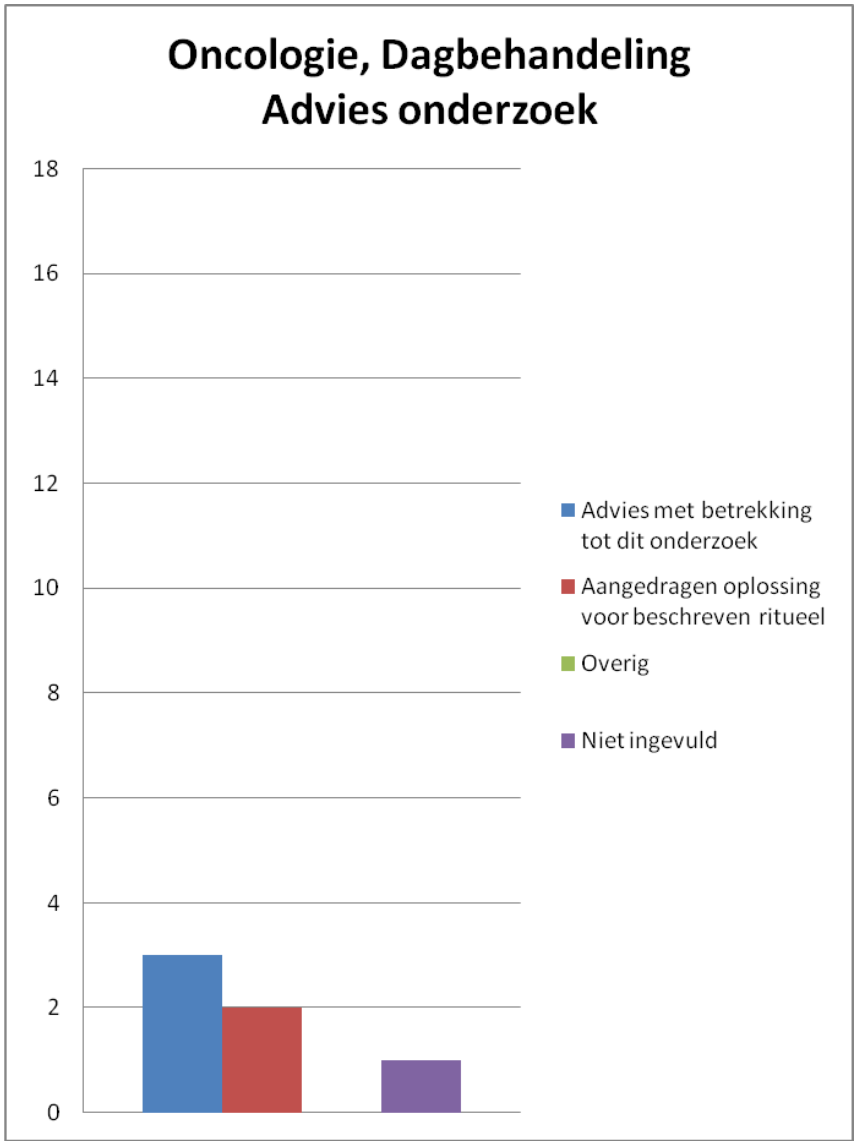

Neurologie 1, Neurologie 2
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

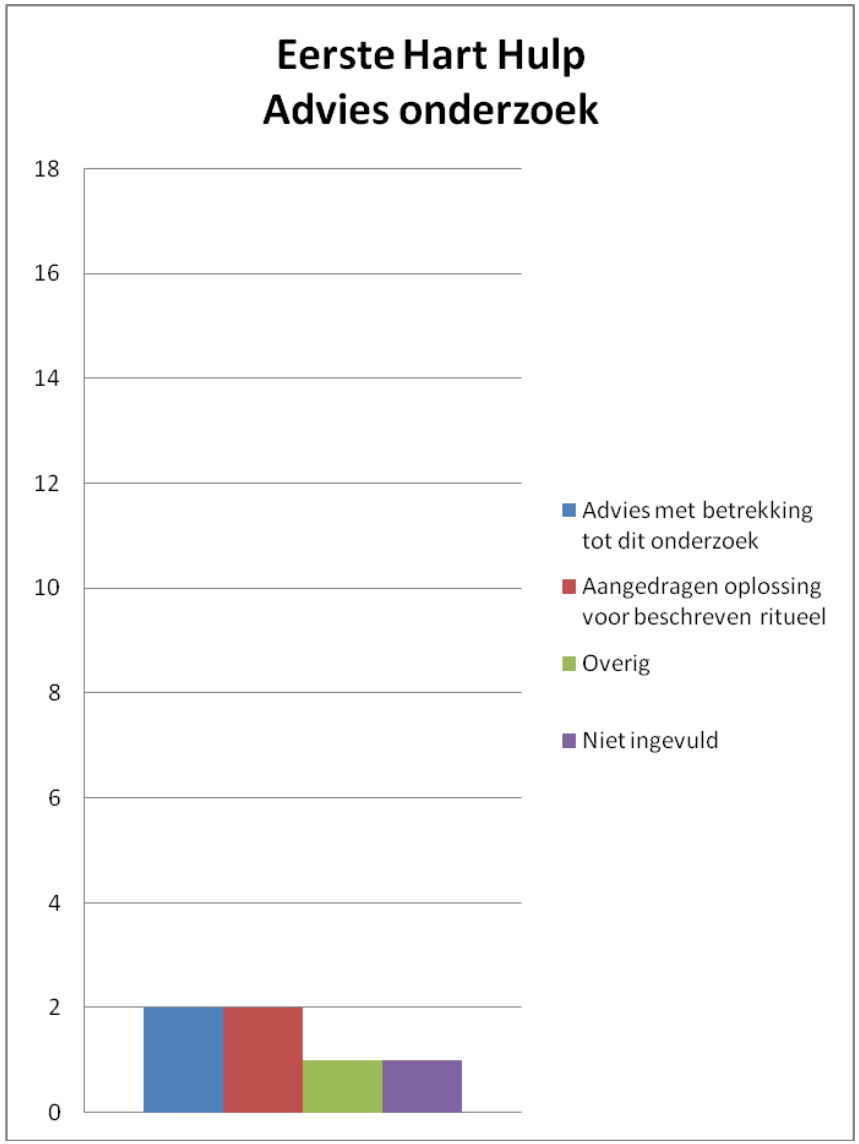

Intensive Care
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

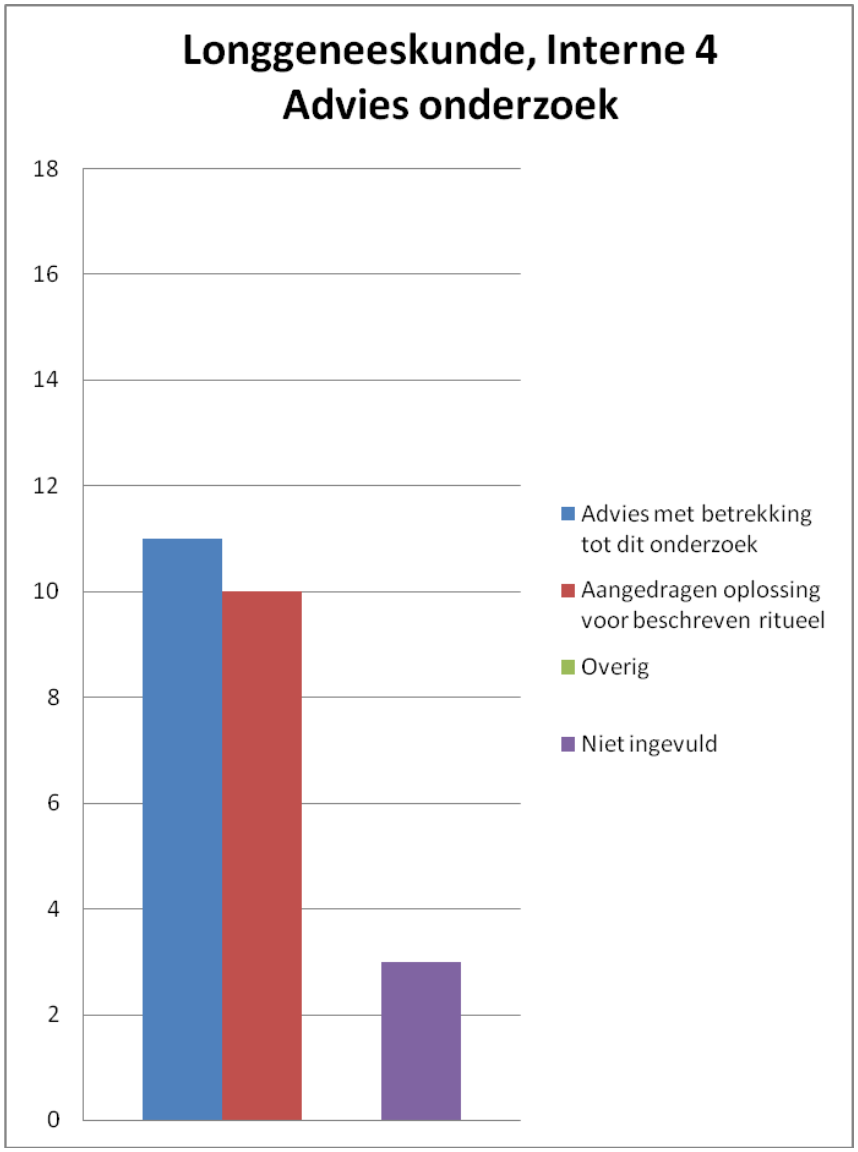

Chirurgie 1. Chirurgie 2
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

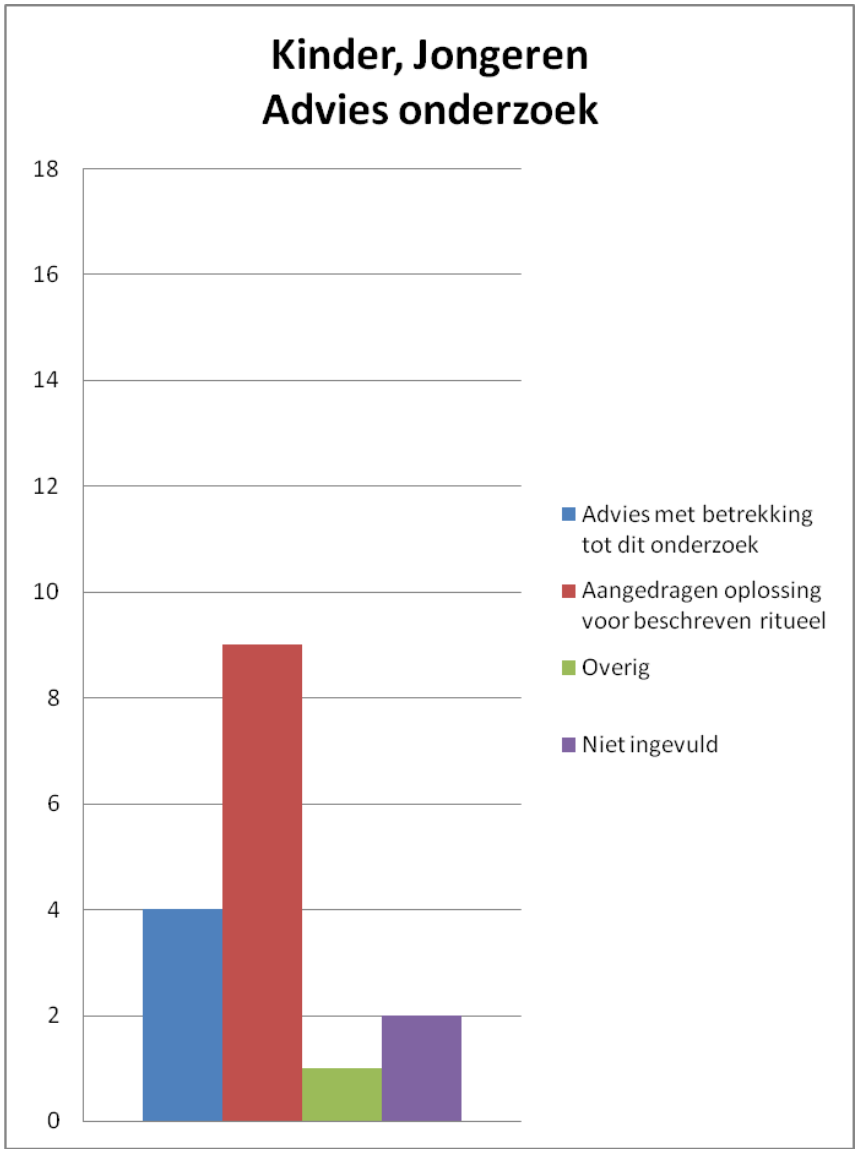

Chirurgie 3, Chirurgie 4
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

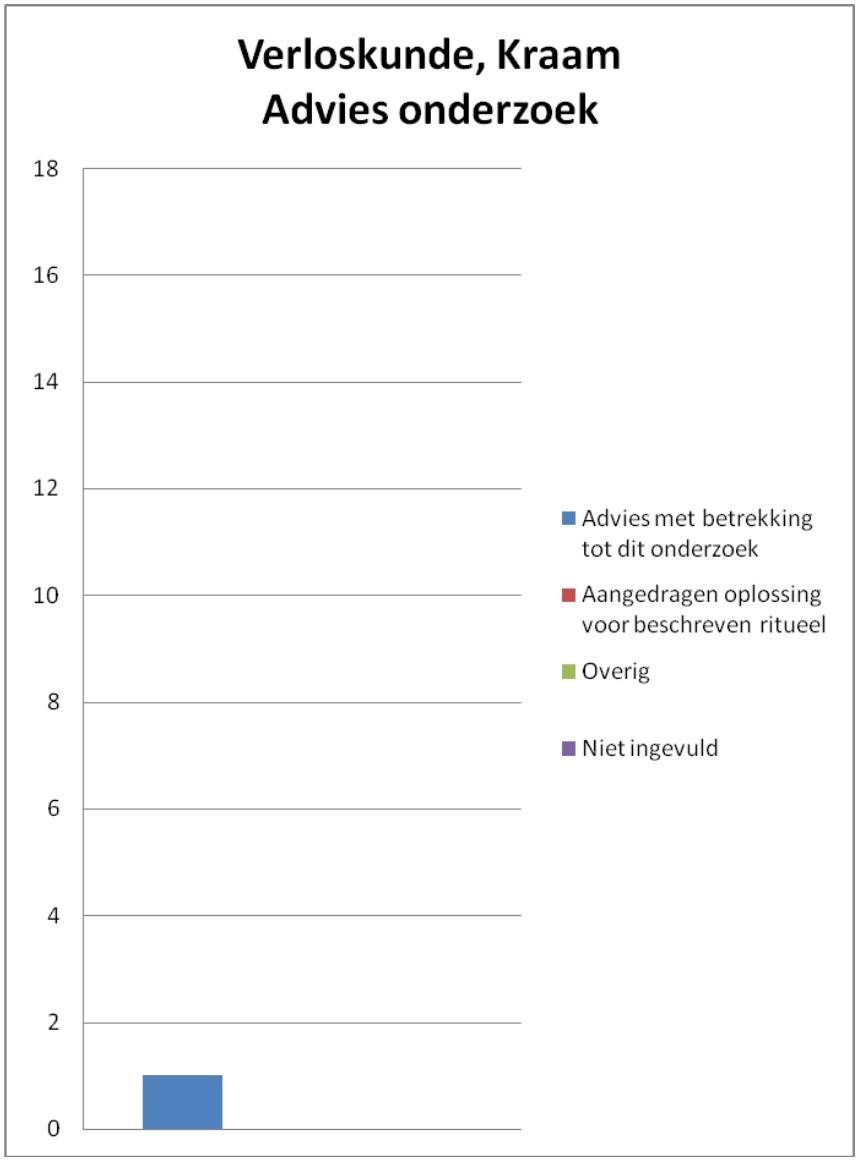

Spoed Eisende Hulp
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld


Oncologie, Dagbehandeling
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld


Eerste Hart Hulp
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld


Longgeneeskunde, Interne 4
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld


Kinder, Jongeren
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld


Verloskunde, Kraam
Advies onderzoek
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Advies met betrekking tot dit onderzoek
Aangedragen oplossing voor beschreven ritueel
Overig
Niet ingevuld

Bijlage 5 Lijsten van rituelen en problemen

5.1 Rituelen

- Standaard temperaturen in de nacht
- Dagelijks bedden verschonen en opmaken van oplopende patiënten
- Wekelijks wegen van zwangere
- Invullen van de MUST lijst diëtiek
- Het om zes uur iemand wakker maken voor controles
- Administratieve taken: invullen van allerlei 'zinloze' lijstjes
- Alle formulieren die (dubbel) ingevuld moeten worden, waar verder niets mee gedaan wordt (bijv. decubitus score, valrisico, voedingsscreening etc.)
- RR en Temp. worden teveel gedaan (wel afhankelijk van de soort ingreep)
- Er zijn vaak bijna dubbele formulieren waar hetzelfde opstaat
- ADL elke dag uitgebreid
- Elke dag bed verschonen bij dezelfde patiënt
- Bepaalde wonden 1x per dag wond materiaal wissel
- mutatielijst invullen 's nachts
- Op special care moeten alle patiënten geürineerd hebben na OK als ze voor dagbehandeling komen
- Automatisch RR,P controle na operatie (op special care bij dagbehandeling patiënten)
- T controle na operatie
- Vaak onnodig pols + RR controle 2e dag post OK.
- Vochtbalans bijhouden bij uitbehandelde patiënten die hier liggen wachten op plaats in verpleeghuis
- Post operatieve controles toch elk half uur blijven doen ook al zijn ze stabiel
- Klakkeloos doorgeplande controles, 3 keer daags blijven doen.
- Ook langer dagcurven bloedsuikers
- Kortere rapportages
- Temp./pols, RR controles misschien wat minder vaak
- Scheren voor OK alleen waar nodig (i.v.m. pleisters) -> gebeurt nog veel maar niet altijd nodig
- Post OK 3x tempen; ongeacht hoe de OK verlopen is (grote/kleine ingreep, veel/weinig bloedverlies)
- Pre OK scheren
- Elke dag bedden verschonen (alle lakens)
- Controles uitvoeren (bijv. RR of saturatie meten) terwijl er geen arts of andere specialist naar vraagt
- Scheren van de knie bij bijv. knieoperaties
- Temperaturen post OK
- In vpk dossier veel dingen 'dubbel' schrijven (temp., urineproductie)
- Ontslagen: afmelden in computer+in agenda van secretaresse+op opname formulier
- Standaard: tempen en pols, mensen met O2 standaard 2x daags saturatie
- Temp. > 38,5 C rectaal over tempen
- Standaard volledige overdracht voor late- en dagdienst
- Infusen inlaten omdat iemand niet geplast heeft
- Dagelijks bed verschonen van oplopende patiënten

- Dagelijks temperaturen
- Naast oraal, ook nog rectaal over tempen als patiënt boven de 38,5C heeft
- MUST en decubitus score bij jonge, mobiele patiënten
- 2 keer daags tempen standaard
- Post OK lab aanvragen (Hb)
- Te uitgebreid overdragen (niet alleen bijzonderheden)
- Op 3 a 4 manieren mutatielijsten invullen over bezetting bedden op afd.
- Scheren
- Standaard controles
- Dagelijks tempen
- Elk half uur controles doen 1e 3 uur na OK als patiënt terug is op de afdeling (weet niet of dit wetenschappelijk onderbouwd is) Op orth. doen we dit, chirurgie 1 bijv. doet het niet.
- Op meerdere plaatsten dezelfde gegevens registreren.
- Gegevens invoeren in diamant (comp. programma op de dialyse). Deze gegevens worden ook nog op papier bewaard. Het zijn veelal dezelfde gegevens, telkens weer!
- Eindeloos handen wassen voordat je nieuwe handschoenen aandoet om de volgende handeling uit te voeren. Dit is natuurlijk bij patiënten waar GEEN contact isolatie op van toepassing is
- 1 handeling 3x noteren bijvoorbeeld
- Overdracht kan korter
- Administratief: invoeren in de computer van gegevens dialyse in het verloop
- Veel dubbel werk doordat we veel formulieren moeten invullen (MUST, decubitus, valrisico lijsten)
- Scheren voor OK
- Elke dag ellenlange rapportages
- ADL bij iedereen van top tot teen
- Steeds meer formulieren die je per patiënt in moet vullen. Als je een patiënt opneemt ben je langer bezig met de administratie dan met de patiënt zelf
- ADL dagelijks
- Vocht balans wordt vaak slecht bijgehouden - kan een patiënt niet dagelijks gewogen worden?
- Vanaf 24 uur nuchter (eten en drinken) voor onderzoeken en operaties. Vaak kan het nuchter zijn veel korter
- Vochtbalans bij iedere patiënt die een infuuspomp heeft i.p.v. gewoon aftekenen in de cardex
- Desinfecteren van de huid voor infectie
- Onnodig vaak bloedsuikers prikken, bij patiënten met DM
- Elke dag bedden verschonen bij mensen die niet bedlegering zijn
- Te vaak controles bij stabiele patiënten. (RR, P, T, Sat, DGM.)
- Vaak controles
- Papieren lab uitslagen toevoegen aan medisch dossier
- 2x daags tempen
- Controles meerdere keren per dag meten
- Overdracht naar collega's te uitgebreid
- Dubbele administratie
- Vaak bedden verschonen

- Wordt veel gemeten, vochtbalans, wegen, controles
- Automatisch doorplannen van bv. vochtlijsten/glucose dagcurven/vochtbalansen/co e.d.
- Uitgebreid overdragen na lezen mappen
- Bij patiënten die er al enkele dagen liggen en stabiel zijn standaard bloeddrukmeten 1x per dag
- Elke dag bed verschonen bij patiënten die veel uit bed zijn
- Het alle dagen volledig wassen van bedlegerige patiënten. Bij drukte zal je ook kunnen kiezen voor afwisselen met een 'kattenwasje' (hoef overigens niet altijd bij drukte!)
- De grote papierwinkel die vpk moeten invullen om hun werk te kunnen doen
- Vasthouden aan vaste tijdsmomenten voor bepaalde dingen
- Iedereen elke dag volledig wassen
- Overdragen wat je hebt geschreven in de rapportage
- Voorblad van het MDO invullen, staat in de anamnese dezelfde info.
- 3x daags RR meten terwijl RR al verschillende dagen normaal is
- Iedere dag elk bed verschonen
- Bij ieder opgenomen patiënt elke dag controles
- Administratieve zaken m.b.t. invullen van allerlei formulieren (MDO, Must, decubitus, pijn, ph-strip)
- Veel formulieren voor andere disciplines
- In bepaalde situaties controles
- Op verschillende plekken 'in- uitschrijven' patiënten
- Lange overdachten van diensten
- Desinfecteren voor DGM prikken
- Het blijven staan van controles
- Het invullen van alle formulieren, nu gebeurd dit niet netjes en zijn ze niet goed bruikbaar
- Een lijstje om af te tekenen welke lijstjes je hebt ingevuld, bij anamnese (nu 8 stuks)
- Vaak controles doen terwijl controles stabiel zijn
- De hoeveelheid lijsten die ingevuld moeten worden (pijnscore, must, decubitus) beter op 1 formulier
- Uitgebreide mondelinge overdracht (soms vrijwel gelijk aan schriftelijk rapportage)
- Lang doorgaan met meerdere keren per dag controles
- Dagelijks alle bedden verschonen
- De anamnese word 3x ingevuld op SEH vpk, en arts
- Er zijn vele scorelijsten die soms niet eens relevant zijn in te vullen (vb., decubitus score, must, bartel, pijnanamnese) voor de vpk zelf omdat ik er niets mee doe maar andere disciplines
- Op kweekformulieren alle AB vermelden, 5 kweken 5 keer hetzelfde invullen
- Smeren van zinkzalf op de stuit
- Bij alle patiënten vragen naar het hebben van ontlasting
- Veel dubbele of driedubbele administratieve handelingen
- Spoelen van wonden met (steriel) NaCl i.p.v. kraanwater
- Het naar het lab moeten brengen van aanvraag formulieren voordat iemand komt prikken.
- Het verbieden van mobiele telefoon door patiënten
- Te lang door gaan met controles
- Te lang een vochtbalans bijhouden
- Mondeling overdragen te uitgebreid

- Verpleegtechnische handelingen, te vaak/onnodig controles
- Dagelijks saturatie meten
- Patiënt volledig wassen terwijl patiënt dit niet nodig vind
- Uitvoeren van controles
- Wegbrengen van formulieren (lab. aanvragen)
- Uitgebreid overdragen aan volgende dienst, rapportage kan voldoende zijn
- De secretaresse vragen pre-OK nog steeds de NA/KA aan voor pre-lab terwijl dit niet hoeft
- Zo vaak de controles
- Veel te lang de vochtlijsten/balansen bij houden
- Er wordt naar mijn idee te vaak onnodig getempt en/of andere controles gedaan.
- Ook scheren voor OK is onnodig
- Desinfecteren van de huid voor een injectie.
- Patiënten vanaf 24.00 nuchter houden voor de OK.
- Onnodige vochtbalansen (tijdig stoppen)
- Scheren
- Desinfecteren
- Herhaling van observaties in het verpleegkundig dossier, bijv. niet-afwijkende informatie op de temp. lijst en in de rapportage zetten
- Dagelijks alle patiënten overschrijven
- Hielen zwachtelen tegen decubitus
- Allerlei kweekjes en sedimenten hierdoor neemt de werkdruk vaak onnodig toe.
- Patiënten en familie koffie aanbieden
- Administratieve handelingen zoals kopiëren, huisartsenbrief meegeven = administratief werk
- Routinematige onderzoeken zonder dat arts patiënt gezien heeft
- Desinfecteren voor injectie
- Standaard voor internist x-thorax en ECG
- Bij Hoog Energetische Trauma's vaak massa's foto's zonder dat de patiënt er last van heeft
- Standaard onderzoeken voordat de patiënt door arts gezien is bijv. interne patiënt: ECG, lab, x-thorax
- Standaard temp. Na OK
- Protocollair lab afnemen/ bloedgas afnemen terwijl patiënt klinisch 'goed' uitziet
- Aanvragen bloedkweken + invullen formulier dussel
- Veel venflons prikken
- Reanimeren van gevonden patiënten of patiënten die al erg oud of (bijna) terminaal zijn.
- Veel onderzoeken doen omdat specialist telefonisch patiënt moet beoordelen.
- Bij elke interne patiënt een ECG afnemen.
- Standaard onderzoeken bij binnenkomst SEH.
- Bloedkweken bij temp. < 38
- Reanimeren van 'hopeloze' gevallen.
- Routinematig onderzoeken doen.
- Afd. brancards, koelkasten e.d. soppen.
- Veel administratieve taken.
- Ontsmetten voor injectie.
- Opname patiënten via SEH.
- Routinematig onderzoeken doen.
- Afd. brancards, koelkasten e.d. soppen.

- Veel administratieve taken.
- Ontsmetten voor injectie.
- Opname patiënten via SEH.
- Routinematig onderzoeken doen.
- Afd. brancards, koelkasten e.d. soppen.
- Veel administratieve taken.
- Ontsmetten voor injectie.
- Opname patiënten via SEH.
- Routinematig onderzoeken doen.
- Afd. brancards, koelkasten e.d. soppen.
- Veel administratieve taken.
- Ontsmetten voor injectie.
- Opname patiënten via SEH.
- Routinematig onderzoeken doen.
- Afd. brancards, koelkasten e.d. soppen.
- Veel administratieve taken.
- Ontsmetten voor injectie.
- Opname patiënten via SEH.
- Overdragen wat al geschreven is
- Wassen met 2 waskommen i.p.v. 1 waskom
- Joderen
- Scheren
- Elke dienst CAD- zakken legen bij alle patiënten
- Snel starten met vochtbalans en tot in het eindeloze doorgaan met noteren van in en output
- Elke zondag alle patiënten wegen
- Controleren van vitale functies bij stabiele patiënten
- Vochtbalans
- Decubitus Risico score altijd invullen
- I.v. medicatie niet direct geven maar in zakjes oplossen.
- Bij hervatten zorg steeds opnieuw een volledige multizorg formulier invullen
- Standaard controles bij iedereen minimaal 1 keer per dag.
- Helemaal naar het lab moeten lopen met aanvraagformulier voor het lab terwijl er een buizenpost is.
- Met labformulier naar het lab lopen terwijl er een buizenpost aanwezig is.
- Bed verschonen bij ADL zelfstandige patiënten
- Dagelijkse controles
- Brieven naar lab brengen terwijl er een brievenpost is
- Veel administratie
- Patiënten zijn tijdens een anamnese uitgebreid gescreend . Het kan dat ze dan voor 2 dagen naar huis gaan en daarna voor het zelfde weer opgenomen worden en dat dan alles weer opnieuw gescreend moet worden.
- Dubbele anamnese vpk + medisch lopen vaak naast elkaar. Beiden vaak niet compleet of andere informatie.
- We prikken denk ik vaak onnodig glucose dagcurven en dan ook met name te lange curven, vaak is 2 keer per dag al voldoende, toch worden mensen 4 x geprikt.
- Administratieve handelingen (verzekeringen, controles, verrichtingen declareren)

- Steeds opnieuw invullen van het CIZ formulier als er wijzigingen zijn in het verlenen van zorg.
- Zinloos om bij bepaalde lab: formulieren eerst te brengen, dit kan niet telefonisch bijv. bij bloedkweek.
- Alle formulieren die ingevuld moeten worden door het CIZ
- Iedereen maar 's morgens willen wassen. Voor longpatiënten is het soms beter om later op de dag hun ADL zorg te doen.
- Thuiszorg regelen. Al die papieren in (laten) vullen is tijdrovend!
- Eerst consultpapier dan pas consult.
- Ieder uur controles doen wat ook a 2 uur kan.
- Elke dag alle patiënten helemaal wassen.
- Iedere dag bij elke patiënt alle controles doen.
- Scheren voor OK.
- Te lang doorgaan met vernevelingen.
- Dagelijks verbinden van wonden.
- Dagelijks een grote wasbeurt.
- Standaard alle controles bij elke patiënt.
- Vochtbalans bijhouden (die nooit echt goed wordt bijgehouden).
- Allerlei formulieren invullen voor het CIZ, erg omslachtig
- Dagelijks RR meten als deze al dagen goed is.
- Te lang doorgaan met glucose bepalen als deze stabiel zijn.
- Vocht en urine balans te lang door, is toch niet precies bij te houden op een gewone afdeling.
- Dingen dubbel doen -> bijv. zowel in computer als op papier mutatielijst.
- Kastenkaartjes in de deuren zetten om medicijnkast te laten vullen.
- Te vaak controles doen.
- Administratieve taken: in de vpk map + medisch dossier de kopieën van cardex doen.
- Te vaak RR meten bij patiënten die al lang bij ons liggen, alleen voor de zekerheid.
- Het vele papier werk. Bijv. het invullen van de mustlijst voor patiënten die op de dagverpleegkundige komen voor maar een paar uurtjes
- Controleren van de mappen van patiënten die volgende dag op de dagverpleging komen.
- De vele administratie rondom multizorg en ontslag
- Controles die standaard iedere dag gedaan worden.
- Standaard routine urine
- Bloedkweken, aanvragen via de computer en ook nog groene brief en naar lab lopen.
- Veel dubbele administratie
- Post operatief tempraturen om infectie op te sporen
- Routinematig baby's tempraturen
- Routinematig bedjes in anti-trendelenburg bij baby's om spugen te voorkomen
- Invullen temp.lijst
- Veel metingen, uitvoeringen worden dubbel (triple) genoteerd. Denk aan temp, RR, medicatie enz. in rapportage op temp.lijst en medisch dossier
- Veel vragen aan patiënten dubbel (triple) op SEH, op zaal door arts en vpk
- Standaard temp.

- Gezonde patiënten eten/drinken bijhouden
- Alle administratieve handelingen zoals vullen en legen van patiënten dossiers
- Vullen van mappen, aanvullen van formulieren, ponsjes drukken
- Mutatielijst invullen (in de pc)
- Vermoedelijke ontslagdatum invullen.
- Fototherapielampen duur controleren.
- O2 slangen vervangen 1x per maand.
- Standaard alle patiënten tempen
- Van alle kinderen vochtbalans bijhouden.
- Papieren bij ontslag opruimen.
- Bij CITO bloedprikken nog een formulier uitdraaien terwijl het lab de aanvraag al digitaal heeft.
- Het meenemen van een bed naar OK bij pat die voor buisjes gaat.
- Vaste opname tijden bij electieve ingrepen zodat je soms een middag/avond te vroeg wordt opgenomen.
- s Middags bedden op maat klaarzetten, ruilen voor groter of kleiner op beddencentrale.
- Dagelijks schoon bed.
- s Morgens temp ongeacht opname indicatie.
- Dagelijks uitgebreide wasbeurt.
- Dagelijks schoon bed.
- s Morgens temp ongeacht opname indicatie.
- Dagelijks uitgebreide wasbeurt.
- Dagelijks schoon bed.
- s Morgens temp ongeacht opname indicatie.
- Dagelijks uitgebreide wasbeurt.
- Dagelijks schoon bed.
- s Morgens temp ongeacht opname indicatie.
- Dagelijks uitgebreide wasbeurt.
- Alle formulieren die je moet invullen.
- Temp. Op couveuse unit om de voeding.
- Temp op wiegenkamer 1x i.p.v. 2x
- Dagelijks wiegen soppen en verschonen.
- Papierenpaperassen bijvullen.
- Mutaties invullen op papier.
- O2 slangen 1x per maand verwisselen.

5.2 Problemen

- Telkens bedden moeten soppen omdat er geen enkel schoon bed staat bij de beddencentrale
- Schoonmaken en aanvullen unit/kamer
- Blikveld- slechts van vuil toetsenbord tot stoffig beeldscherm
- Tot 3 weken geleden werden patiënten nog allemaal geschoren
- Dagafsluiting om 15.00. Onhandige tijd en vaak zinloos
- In vpk dossier worden bep. Contoles/observaties, afspraken dubbel vermeld -> meer gebruik actieblad
- Mensen die om 14.30 opgenomen worden zouden tot bijv. 21.00 nog weer naar huis kunnen in veel gevallen. Nu moet je altijd rond gaan bellen wie daar toestemming voor geeft -> vaste afspraak van maken
- Ik ben leerling dus heb nog niet goed inzicht om te zeggen of iets wel of niet zinloos is
- Het overnemen van gegevens van de dagstaat in de computer - kan vandaag de dag geautomatiseerd worden!
- Uit gewoonte alles op z'n plek terugzetten terwijl de volgende patiënt alles weer pakt.
- Controles overschrijven naar comp. Van lijst -> kan momenteel niet anders omdat dialyse machine niet gekoppeld is aan comp.
- Ik kon geen zinloze rituelen ontdekken
- Enquêtes invullen :-)
- Zou het niet weten. In ons team wordt alles goed besproken en weten we precies waarom we dingen doen. Wij maken altijd een kopie van de ontslagmedicatie van patiënten en doen dit in de map. Zijn er naderhand vragen of gaat er iets mis bij de apotheek dan kunnen wij dit altijd oplossen door de kopieën.
- 3x RR/pols/temp., wordt soms slecht naar gekeken (is 1/2x voldoende?)
- Soms door niet goed kijken bij doorplannen worden co. Vaker gedaan dan nodig
- Nieuwe glazen ampullen v.d. acetyl; meer handelingen dan eerdere potje
- POOG 1 (is gelukkig gestopt)
- Tekort aan infuuspompen enz.
- Zinloos vergaderen
- AB te lang IV geven
- Het vele opzoeken en uitzetten van medicijnen in vooral avond- en nachtdiensten
- RR en DGM prikken zonder duidelijke richtlijn
- Order' brief voor het lab, staat al in x-care! -> weglaten?
- Soms medicatie die maar blijft doorgaan, o.a. PCM of zo nodig medicatie
- Telefoonlijst op internet, veel onnodig klikken weinig resultaat
- De hoeveelheid enquêtes die ingevuld moeten worden
- Ik kan niks bedenken
- Weinig zinloze rituelen en als ze voorkomen zul je daar voor het ziekenhuis weinig aan hebben.
- Geen zinloze rituelen
- Soms 3 keer hetzelfde moeten schrijven
- Scheren doen we niet meer
- Bijvullen kasten en badges controleren.
- Heel veel tijd verdoen aan het zoeken naar of bellen naar een arts die niet komt
- Werk als vpk consulent op de poli

- Veel verpleegtechnische handelingen
- Veel opdr. van artsen: ECG bij COPD (ook al 100x opgenomen)
- Uitlenen krukken = taak secretaresse/receptie
- Tot in de treuren onderzoeken.
- Soms al bij temp. 37,5 bloedkweken afnemen.
- Telefoontjes van transferbureau of CIZ kantoor beantwoorden.
- Multizorgformulieren en CIZ formulieren, verrichtingen bannen na ECG's etc.
- De hele dag achter het beleid aan zitten van een patiënt
- Het CIZ belt soms na uitgebreide aanmelding alsnog om alles weer na te vragen
- De hele dag achter beleid aan moeten gaan voor een patiënt
- Het geregel over en weer tussen multizorg en verpleging bij ontslag, inzetten van zorg. Tip: telefoonverkeer bundelen
- Beleid is vaak ‘s avonds bekend. Onnodig lang achter de feiten aanhollen.
- Samenwerken met multizorg zou snellen kunnen
- Er wordt gemakkelijk even gebeld door andere disciplines. 's morgens tijdens de ADL moet je dan de patiënt alleen laten
- Communicatie met collega's: omdat de arts assistent de aanspreekpunt is maar niet altijd bevoegd om beslissingen te nemen. Hierdoor moeten patiënten en vpk en arts assistent vragen en antwoorden meerdere keren stellen en beantwoorden. Hier gaat veel zinloze tijd mee verloren.
- Kwaliteitsboeken
- Enquêtes
- Rekentoetsen, digitaal rijbewijs
- Administratieve taken vind ik zinloze vpk taken.
- De vaak moeilijke en langzame communicatie met andere disciplines
- Te uitgebreide anamnese moeten afnemen
- Eindeloos van alles achterna bellen.
- Medicijnen uit depotheek halen in A dienst.
- Veel administratieve taken die niet vpk zijn. Bijv. invoeren van verrichtingen.
- De enquêtes zijn zinloos
- Scorelijsten , 24 uur, alleen op indicatie
- Meer verschillende medicatie in de medicijnkast op de afdeling zodat je niet steeds naar een andere afdeling hoeft te lopen
- Ik ben van mening dat ik niks zinloos doe na meer dan 20 jaar ervaring.
- Soppen van waskommen en nachtkastjes.
- Schoonmaken in de nachtdienst.
- Elke nacht de kast met hulpmiddelen (incontinent materiaal etc.) scannen zodat dat aangevuld kan worden, het systeem deugt niet echt volgens ons.
- Bijvullen van kastjes van patiënten en soppen van kastjes.
- Zinloze verpleegkundige handelingen bij terminale patiënten in laatste levensfase.
- Formulieren bij ECG maken en bij RR meten in rust. Etc. i.v.m. kosten
- Standaard protocollen van artsen niet persoonsgericht
- Oneigenlijke taken uitvoeren zoals administratie
- Dagelijks wassen van top tot teen (is niet meer)
- OTG lijst invullen
- Box soppen

- Dossiers legen
- 2x visite lopen
- Box soppen
- Dossiers legen
- 2x visite lopen
- Box soppen
- Dossiers legen
- 2x visite lopen
- Box soppen
- Dossiers legen
- 2x visite lopen

Bijlage 6 Poster aankondiging enquête

Zinloze verpleegkundige rituelen…

…wanneer kom jij ze tegen?

Onderzoek naar zinloze verpleegkundige rituelen binnen het ZGV in opdracht van de VAR.

Lever jouw bijdrage aan dit onderzoek door op jouw afdeling de enquête van 23 maart tot 3 april in te vullen.

Bijlage 7 Herinnering e-mail enquête

Verzonden op 6 april 2009

Beste verzorgende/verpleegkundige van de afdeling …,

Op maandag 23 maart hebben we op de afdeling een enquête uitgedeeld over zinloze rituelen in de zorg. Op basis van de resultaten van deze enquête schrijven wij een advies aan de Verpleegkundige Adviesraad, zodat de door u aangegeven zinloze rituelen doorbroken kunnen worden. De enquête kunt u vinden in uw postvak.

Na twee weken is het respons van jullie afdelingen ... Dit is erg weinig. Daarom willen we jullie door middel van deze e-mail, nogmaals vragen om de enquête in te leveren.
De uiterste inlever datum is 14 april. De enquête kunt u inleveren in de groene doos op de afdeling.

We hopen dat het respons bij jullie op de afdeling omhoog zal gaan.

Hartelijke groet,

Namens de VAR,
Krista Bont
Carolien de Jongh
Marieke Ruiter

Tip: gezamenlijk een enquête invullen en aangeven met hoeveel personen het besproken is.

Mocht u inmiddels de enquête hebben ingevuld, dan kunt u deze e-mail als niet verzonden beschouwen.

Bijlage 8 Bedank e-mail na afsluiting van het onderzoek

Verzonden op 15 april 2009

Beste verzorgende/verpleegkundige van het Ziekenhuis Gelderse Vallei,

Zoals u misschien al gemerkt heeft is het onderzoek voor de VAR naar verpleegkundige zinloze rituelen voorbij. Dit betekend dat er geen enquêtes meer ingeleverd kunnen worden en/of mailtjes niet meer beantwoord of verwerkt zullen worden. We willen diegene die een bijdrage aan het onderzoek geleverd heeft via deze e-mail bedanken.

Op 11 juni hopen we de resultaten van het onderzoek te presenteren. Verdere informatie hierover zal nog volgen. We hopen u dan te zien!

Hartelijke groet,

Krista Bont
Carolien de Jongh
Marieke Ruiter
Marieke Ruiter

Bijlage 9 Poster aankondiging presentatie

Onderzoekspresentaties

11 juni 2009

- **Verwijderen van een okseldrain**

Bennekomse Meent 15.30

- **Meer grip met de pH-strip**

Auditorium 15.30

- **Zinloze rituelen**

Auditorium 16.15

1 accreditatiepunt per presentatie