

Patiënt als meesturende kracht

Praktijkonderzoek naar het delen van patiëntervaringen




Fontys
Hogeschool Verpleegkunde

St. Elisabeth Ziekenhuis



Aniek Adams 2414589
Jessica van den Hurk 2329336

Fontys Hogeschool Verpleegkunde,
Bachelor opleiding tot verpleegkundige,
Voltijd

Projectbegeleider: Cara Rutten
Examinator: Corien Harder

St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg

Juni, 2015

Voorwoord

In het kader van de afstudeerfase aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven is dit praktijkonderzoek geschreven.

Op verzoek van de afdeling Orthopedie van het St. Elisabeth Ziekenhuis is dit afstudeerproject tot stand gekomen. Met behulp van dit onderzoek wordt in kaart gebracht hoe patiëntervaringen worden gedeeld met de verpleegkundigen van de afdeling Orthopedie. Daarnaast wordt onderzocht hoe het delen van patiëntervaringen verbeterd kan worden. Aan de hand van desk- en fieldresearch zijn conclusies en aanbevelingen opgesteld.

Het onderzoek heeft als doel om duidelijkheid te genereren over het delen van patiëntervaringen. Tevens is inzichtelijk hoe het delen van patiëntervaringen verbeterd kan worden, zodat de afdeling Orthopedie beter kan aansluiten bij de wensen, behoeften en voorkeuren van de patiënt en daardoor menslievende zorg levert.

De projectgroep, Aniek Adams en Jessica van den Hurk, willen de volgende personen bedanken voor het mede mogelijk maken van het uiteindelijke resultaat:

- Marcel Boonen – Opdrachtgever vanuit het St. Elisabeth Ziekenhuis, voor het openstaan voor onderzoek binnen de afdeling, de samenwerking en het verlenen van informatie.
- Corien Harder – Examinator vanuit de Fontys Hogeschool, voor haar kritische blik en beoordeling tijdens het onderzoek.
- Cara Rutten – Projectbegeleider vanuit de Fontys Hogeschool, voor de fijne samenwerking en haar kritische begeleiding tijdens het onderzoek.
- Maartje Wijnen – Opleidingsfunctionaris vanuit het St. Elisabeth Ziekenhuis, voor de samenwerking tijdens het onderzoek, het verlenen van informatie en het openstaan voor onderzoek binnen de afdeling.
- Kim Gruijthuijzen en Emy Verdonschot – Referentiegroep vanuit de Fontys Hogeschool, voor de samenwerking en feedback tijdens het onderzoek.

Tot slot wil de projectgroep mensen bedanken die indirect een bijdrage hebben geleverd aan het uiteindelijke resultaat, namelijk: de patiënten en verpleegkundigen binnen de afdeling Orthopedie van het St. Elisabeth Ziekenhuis.

Tilburg, juni 2015

Aniek Adams
Jessica van den Hurk

Samenvatting

De mening van de patiënt doet er steeds meer toe. Om patiëntgericht te kunnen werken, zullen verpleegkundigen meer doorlopend moeten luisteren en zoeken naar ervaringen, wensen en behoeften van patiënten om beter bij de patiënt te kunnen aansluiten. Er heerst onduidelijkheid in het St. Elisabeth Ziekenhuis op de afdeling Orthopedie over hoe patiëntervaringen worden gedeeld met verpleegkundigen. In dit onderzoek is in kaart gebracht hoe patiëntervaringen gedeeld worden met verpleegkundigen. Tevens is onderzoek gedaan naar hoe het delen van ervaringen verbeterd kan worden.

Het onderzoek heeft een kwalitatief beschrijvend karakter waar in het eerste deelonderzoek data zijn verkregen via het interviewen van patiënten. In het tweede deelonderzoek zijn verpleegkundigen geobserveerd en geïnterviewd en als laatste is er een literatuurstudie verricht naar de aanbevelingen, waarin ook de aanbevelingen van patiënten en verpleegkundigen zijn verwerkt. De data zijn geanalyseerd door middel van een thematische analyse.

Uit de resultaten bleek dat patiënten het delen van ervaringen wisselend ervaren. Zij delen hun ervaringen vooral met familie en vrienden. De wensen en voorkeuren delen zij wel met verpleegkundigen. Uit de resultaten van de onderzoeken met verpleegkundigen bleek dat verpleegkundigen wisselend omgaan met patiëntervaringen. Verbaal reageren zij adequaat, Non-verbaal worden de signalen weleens over het hoofd gezien. Uit de interviews blijkt dat verpleegkundigen dit soms bewust doen. Daarnaast worden patiënten niet altijd geïnformeerd over een handeling die volgt en vult de verpleegkundige regelmatig in wat de behoeftes van de patiënt zijn.

Beide partijen zijn tevreden over de verbale communicatie. Alleen hebben patiënten meer behoefte aan een persoonlijk gesprek met de verpleegkundige. De verpleegkundigen kunnen dit vermoedelijk verwezenlijken door de vraag achter de vraag te zoeken. De verpleegkundigen hebben een aardig beeld van de realiteit, maar zij mogen zich meer bewust worden van de werkzaamheden die zij uitvoeren. Om dit te realiseren heeft de projectgroep een implementatieplan opgesteld. De implementatie is gericht op het aansluiten en afstemmen van zorg met de patiënt. Waarvoor de Tell-us card wordt geïmplementeerd. Op deze kaart kunnen patiënten hun vragen en zorgen opschrijven, waarmee verpleegkundigen rekening kunnen houden.

Inhoud

Hoofdstuk 1 - Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Context	8
1.3 Hoofd- en deelvragen.....	8
1.4 Leeswijzer	8
Hoofdstuk 2 - Literatuurstudie	10
2.1 Zoekstrategie zoekvraag 1.....	10
2.2 Resultaat zoekvraag 1.....	10
2.3 Conclusie literatuurstudie	12
Hoofdstuk 3 - Methoden van onderzoek	13
3.1 Deelonderzoek 1 – Jessica van den Hurk	13
3.1.1 Vraagstelling.....	13
3.1.2 Onderzoeksbenadering	13
3.1.3 Dataverzameling.....	13
3.1.4 Onderzoekspopulatie	13
3.1.5 Data-analysemethode	14
3.1.6 Kwaliteit waarborgen	14
3.2 Deelonderzoek 2 - Aniek Adams	15
3.2.1 Vraagstelling.....	15
3.2.2 Onderzoeksbenadering	15
3.2.3 Dataverzamelingstechniek	15
3.2.4 Onderzoekspopulatie	16
3.2.5 Data-analysemethode	16
3.2.6 Kwaliteit waarborgen	16
3.3 Deelonderzoek 3 - Gezamenlijk.....	17
3.3.1 Vraagstelling.....	17
3.3.2 Dataverzamelingstechniek	17
3.3.3 Selectieproces	18
3.3.4 Kwaliteit waarborgen	18
Hoofdstuk 4 - Resultaten en deelconclusies	19
4.1 Deelonderzoek patiënten - Jessica van den Hurk.....	19
4.1.1 Resultaten.....	19
4.1.2 Deelconclusie.....	23
4.2 Deelonderzoek verpleegkundigen – Aniek Adams.....	23
4.2.1 Resultaten.....	24

4.2.2 Deelconclusie.....	31
4.3 Deelonderzoek aanbevelingen	32
4.3.1 Deelonderzoek aanbevelingen patiënten - Jessica van den Hurk	32
4.3.2 Deelonderzoek aanbevelingen verpleegkundigen - Aniek Adams	34
4.3.3 Deelonderzoek literatuurstudie - Gezamenlijk	35
4.3.4 Deelconclusie.....	36
Hoofdstuk 5 - Conclusie en discussie	38
5. 1 Conclusie.....	38
5.1.1 Aanbevelingen van patiënten, verpleegkundigen en de literatuur	39
5.2 Discussie	40
5.2.1 Sterke punten	40
5.2.2. Minder sterke punten	40
Hoofdstuk 6 - Implementatieplan	42
6.1 Ontwikkeling van een voorstel voor verandering	42
6.2 In kaart brengen van de feitelijke zorg en voorlopig implementatiedoel.....	42
6.3 Analyse van de doelgroep en setting	43
6.4 Ontwikkeling van de Tell-us card	43
6.5 Tabel implementatieplan en integratie in routines	44
6.6 Tabel evaluatieplan	45
Nawoord.....	50
Bibliografie	51
Referentielijst	54
Bijlage 1 - Onderzoeksinstrument individuele interviews met patiënten.....	56
Bijlage 2 - Informed Consent Patiënten	58
Bijlage 3 - Onderzoeksinstrument interviews met de verpleegkundigen	59
Bijlage 4 - Informed Consent Verpleegkundigen.....	61
Bijlage 5 - Selectiecriteria Literatuurstudie	62

Hoofdstuk 1 - Inleiding

In de inleiding is een aanleiding beschreven waarin de relevantie van dit onderzoek duidelijk wordt. Vervolgens wordt de ambitie van de instelling en de betrokkenen bij het probleem weergegeven. Daarna volgt een beschrijving van de context waarin het praktijkonderzoek zich afspeelt en aansluitend een weergave van de probleemstelling, de onderzoeksdeelvragen en de doelstelling. Tot slot is een leeswijzer bijgevoegd.

1.1 Aanleiding

Uit recent onderzoek blijkt dat eigen inbreng van patiënten waardevolle informatie bevat. Volgens Brok (2014) maken ziekenhuizen in de huidige praktijk namelijk onvoldoende gebruik van de waardevolle ervaringen van patiënten. De focus moet niet liggen op wat er goed of fout gaat in het zorgproces, maar op de ervaringen van patiënten. De Universiteit van Twente concludeert dat de inbreng van patiënten zowel de zorg als het genezingsproces bevordert, omdat patiënten het gevoel krijgen dat ze oprecht gehoord worden (Brok, 2014). Daarnaast blijkt uit ervaringsverhalen van patiënten dat zij de zorg vaak anders ervaren dan professionals. Zorgverleners hebben zich bepaalde gewoontes aangeleerd die ze niet meer ter sprake brengen, terwijl een patiënt hier anders over denkt en de zorgverleners hierop kan wijzen (ten Haaf, 2010). De ziekenhuizen zouden deze ervaringen van patiënten kunnen gebruiken om de zorg te verbeteren.

De ontwikkeling die de kwaliteit van zorg doormaakt, die de nadruk legt op ervaringen van patiënten wordt ook beschreven door Baart en Goossensen (2011). Zo worden termen als menslievendheid, presentie en zorgzame zorg steeds meer toegepast om de kwaliteit van zorg te beschrijven. Deze termen pleiten voor een gevoeliger kijk naar de patiënt. Hierbij is het van belang dat verpleegkundigen meer aandacht besteden aan wat er in een patiënt omgaat en dit vervolgens ook erkennen. De gevoeliger kijk naar de patiënt wordt ook wel mensgerichte kwaliteit genoemd. De aansluiting met de patiënt is belangrijk, omdat de zorg anders misplaatst en lomp kan zijn. Uit recent onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2013) blijkt dat patiënten nog niet voldoende participeren in de gezondheidszorg wat ertoe leidt dat de zorg die zij krijgen niet aansluit op de persoonlijke situatie en wensen.

Uit bovenstaande studies en artikelen blijkt dat de visie op de kwaliteit van zorg aan het veranderen is. Een belangrijke bron van input zijn ervaringen van patiënten, waarvan het huidige kwaliteitssysteem nog onvoldoende gebruik maakt. In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op het delen van patiëntervaringen op de afdeling Orthopedie van het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg. De ambitie van het St. Elisabeth Ziekenhuis is het leveren van menslievende zorg en daarmee het liefste ziekenhuis van Nederland te worden. Met 'lief' bedoelt het St. Elisabeth Ziekenhuis dat zorg wordt gegeven met aandacht en betrokkenheid, dat iedere patiënt uniek is en daarom zijn of haar specifieke behoeften heeft. Het 'lief' zijn gaat verder dan aardig zijn. Het gaat over begrip hebben voor alles waar een patiënt mee geconfronteerd wordt (Leget & Olthuis, 2012; Ede, 2012).

Op dit moment bestaat onduidelijkheid over hoe patiëntervaringen worden gedeeld met verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie. Tevens is onduidelijk of verpleegkundigen signalen opmerken die de patiënt uitzendt en hoe zij hiermee omgaan. De projectgroep heeft op basis van de literatuurstudie de volgende definitie gemaakt met betrekking tot het delen van ervaringen: "De patiënt maakt zijn unieke ervaringskennis kenbaar door wensen, behoeften, gevoelens en verwachtingen te uiten naar verpleegkundigen door middel van verbale of non-verbale signalen die vragen om herkenning, aansluiting en afstemming."

Er zijn verschillende stakeholders bij wie dit probleem een rol speelt, te weten:

- Verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie, omdat zij niet weten of het signaal wordt opgemerkt. Wanneer signalen niet worden opgemerkt, worden geen patiëntervaringen gedeeld en kan niet aangesloten en afgestemd worden op de patiënt.
- Patiënten, omdat zij beperkt kunnen worden in het delen van hun ervaringen.

Verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie hebben al enkele acties ondernomen om het probleem te verhelpen, namelijk:

- Bijscholing 'mensen-wensen' – Hierin leren verpleegkundigen vooral de patiënt keuzes te laten maken.
- Leergemeenschap – Een groep verpleegkundigen die gericht een bepaald thema aanpakt.
- Enquêtes – Een vragenlijst die gaat over het verblijf op de afdeling. Deze kunnen patiënten invullen bij het ontslag.
- Focusgroep – Een aantal patiënten komt na ± twee maanden bij elkaar om te praten over de ziekenhuisopname.

1.2 Context

Het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg is een groot topklinisch opleidingsziekenhuis met een groot aanbod van medisch-specialistische zorg. Op de afdeling Orthopedie worden aandoeningen behandeld die te maken hebben met het steun- en bewegingsapparaat. Dit zijn de botten, gewrichten, spieren, pezen en banden. De patiëntenpopulatie bestaat voornamelijk uit de leeftijdscategorie van 65+. Deze afdeling biedt ruimte aan maximaal 22 patiënten. De patiënten liggen gemiddeld 2 tot 5 dagen opgenomen op de afdeling. Het team van Orthopedie bestaat uit 21 verpleegkundigen, 2 verzorgenden en service-medewerkers. Er is één teamleider en één afdelingssecretaresse werkzaam op de afdeling (St. Elisabeth, 2013).

1.3 Hoofd- en deelvragen

Hoofdvraag

Hoe worden ervaringen van patiënten gedeeld met verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis en hoe kan dit verbeterd worden?

Deelvragen

Door Jessica van den Hurk

- Hoe beleven patiënten op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis het delen van hun ervaringen met verpleegkundigen?

Door Aniek Adams

- Hoe gaan verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis om met ervaringen van patiënten en hoe denken de verpleegkundigen dat ze dat doen?

Gezamenlijk

- Welke aanbevelingen hebben patiënten, verpleegkundigen en de literatuur met betrekking tot het delen van patiëntervaringen?

Doelstelling

Eind juni 2015 is er binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis op de afdeling Orthopedie duidelijkheid over hoe ervaringen van patiënten worden gedeeld met verpleegkundigen en hoe dit verbeterd kan worden, zodat de afdeling Orthopedie beter aan kan sluiten bij de wensen, behoeften en voorkeuren van de patiënt en daardoor menslievende zorg kan leveren.

1.4 Leeswijzer

Bij elk hoofdstuk is er een compacte inleiding weergegeven. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de literatuur. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeksmethoden van de deelonderzoeken, die aangegeven

hoe de onderzoeksopzet in praktijk is gebracht. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten en deelconclusies van de onderzoeksvragen beschreven. Verder wordt in hoofdstuk 5 een overkoepelende conclusie over de analyse getrokken en een discussie beschreven, waarin verschillende discussiepunten naar voren komen vanuit de verschillende onderzoeksvragen. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 de implementatie beschreven.

Hoofdstuk 2 - Literatuurstudie

In dit hoofdstuk heeft de projectgroep een verkennende literatuurstudie uitgevoerd om de dataverzamelingsfase te onderbouwen met theoretische kennis (Nieswiadomy, ter Maten-Speksnijder & de Lange, 2009). Eerst wordt de zoekstrategie beschreven gevolgd door de resultaten van de literatuurstudie met een conclusie.

2.1 Zoekstrategie zoekvraag 1

In de oriëntatiefase van dit onderzoek heerste er onduidelijkheid over de definiëring en de relatie tussen de begrippen patiëntparticipatie en patiëntgerichte zorg. Om deze reden heeft de projectgroep de volgende zoekstrategie opgesteld:

Zoekvraag 1	Wat is patiëntparticipatie en patiëntgerichte zorg en wat is de relatie tussen deze twee begrippen?
Trefwoorden	Patient centred care/Patiëntgerichte zorg, Person centred practice/Persoonsgerichte praktijk, Quality of care/Kwaliteit van zorg, Participation/Participatie, Perception patient participation/Perceptie van patiëntparticipatie.
Beperkingen	Liever geen verouderde bron (<5 jaar), alleen Engelse en Nederlandse tekst, Full-text beschikbaar
Databanken	Cinahl, Pubmed, Biep.nu, CBO en Springer link.

2.2 Resultaat zoekvraag 1

De laatste jaren is er veel belangstelling voor patiëntparticipatie in de Nederlandse gezondheidszorg. Volgens Andersson en Olheden (2012) is er veel verwarring rondom de term "patiëntparticipatie" die vaak gezien wordt als participatie van de patiënt in de eigen zorg. Andersson en Olheden (2012) zien "patiëntparticipatie" echter ook als het actief deelnemen van de patiënt in de verbetering van de zorg.

Als gekeken wordt naar de term patiëntgerichte zorg, geeft Schoot (2012) aan dat patiëntgerichte zorg een 'containerbegrip' is en dat er veel misvattingen over deze term bestaan. Enkele voorbeelden van misvattingen uit het artikel van Schoot (2012) zijn:

- "Professionals kunnen bepalen wat patiëntgerichte zorg is" (Schoot, 2012, p. 8)
- "Patiëntgerichte zorg is doen wat de patiënt vraagt" (Schoot, 2012, p. 9)
- "Patiëntgerichte zorg is niets doen als de patiënt dat niet wil" (Schoot, 2012, p. 10)

Wat betekent patiëntgerichte zorgverlening dan wel? Het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO, 2009) definieert 'patiëntgerichte zorg' als volgt: "Diversiteit in de dienstverlening dat een aanbod-op-maat mogelijk maakt en duidelijkheid voor de patiënt over de (on)mogelijkheden van de dienstverlening" (CBO, 2009, p. 9). Voor meer informatie over het CBO verwijst de projectgroep naar bijlage 5.

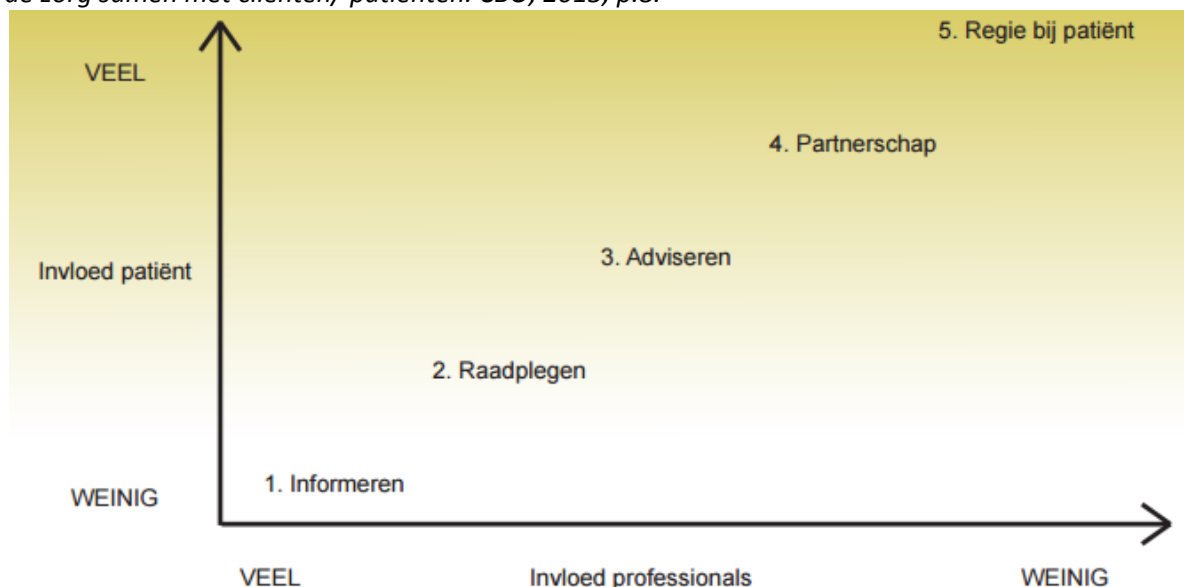
Als de twee termen patiëntparticipatie en patiëntgerichte zorg met elkaar worden vergeleken dan lijkt het erop dat patiëntparticipatie vooral draait om het delen van ervaringen, terwijl het bij patiëntgerichte zorg gaat over de afstemming van de zorg op de wensen en behoeften van de patiënt (zorg op maat verlenen). In het rapport van de Raad van Volksgezondheid (2013) 'De participerende patiënt' wordt echter beschreven dat patiëntgerichtheid uit meerdere aspecten bestaat. Aan de ene kant zorg op maat verlenen door rekening te houden met de behoeften, wensen, gevoelens, verwachtingen en ervaringen van de patiënt en aan de andere kant het actief betrekken van de patiënt bij het plannen, de besluitvorming en de uitvoering van de zorg (de Raad van Volksgezondheid, 2013). In deze definitie van patiëntgerichte zorg wordt ook de eerder gegeven definitie van Andersson en Olheden (2012) over patiëntparticipatie meegenomen. De Raad van Volksgezondheid (2013) ziet het delen van ervaringen en zorg op maat verlenen als twee aspecten die nodig zijn om patiëntgerichte zorg te verlenen. De definitie van het CBO (2013) komt hiermee

overeen, echter het CBO (2013) hanteert de term patiëntparticipatie in plaats van patiëntgerichtheid. Volgens het CBO (2013) is patiëntgerichtheid een resultaat van patiëntparticipatie:

“Een middel om gebruik te maken van het perspectief (specifieke wensen, behoeften en problemen) van de patiënt en zo te komen tot patiëntgerichte zorg. Door aan te sluiten bij de wensen van het individu, wordt de zorg patiëntgericht” (CBO, 2013, p. 5).

Uit bovenstaande definities en bijbehorende betekenissen over patiëntparticipatie en patiëntgerichte zorg kan worden opgemaakt dat deze begrippen door elkaar worden gebruikt en voor verwarring zorgen. Deze verwarring is ook logisch omdat volgens van Staveren (2014) de mate van patiëntparticipatie gerelateerd is aan de mate waarin een verpleegkundige patiëntgericht is. Hoe meer de verpleegkundige patiëntgericht benadert, hoe meer de patiënt kan participeren, en omgedraaid. Dat patiëntparticipatie en patiëntgerichte zorg nauw met elkaar samenhangen, blijkt ook uit de participatieladder van het CBO (2013). De mate van participatie kan worden uitgedrukt aan de hand van deze participatieladder (figuur 1). De participatieladder bestaat uit twee assen; op de horizontale as staat de mate van invloed van de professional (veel naar weinig) en op de verticale as staat de mate van invloed van de patiënt (weinig naar veel).

Figuur 1: Participatieladder. Herdrukt van: *Handboek patiënten-/cliëntenparticipatie. Verbeteren van de zorg samen met cliënten/ patiënten. CBO, 2013, p.8.*



Er zijn vijf treden van participatie, hoe hoger de treden hoe meer invloed patiënten krijgen en des te groter de participatie. De eerste drie treden worden ook wel 'het consulteren' genoemd en bestaan uit het informeren, raadplegen en adviseren van de patiënt. In de bovenste treden, adviseren, partnerschap en regie bij de patiënt, heeft de patiënt een actieve inbreng en neemt de patiënt ook zelf initiatief (CBO, 2013). Trede 3 overlapt dus de andere stappen. Het CBO (2013) deelt de stap adviseren zowel in bij consulteren als bij de bovenste drie stappen waarbij de patiënt een actieve inbreng heeft. In de participatieladder wordt vanaf de treden 'raadplegen' en 'adviseren' actief op zoek gegaan naar de ervaring/mening van de patiënt. In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op hoe patiëntervaringen worden gedeeld met verpleegkundigen; het delen van ervaringen is immers nodig om hoger op de participatieladder te komen. Deze ervaringen zijn ook belangrijk om uiteindelijk patiëntgerichte zorg te verlenen.

2.3 Conclusie literatuurstudie

Uit bovenstaande literatuurstudie kan de projectgroep opmaken dat de termen 'patiëntparticipatie' en 'patiëntgerichte zorg' allebei gericht zijn op de behoeften, wensen, gevoelens en verwachtingen van de patiënt. Het verschil is dat participatie het actief deelnemen van de patiënt in zijn/haar zorgproces is en dat patiëntgerichte zorg de zorg op maat is waarbij rekening wordt gehouden met de wensen, behoeften en problemen van de patiënt. De conclusie is dat het delen van ervaringen onderdeel is van patiëntparticipatie en dat dit nodig is om zowel hoger op de participatieladder te komen als om meer patiëntgerichte zorg te verlenen. Patiëntgerichte zorg is dus in beperkte mate mogelijk zonder dat de patiënt actief deelneemt. Het is daarom logisch dat deze begrippen door elkaar worden gehaald. Het delen van ervaringen is derhalve een essentieel onderdeel van patiëntparticipatie en ook noodzakelijk voor patiëntgerichte zorg. De projectgroep definieert op basis van bovenstaande literatuur het delen van patiëntervaringen als volgt:

“De patiënt maakt zijn unieke ervaringskennis kenbaar door wensen, behoeften, gevoelens en verwachtingen te uiten naar verpleegkundigen door middel van verbale of non-verbale signalen die vragen om herkenning, aansluiting en afstemming.”

Doordat de patiënt zijn of haar ervaringen deelt met verpleegkundigen is het mogelijk om de zorg beter op de patiënt af te stemmen en patiëntgerichte zorg te verlenen.

Hoofdstuk 3 - Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksmethoden die gehanteerd zijn in de drie deelonderzoeken beschreven.

3.1 Deelonderzoek 1 – Jessica van den Hurk

3.1.1 Vraagstelling

De in dit deelonderzoek onderzochte deelvraag luidt:

Hoe beleven patiënten op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis het delen van hun ervaringen met verpleegkundigen?

3.1.2 Onderzoeksbenadering

Deze deelvraag wordt beantwoord door middel van kwalitatief, beschrijvend onderzoek. Hiervoor is gekozen om op deze manier concrete gegevens van meningen en ervaringen te verzamelen waarbij de onderzoeker waar nodig kan doorvragen (Baarda et al., 2013). Er is gekozen voor een beschrijvend onderzoek omdat dit type onderzoek zorgt voor een betere kennis van de huidige situatie (Baarda & Bakker, 2012).

3.1.3 Dataverzameling

Om antwoord te krijgen op bovenstaande deelvraag zijn patiënten geïnterviewd. De onderzoeker heeft gekozen voor een interview omdat er onderzoek plaatsvindt naar meningen en ervaringen van respondenten; door middel van ondervragen wordt dit het beste bereikt (Migchelbrink, 2014).

De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van half-gestructureerde interviews. Dit interview karakteriseert zich door de ruimte die de respondent heeft voor inbreng. Daarbij geeft het de onderzoeker enige houvast doordat van te voren topics zijn opgesteld (Migchelbrink, 2014). Het interview heeft individueel plaatsgevonden, zodat dit meer achtergrondinformatie opleverde (van den Reek, Pardoel & Tits, 2008). Daarbij heeft het interview face-to-face plaatsgevonden, zodat het non-verbale gedrag van de respondent geobserveerd kon worden en het interview een persoonlijke sfeer bevatte, waardoor er meer informatie gegeven werd (Fisher & Julsing, 2007). Er zijn tijdens de interviews open vragen gesteld om de respons te vergroten. Er is vooral doorgevraagd op de antwoorden van de respondenten. Verder zijn de interviews opgenomen met een voicerecorder om het transcriberen van de interviews te vergemakkelijken. Er is na het transcriberen een member-check verricht om het gevaar op interpretatiefouten zo veel mogelijk te beperken (Fischer & Julsing, 2007). Bij de member-check hebben alle respondenten akkoord gegeven.

De onderzoeker heeft aan de hand van de literatuurstudie een topiclijst geformuleerd, gebaseerd op verschillende elementen die belangrijk zijn bij het delen van ervaringen. In bijlage 1 is de gedetailleerde topiclijst te zien die de onderzoeker gebruikt heeft bij de individuele interviews met patiënten.

3.1.4 Onderzoekspopulatie

Bij deze deelvraag behoren alle patiënten op de afdeling Orthopedie tot de onderzoekspopulatie. Hieronder zijn in- en exclusiecriteria opgesteld om patiënten te selecteren die antwoord kunnen geven op deze deelvraag.

	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Patiënten	- Patiënten die minimaal 2 dagen zijn opgenomen in het St. Elisabeth Ziekenhuis op de	- Patiënten die de Nederlandse taal niet beheersen of nauwelijks/onvoldoende begrijpen. - Patiënten met cognitieve beperkingen.

	afdeling Orthopedie.	- Patiënten jonger dan 18 jaar. - Patiënten die bijvoorbeeld door pijnmedicatie moeilijk te interviewen zijn (overleg met verantwoordelijke verpleegkundige).
--	----------------------	---

De onderzoeker heeft ervoor gekozen om patiënten te excluderen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, patiënten met cognitieve beperkingen, patiënten jonger dan 18 jaar en patiënten met (veel) pijnmedicatie. Dit om te voorkomen dat vragen of antwoorden verkeerd opgevat worden door de onderzoeker, waardoor vertekening ontstaat.

De onderzoeker heeft door middel van een gelegenheidssteekproef de respondenten vastgesteld. Een gelegenheidssteekproef houdt in dat respondenten worden gekozen die makkelijk of snel te bereiken zijn maar alleen diegenen die binnen de gestelde in- en exclusiecriteria vallen (Migchelbrink, 2014). Hiervoor is gekozen omdat het ziekenhuis een dynamische sector is met veel wisselingen van patiënten. De onderzoeker heeft in overleg met de verantwoordelijke verpleegkundige de respondenten vastgesteld om patiënten met (veel) pijnmedicatie uit te sluiten. Uiteindelijk zijn acht respondenten geselecteerd. De respondenten hebben voor het interview het informed consent mondeling toegezegd en na het interview schriftelijk bevestigd. Zie bijlage 2 voor de weergave. Het eerste afgenomen interview diende als oefen-interview om eventueel de topics nog aan te passen (Smit, 2012). Dit interview heeft geleid tot een andere beginvraag, zodat patiënten beter de bedoeling van het delen van patiëntervaringen begrepen. De verandering van de beginvraag heeft geen invloed gehad op de verdere resultaten van de interviews, daarom heeft de onderzoeker de resultaten meegenomen in dit praktijkonderzoek.

3.1.5 Data-analysemethode

De tijdens de interviews verzamelde data, zijn geanalyseerd door middel van een thematische analyse (Braun & Clarke, 2006). In dit deelonderzoek is inductief te werk gegaan. Dit omdat de onderzoeker wil weten wat patiënten ervaren. Elk interview is dezelfde dag nog getranscribeerd en voorgelegd aan de desbetreffende respondent voor een member-check. Hierna werden relevante fragmenten voorzien van een code. Vervolgens zijn de codes geclusterd tot thema's.

3.1.6 Kwaliteit waarborgen

Om de validiteit van de topiclijst te vergroten, heeft de onderzoeker de topics gebaseerd op de literatuurstudie. Daarnaast is de onderzoeker door een oefeninterview af te nemen, nagegaan of de topiclijst het juiste meet met betrekking tot dit onderwerp (Smit, 2012).

Om de verplaatsbaarheid te verhogen, heeft de onderzoeker thick description toegepast door zoveel mogelijk de context waarbinnen het onderzoek heeft plaatsgevonden en de respondenten te beschrijven (Cox, 2012).

Om vertekening tijdens de analysefase te voorkomen en de plausibiliteit te verhogen, heeft de onderzoeker de interviews opgenomen met een voicerecorder. Daarbij zijn de interviews getranscribeerd zodat de gegevens niet vertekend werden door de manier van notuleren door de onderzoeker. Daarnaast heeft de onderzoeker zo transparant mogelijk gewerkt door alle keuzes die gemaakt zijn te verantwoorden (Cox, 2012).

Om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verhogen, heeft de onderzoeker een member-check toegepast (Cox, 2012). Deze hebben alle respondenten ondertekend. De onderzoeker heeft een logboek bijgehouden waarin alle methodologische stappen zijn verwerkt. Dit heeft de verifieerbaarheid van het onderzoek vergroot. Tevens kan op deze manier het onderzoek worden

herhaald (Boeije, 2014; Cox, 2012). Daarnaast heeft de onderzoeker peer review toegepast door haar uitgewerkte stukken te laten lezen aan de collega-onderzoeker (Cox, 2012).

3.2 Deelonderzoek 2 - Aniek Adams

3.2.1 Vraagstelling

De onderzochte deelvraag van dit onderzoek is als volgt beschreven:

Hoe gaan verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis om met ervaringen van patiënten en hoe denken verpleegkundigen dat ze dat doen?

3.2.2 Onderzoeksbenadering

Dit deelonderzoek is beantwoord door middel van kwalitatief, beschrijvend onderzoek. Volgens Lucassen en Hartman (2007) is kwalitatief onderzoek geschikt om de aard en de context van verschijnselen te bestuderen. Dit deelonderzoek heeft een beschrijvend karakter omdat er in kaart is gebracht hoe verpleegkundigen omgaan met het delen van patiëntervaringen en hoe zij denken dat zij hiermee omgaan. Dit is gedaan zonder al te veel voorkennis (Fisher & Julsing, 2007).

3.2.3 Dataverzamelingstechniek

Een observatie is een goede methode voor onderzoek naar gedragingen, omdat het waarneembare gedrag meteen kan worden gezien of gehoord (Plooi, 2008). Het voordeel van een observatie bij dit deelonderzoek is dat het onbewuste gedrag van de verpleegkundige ook in kaart is gebracht. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om de verpleegkundigen van te voren niet al te veel in te lichten over het onderwerp van de observatie. Dit om observation-bias te minimaliseren.

Het type observatie was een open ongestructureerde observatie, de onderzoeker wilde de observatie 'vrij' instappen waardoor er meer oog was voor opvallende zaken (Baarda et al., 2013). Bij een ongestructureerde observatie staat geen observatiedoel vast, waardoor er voor de onderzoeker veel meer vrijheid was om te bekijken wat er werkelijk gebeurde in het kader van het onderzoek (Baarda et al., 2013). De observatie was niet-participerend van aard, zodat de onderzoeker de situatie niet kon beïnvloeden en er geen data verloren gingen aan het feit dat de onderzoeker participeerde.

De onderzoeker maakte op het moment van observeren veldnotities. De onderzoeker hield er rekening mee dat de notities op een later tijdstip te achterhalen waren. Daarom is er gebruik gemaakt van een structureringslijst voor de veldnotities met identificatiecodes zoals: plaats, datum, situatie en tijdstip (Baarda et al., 2013).

Een tweede dataverzamelingstechniek was noodzakelijk in dit deelonderzoek, aangezien de onderzoeker ook wil weten hoe verpleegkundigen denken dat zij omgaan met patiëntervaringen. Met deze reden is er aansluitend op de observaties een interview afgenomen. Het interview is half-gestructureerd van aard, waarbij vooraf bepaalde topics aan de orde zijn gekomen (Baarda et al., 2013). Tevens was de onderzoeker vrij om, indien nodig, van de vraagvolgorde en –formulering af te wijken en bestond er de mogelijkheid om door te vragen (Baarda et al., 2013). De topics die aan bod zijn gekomen zijn deels gebaseerd op de literatuurstudie die eerder is verricht. In bijlage 3 is de gedetailleerde topiclijst weergegeven.

De ochtenddiensten op de afdeling Orthopedie zijn van 7.30 uur tot 16.00 uur. De onderzoeker observeerde van 7.30 uur tot 12.00 uur. In de middag heeft het interview plaatsgevonden. Voorafgaand aan het interview heeft de onderzoeker de respondenten om toestemming gevraagd om het interview op te nemen met een voicerecorder. De onderzoeker heeft om toestemming gevraagd door middel van een Informed Consent formulier dat respondenten konden ondertekenen. In bijlage 4 is het Informed Consent formulier weergegeven. Alle respondenten hebben het formulier

ondertekend. Het interview heeft face-to-face plaatsgevonden om een persoonlijke sfeer te creëren en vond plaats in een rustige omgeving waar de respondent en de onderzoeker niet gestoord werden (Fisher & Julsing, 2007).

3.2.4 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betrof verpleegkundigen (kwalificatieniveau 4 en 5) op de afdeling Orthopedie van het St. Elisabeth Ziekenhuis. Zij vormden in dit deelonderzoek de respondenten. Op de afdeling Orthopedie werken vier HBO- en zeventien MBO-verpleegkundigen. De in- en exclusiecriteria zijn weergegeven in de tabel hieronder.

	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Verpleegkundigen	- Verpleegkundigen kwalificatieniveau 4 en 5	- Minder dan zes maanden werkzaam binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis - Stagiaires en leerlingen

Verpleegkundigen die minder dan zes maanden werkzaam zijn binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis waren uitgesloten van dit onderzoek omdat zij wellicht nog niet bekend zijn met de ambitie en de visie van de organisatie. De stagiaires en leerlingen waren ook uitgesloten voor dit onderzoek omdat zij nog lerende zijn om eigen handelingen en houdingen te ontwikkelen.

De onderzoeker had vastgestelde dagen waarop de data in de praktijk werd verzameld. Op deze dagen heeft de onderzoeker een a-selecte steekproef getrokken op basis van toeval uit verpleegkundigen die op die dag werkzaam waren. De gekozen respondent werd benaderd voor medewerking aan het onderzoek (Baarda et al., 2013). Er hebben vijf observaties en interviews plaatsgevonden.

3.2.5 Data-analysemethode

Omdat het deelonderzoek kwalitatief van aard is en de onderzoeker de data graag systematisch wil onderzoeken, zijn de verkregen data via de thematische analyse van Braun en Clarke (2006) uitgewerkt. De transcripties van de interviews zijn ter inzage aangeboden aan de respondenten (member-check) die allen goedkeuring hebben gegeven voor het gebruik ervan (Fisher & Julsing, 2007). De onderzoeker bracht in kaart wat de gedachten en gedragingen waren van de verpleegkundigen, waardoor de analyse op een inductieve wijze is bekeken.

3.2.6 Kwaliteit waarborgen

De geloofwaardigheid van dit deelonderzoek is bevorderd door het gebruik van triangulatie (Cox, 2012). De onderzoeker heeft zowel observaties als interviews gebruikt voor het verzamelen van data. Daarnaast heeft een member-check plaatsgevonden. Alle vijf de respondenten hebben inzage gehad in de getranscribeerde tekst en toestemming gegeven voor het gebruik ervan.

De verplaatsbaarheid van dit deelonderzoek is bevorderd door de context en de respondenten van het deelonderzoek nauwkeurig te beschrijven (thick-description)(Cox, 2012). Zo zijn bijvoorbeeld leeftijd, werkervaring en deelname aan relevante bijscholingen genoteerd.

De plausibiliteit van dit deelonderzoek is bevorderd door transparantie te bieden over de uitvoering van het onderzoek en de keuze van bepaalde stappen (Cox, 2012). De benadering, dataverzamelingstechniek en de onderzoekspopulatie (met type steekproef) zijn gedetailleerd beschreven, zodat mede-onderzoekers de verrichte stappen uit het onderzoek kunnen volgen. Ook heeft een mede-onderzoeker de dataverzameling herbeoordeeld (peer-review).

De verifieerbaarheid van dit deelonderzoek is bevorderd door het gebruik van een voicerecorder tijdens de interviews en de analyse ervan (Cox, 2012). Voorafgaand aan het observeren, heeft er een proef-observatie plaatsgevonden. Tijdens het observeren heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van

veldnotities die later te herleiden waren naar het exacte moment en is gedurende het onderzoek een logboek bijgehouden. Het logboek is op aanvraag beschikbaar.

3.3 Deelonderzoek 3 - Gezamenlijk

Dit deelonderzoek gaat uit van aanbevelingen van patiënten, verpleegkundigen en literatuuronderzoek. De dataverzameling bij patiënten en verpleegkundigen heeft op exact dezelfde wijze plaatsgevonden als bij de individuele deelonderzoeken en met dezelfde respondenten. Gezien het feit dat de twee methoden van de deelonderzoeken al beschreven staan in de individuele deelonderzoeken wordt de informatie die overeenkomt niet meer onder deze deelvraag beschreven. Voor de onderbouwing verwijst de projectgroep de lezer naar de individuele deelonderzoeken.

3.3.1 Vraagstelling

De in dit deelonderzoek onderzochte deelvraag is als volgt beschreven:

Welke aanbevelingen hebben patiënten, verpleegkundigen en de literatuur met betrekking tot het delen van patiëntervaringen?

3.3.2 Dataverzamelingstechniek

Dataverzamelingstechniek patiënten

De onderzoeker heeft een topiclijst geformuleerd gebaseerd op de literatuurstudie. Voor meer onderbouwing verwijst de onderzoeker naar paragraaf 3.1.3. De gedetailleerde topiclijst is te vinden in bijlage 1.

Dataverzamelingstechniek verpleegkundigen

De onderzoeker heeft een gedetailleerde topiclijst samengesteld voor deelonderzoek 3. Deze is weergegeven in bijlage 3. Voor meer onderbouwing verwijst de onderzoeker naar paragraaf 3.2.3.

Dataverzamelingstechniek literatuurstudie

De projectgroep heeft gekozen voor het verzamelen van wetenschappelijke artikelen, omdat er naar aanbevelingen van externe experts is gezocht. Een literatuuronderzoek is hierbij een goede methode van dataverzameling die ervoor zorgt dat in korte tijd verschillende aanbevelingen kunnen worden beschreven (Nieswiadomy et al., 2009).

Om gericht literatuur te kunnen zoeken, heeft de projectgroep een zoekstrategie bepaald:

Zoekstrategie Zoekvraag 2

Zoekvraag 2	Wat kunnen verpleegkundigen volgens de literatuur doen om het delen van patiëntervaringen te bevorderen?
Trefwoorden	Patient involvement/Betrokkenheid patiënt, Patient experience/Patiëntervaringen, Recognition of patient signals/Herkennen van patiëntsignalen, Recognition of patient values/Herkennen van patiëntwaarden, Communication of nursing practice/Communicatie van de verpleegkundige praktijk, Patient perspective/Patiënten perspectief, Patient relationship/Patiëntrelatie, Nurse-patient interaction/Verpleegkundige-patiënt interactie, Nurse-client relationship/Verpleegkundige-patiënt relatie, Conditions for patient participation/Voorwaarden voor patiëntparticipatie en Partnering with patients/Samenwerken met patiënten.
Beperkingen	Liever geen verouderde bron (>5 jaar), alleen Engelse en Nederlandse tekst, Full-text beschikbaar
Databanken	Cinahl, Pubmed, Cochrane, Biep.nu, CBO, HBO-kennisbank en Springer link.

Om het aantal gevonden artikelen te vergroten, zijn de trefwoorden zowel in het Nederlands als in het Engels geformuleerd. De beperkingen die in de zoekstrategie gehanteerd worden, zijn onderbouwd in de volgende alinea over het selectieproces.

3.3.3 Selectieproces

De onderzoekspopulatie en data-analysemethode voor de patiënten- en verpleegkundigencategorie zijn te vinden in paragraaf 3.1 en 3.2.

De projectgroep wilde verouderde bronnen zoveel mogelijk vermijden. De hierbij gebruikte regel is dat artikelen niet ouder zijn dan vijf jaar. Bronnen ouder dan vijf jaar werden kritischer beoordeeld door de projectgroep door eerst nog te zoeken naar artikelen die jonger waren met dezelfde invalshoek. Wanneer deze niet bestonden, heeft de projectgroep ervoor gekozen om toch de verouderde bron te hanteren. Daarnaast heeft de projectgroep vooral gezocht naar artikelen die bijdragen aan interventies/methodes voor verpleegkundigen. Er is enkel gebruik gemaakt van Nederlandse en Engelse artikelen/boeken/reviews omdat de projectgroep deze talen beheerst en de analyse van het artikel op een correcte manier kon plaatsvinden. De projectgroep heeft alleen de full-tekst artikelen behandeld in het onderzoek. Zo kan met zekerheid gezegd worden dat de informatie uit de artikelen volledig is benut (Fontys Hogeschool Verpleegkunde, 2014). De gevonden artikelen werden gecontroleerd op kwaliteit. Om de wetenschappelijke artikelen te kunnen beoordelen heeft de projectgroep gebruik gemaakt van de selectiecriteria voor het beoordelen van wetenschappelijke artikelen. Deze selectiecriteria zijn opgesteld door Fontys Hogescholen (Fontys Hogeschool, 2014) en zijn beschreven in bijlage 5. Daarnaast zijn in deze bijlage de gehanteerde databanken beschreven. Na het beoordelen van alle gevonden artikelen heeft de projectgroep de artikelen vergeleken en werd beschreven welke informatie antwoord geeft op de deelvraag.

3.3.4 Kwaliteit waarborgen

Voor het waarborgen van de kwaliteit bij deelonderzoek 1 en 2 verwijst de projectgroep de lezer naar paragraaf 3.1.6 en 3.2.6 van dit hoofdstuk.

In dit deelonderzoek werd gebruik gemaakt van methodetriangulatie. Uitgangspunt waren de aanbevelingen van patiënten, verpleegkundigen en vanuit de literatuur. Deze manier belicht verschillende invalshoeken, hetgeen de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogt (Boeije, 2014). De projectgroep heeft door inzicht te geven in de zoekstrategie zo transparant mogelijk gewerkt en hierdoor de plausibiliteit verhoogd (Cox, 2012). De artikelen zijn kritisch bestudeerd op informatie met voldoende kwaliteit om te gebruiken in het onderzoek. Tevens is de wijze van het selectieproces belangrijk voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Het verplaatsen van literatuuronderzoek is lastig. Dit omdat elke combinatie van trefwoorden andere artikelen kan opleveren. Daarnaast maakt de projectgroep zelf het onderscheid in de bruikbaarheid van de artikelen. Andere onderzoekers die zich willen verdiepen in dit onderwerp krijgen automatisch te maken met andere artikelen; databanken zijn erg dynamisch. Door de transparantie van de zoekstrategie heeft de projectgroep getracht de betrouwbaarheid te vergroten. Andere onderzoekers hebben op deze manier inzicht in de gehanteerde strategie waardoor zij hetzelfde onderzoek op een globale manier kunnen uitvoeren. De literatuurstudie bij andere onderzoekers zou in theorie dan ook overeenkomstige resultaten moeten opleveren (van Halem & Muller, 2013).

Hoofdstuk 4 - Resultaten en deelconclusies

In hoofdstuk 4 zijn de resultaten en conclusies aan de hand van de deelvragen beschreven. Bij ieder deelonderzoek is een deelconclusie geschreven.

4.1 Deelonderzoek patiënten - Jessica van den Hurk

In totaal hebben acht interviews plaatsgevonden. Het betrof vier mannen en vier vrouwen variërend in leeftijd van 40 tot 70 jaar. Deze respondenten lagen opgenomen in verband met een nieuwe heupprothese, ontsteking van de heupwond, een hernia of een hoge bloeddruk. Alle acht patiënten wilden aan de interviews deelnemen. De interviews duurden gemiddeld 45 minuten.

4.1.1 Resultaten

Hieronder worden de resultaten beschreven uit de afgenomen interviews.

Visie respondenten op het delen van ervaringen

Volgens de meerderheid van de respondenten zijn patiëntervaringen situaties die de patiënt meemaakt tijdens zijn of haar opname, daarbij is het ook belangrijk wat de patiënt hierbij voelt. Respondent 8 verstaat onder het delen van patiëntervaringen hoe iemand ontvangen wordt in het ziekenhuis. Daarnaast geeft respondent 3 aan dat het ook gaat over het inlichten van verpleegkundigen over de ervaring van de patiënt.

R: "Ja, eigenlijk dat je de verpleegkundigen op de hoogte brengt van jouw ervaring als patiënt, wat je niet fijn vindt bijvoorbeeld" (respondent 3, 2015)

Het delen van ervaringen

Ervaringen zijn persoonlijk

De respondenten geven aan dat ze over het algemeen ervaringen wel delen, maar dan voornamelijk met hun familie/vrienden en af en toe met verpleegkundigen. De meerderheid is van mening dat de ervaringen persoonlijk zijn en dat deze niet altijd met anderen worden gedeeld. Respondent 5 geeft aan dat hij ervaringen deelt met de verpleegkundige met wie hij een 'match' heeft. Met 'match' bedoelt de respondent het gevoel dat de verpleegkundige er voor jou is. Respondenten 1 en 8 geven aan dat ze hun ervaringen delen met vrienden, de negatieve ervaringen houdt respondent 1 voor zichzelf.

*R: "Ja, die deel ik met kennissen, waar ook een ziekenhuisopname aan zit te komen."
I: "Ja...en ook nadelige of ook voordelige ervaringen?"
R: "Meestal alleen de voordelige ervaringen."
I: "En wat doet u met de nadelige ervaringen."
R: "Die houd ik voor mezelf." (respondent 1, 2015)*

Praktische zaken en wensen worden wel met verpleegkundigen gedeeld

Praktische wensen en voorkeuren daarentegen worden wel aan verpleegkundigen kenbaar gemaakt, bijvoorbeeld het vragen van een glas water.

R: "Nee, als ik iets wil dan laat ik dat wel horen ja.. bijvoorbeeld een glas water voor mijn medicijnen in te nemen" (respondent 1, 2015)

Toegankelijkheid verpleegkundigen

De meerderheid van de respondenten geeft aan dat zij merken dat verpleegkundigen toegankelijk zijn om wensen en voorkeuren te delen. Dit merken ze doordat ze altijd vragen kunnen stellen aan verpleegkundigen. Daarnaast geven verpleegkundigen goed antwoord op vragen van patiënten.

R: "Nou, als ik een vraag heb dan wordt dat gewoon netjes beantwoord. Ik had bijvoorbeeld gevraagd of ze mijn bloeddruk bij wilden houden, zodat ik deze zelf kon zien. Dat deden ze meteen allemaal, stuk voor stuk. Ze schrijven het op en dat vind ik fijn." (respondent 6, 2015)

Er blijkt wel een verschil in de mate van toegankelijkheid van verpleegkundigen. Zo geeft respondent 5 aan dat verpleegkundigen wisselend openstaan en reageren op wensen en voorkeuren, waardoor verpleegkundigen dus niet allemaal even toegankelijk zijn.

R: "Ja.. per verpleegkundige is dat anders, maar die verpleegkundige van toen stond er niet voor open nee.. [...]"
R: "Maar voor mij hoeft dat ook niet zo overdreven" (respondent 5, 2015)

Oppikken van signalen door verpleegkundigen

Non-verbale signalen

Meerdere respondenten geven aan dat verpleegkundigen onzekerheid en/of angst opmerkten bij de patiënt zonder dat de patiënt dit in woorden had uitgesproken. De respondenten voelden zich hierin gesteund.

R: "Ja, ze zag aan mij dat ik gespannen was en onzeker was. Ze zei dat ik het over me heen moest laten komen en moest denken aan leuke dingen en aan iets goeds [...] ik vind dat ze er hier goed mee omgaan [...] (respondent 2, 2015)

Er waren ook respondenten die aangaven dat niet alle verpleegkundigen de non-verbale signalen van een patiënt opvingen. Volgens respondent 5 ligt dit ook aan de patiënt zelf; een gesloten persoon zal zijn of haar gevoelens niet snel uiten. Respondent 7 had angst ervaren die niet opgemerkt werd door de verpleegkundige, de respondent geeft echter aan hieraan ook geen behoefte te hebben gehad. Respondent 4 laat weten dat bij hem onzekerheid niet werd opgemerkt door de verpleegkundige, maar dat hij hieraan wel behoefte had.

I: " [...] en heeft de verpleegkundige dat gevoel bij u toen opgemerkt?"
R: "Nee, eigenlijk niet.." (respondent 4, 2015)

Verbale signalen

Alle respondenten gaven aan dat verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie erg vriendelijk in contact zijn. Ze geven netjes antwoord en geven aan wanneer ze erop terugkomen als ze op dat moment even geen tijd hebben.

R: "Nou, daar zijn ze altijd heel vriendelijk in.. ze geven wel altijd een antwoord daarop" (respondent 1, 2015)

Ruimte en tijd als voorwaarde

Een verpleegkundige kan wel toegankelijk zijn en signalen oppikken, maar naast toegankelijkheid is ook ruimte en tijd nodig om een patiënt de gelegenheid te bieden zijn of haar wensen en voorkeuren te delen. Vrijwel alle respondenten geven aan dit positief te ervaren. Zo geeft respondent 8 aan dat

verpleegkundigen een gesprek aangaan en daardoor ruimte creëren voor de patiënt, waarin wensen en behoeften gedeeld kunnen worden. Respondent 4 geeft aan de ruimte ook zelf te nemen door te vragen aan verpleegkundigen.

R: "Dat ervaar ik goed, alles wat ik tegen de verpleegkundige zeg wordt nageleefd. Ik wilde bijvoorbeeld niet op een gemengde kamer liggen omdat ik daar geen goede ervaring mee heb. Ik wilde graag met alleen dames op de kamer liggen want ik heb ooit met heren op een kamer gelegen en dat was niet prettig. En uhm.. toen kreeg ik een kamer alleen dus dat was erg prettig" (respondent 2, 2015)

Actief vragen door verpleegkundigen wordt wisselend ervaren

Naast toegankelijkheid en ruimte komt ook het actief vragen door verpleegkundigen naar voren uit de interviews. De assertiviteit van verpleegkundigen met betrekking tot wensen en voorkeuren van de patiënt ervaren de respondenten wisselend. Respondenten 3 en 6 geven aan dat verpleegkundigen continu naar wensen en voorkeuren vragen en dat zij dit prettig vinden. Daarentegen geven respondenten 1 en 8 aan dat er niet actief naar wensen en voorkeuren wordt gevraagd. Verder geven respondenten 4 en 5 aan dat er wel actief wordt gevraagd naar wensen en voorkeuren maar dat dit niet voor alle verpleegkundigen geldt. De laatste twee respondenten geven echter ook aan dat dit niet als een belemmering wordt ervaren.

*I: "En vragen verpleegkundigen ook actief naar uw wensen en voorkeuren?"
R: "Ja en hoe! Onvoorstelbaar je wordt er zelfs verlegd van. Ze moeten zoveel regelen voor mij en continu overleggen. Echt petje af!" (respondent 6, 2015)*

*R: "Nee.."
I: "Dat niet.. u moet ze echt zelf kenbaar maken dus?"
R: "Ja.. kunnen ze ook niet aan beginnen, vind ik"
I: "Hebt u daar wel behoefte aan?"
R: "Ook niet.. ik spreek ze aan wanneer ik ze nodig heb.." (respondent 8, 2015)*

Menslievend van verpleegkundigen

Waardering voor de patiënt als persoon

Veel respondenten geven aan dat zij zich gewaardeerd voelen door verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn betrokken en geven de patiënt het gevoel dat zij ertoe doen doordat verpleegkundigen de patiënt zien staan als persoon en luisteren naar verhalen van de patiënt. Daarnaast tonen verpleegkundigen interesse in de patiënt.

*I: "Voelt u zich gewaardeerd door de verpleegkundigen?"
R: "Jazeker"
I: "En waar blijkt dat uit?"
R: "Uit de vragen die ze stellen en de antwoorden die ik erop krijg.."
I: "En wat voor vragen zijn dat bijvoorbeeld?"
R: "Nou over van alles en nog wat *stilte* ik heb het gevoel dat ze me zien staan, voel me niet vernederd of teruggezet. En ze vragen hoe het met mij gaat." (respondent 8, 2015)*

Echter, er zijn ook enkele kritische geluiden te horen. Zo geeft respondent 1 aan dat verpleegkundigen de patiënt wel zien staan, maar niet gauw een praatje maken. Respondent 3 beaamt dit en geeft aan dat wanneer wel een praatje wordt gemaakt, dat vaak over de opname gaat en niet over de patiënt als persoon terwijl de respondent hieraan wel behoefte heeft.

R: "Nou er zijn enkele verpleegkundigen die na de zorg even de tijd namen om met mij te babbelen"

I: "En waar ging dat gesprek dan over?"

R: "Ja dat ging voornamelijk over de implantatie hoe dat gegaan is en wat er allemaal bij komt kijken"

I: "En over u als persoon?"

R: "Nee dat niet.."

I: "Zou u dat willen?"

R: "Ja misschien wel.. dan wordt er nog meer interesse getoond in mij als persoon.." (respondent 3, 2015)

Invoelbaar en menselijke omgang

De meerderheid van de respondenten geeft aan vertrouwen te hebben in verpleegkundigen. Daarbij geven ze aan het belangrijk te vinden dat verpleegkundigen zelfverzekerd overkomen. Volgens respondent 8 is het belangrijk dat verpleegkundigen invoelbaar en menselijk met de patiënt omgaan. Met invoelbaar en menselijk omgaan, bedoelt zij het tonen van begrip en inlevingsvermogen. Volgens de respondenten geven verpleegkundigen hieraan invulling door vriendelijk te zijn en regelmatig met de patiënt een praatje te maken.

R: "Heel veel. Het belangrijkste vind ik: vriendelijkheid, af en toe een schouderklap dat kost niks! En dat doen ze hier. Ja en hierdoor krijg ik vertrouwen in de verpleegkundige. Ik kan hier duidelijk merken dat ze dat in zich hebben." (respondent 6, 2015).

Medezeggenschap patiënt

Informatie verstrekken

Over het algemeen waren de respondenten tevreden over de manier van informatie verstrekken. De respondenten voelen zich goed geïnformeerd via folders en de duidelijke uitleg van verpleegkundigen. Een enkeling geeft aan dat verpleegkundigen tijdens het opnamegesprek wat uitgebreider hun verhaal mogen doen.

R: "uh.. dat ze iets uitgebreider hun verhaal kunnen doen" (respondent 1, 2015)

Consulteren

Met betrekking tot het meedenken/-praten en advies inwinnen van de patiënt zijn de meningen verdeeld. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan dat verpleegkundigen vragen naar wat de patiënt wil en laten de patiënt hierin meedenken. Respondenten ervaren dit als prettig. Daarbij wordt de patiënt om advies gevraagd door bijvoorbeeld te vragen naar wat de patiënt thuis gewend is. De andere helft van de respondenten geeft aan dat ze geen inspraak hebben. Er wordt niet gevraagd hoe de patiënt het wil en de patiënt wordt niet om advies gevraagd. Wat hierbij opvalt, is dat de respondenten dit niet als negatief ervaren en hieraan ook geen behoefte hebben.

R: "Mwa ik kan niet zeggen dat ik echt mag meedenken [...]"

I: "Dus u hebt niet echt het gevoel dat u mee mag denken?"

R: "Nee, dat hoef ik ook niet perse.. ik kom hier om geholpen te worden en dat is prima.." (respondent 5, 2015)

Struikelblokken voor menslievende zorg

Tijdens de interviews is een aantal struikelblokken naar voren gekomen die de respondenten ervaren op de afdeling. Zoals hierboven beschreven is, geven alle respondenten aan dat verpleegkundigen erg vriendelijk zijn in contact en aangeven wanneer zij terugkomen op een vraag. Een kritische kanttekening hierbij is dat verschillende respondenten aangegeven dat ze soms lang moeten wachten op een antwoord. Vaak moet de patiënt iets herhalen alvorens actie wordt ondernomen.

I: "En komen ze dan ook echt zo?"

R: "uh.. nou dat niet.. ik heb pas om een kussen gevraagd en dat kreeg ik pas 's middags een dag later zelfs.." (respondent 1, 2015)

Daarnaast geven de respondenten aan dat verpleegkundigen veel papierwerk hebben waardoor ze minder tijd hebben voor de patiënten.

R: "Verpleegkundigen moeten tegenwoordig zoveel papierwerk invullen waardoor ze daar geen tijd meer voor hebben en dat is jammer" (respondent 8, 2015)

4.1.2 Deelconclusie

De deelvraag: 'Hoe beleven patiënten op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis het delen van hun ervaringen met verpleegkundigen?' kan aan de hand van de interviews beantwoord worden.

Uit bovenstaande resultaten komt naar voren dat ervaringen voornamelijk met vrienden en familie worden gedeeld en niet altijd met een verpleegkundige. Opvallend is dat de respondenten aangeven dat zij hun wensen en voorkeuren wel kenbaar maken aan verpleegkundigen, echter, deze zijn praktisch van aard. Een ander onderdeel van delen van ervaringen is het oppikken van non-verbale signalen. De respondenten geven aan dat verpleegkundigen deze signalen niet altijd oppikken, terwijl hieraan wel behoefte is. Naast non-verbale signalen zijn er ook verbale signalen waarop volgens de respondenten goed wordt gereageerd. De respondenten geven aan dat verpleegkundigen erg vriendelijk zijn in het contact en dat ze toegankelijk zijn naar de patiënt toe. Een struikelblok hierin is dat na verbale communicatie niet altijd direct een actie volgt, waardoor patiënten weleens lang moeten wachten op antwoord of behandeling van hun vraag. Dit ervaren de respondenten als onprettig. De respondenten ervaren voldoende ruimte en tijd om hun wensen en voorkeuren kenbaar te maken. Het actief vragen door verpleegkundigen wordt wisselend ervaren; de één doet dit meer dan de ander. De respondenten zien dit echter niet als een belemmering. Naast het gewaardeerd voelen, geven de respondenten ook aan dat zij vertrouwen hebben in verpleegkundigen doordat ze erg vriendelijk zijn. Respondenten zijn ook tevreden over het informeren door verpleegkundigen. Naast het informeren wordt de respondenten ook om advies gevraagd. Dit wordt echter niet altijd gedaan, maar respondenten geven aan hieraan ook niet altijd behoefte te hebben. Verder geven enkele patiënten aan dat verpleegkundigen hen wel zien staan, maar dat ze niet snel een praatje maken. Op het moment dat verpleegkundigen wel een praatje maken, is het onderwerp vooral de opname in plaats van de patiënt als persoon.

4.2 Deelonderzoek verpleegkundigen – Aniek Adams

De deelvraag waarop in deze paragraaf antwoord gegeven is:

Hoe gaan verpleegkundigen om met ervaringen van patiënten en hoe denken verpleegkundigen dat ze dat doen?

Vijf respondenten hebben deelgenomen aan het onderzoek. Het kwalificatieniveau van de respondenten betreft uitsluitend MBO geschoolde verpleegkundigen (niveau 4). De interviewduur varieert tussen 20 en 50 minuten. Bij alle respondenten hebben zowel de observaties als de interviews plaatsgevonden.

	Leeftijd	Werkervaring	Bijscholing
Respondent 1 (R1)	32 jaar	8 jaar	Mensen-wensen Leergemeenschap
Respondent 2 (R2)	42 jaar	24 jaar	Mensen-wensen Leergemeenschap
Respondent 3 (R3)	58 jaar	42 jaar	-
Respondent 4 (R4)	52 jaar	6 jaar	Mensen-wensen Leergemeenschap
Respondent 5 (R5)	33 jaar	12 jaar	-

4.2.1 Resultaten

De resultaten uit observaties en interviews zijn beschreven aan de hand van thema's. Enkele thema's zijn onderverdeeld in subthema's om overzicht te creëren. Eerst worden de resultaten van de observaties beschreven gevolgd door de resultaten van de interviews. De illustraties van de observaties zijn in de kaders omschreven.

Observaties

Verbale communicatie tussen verpleegkundige en patiënt

Verpleegkundigen reageren op de vraag van de patiënt

Wat de verpleegkundigen goed doen, is reageren op de verbale uitingen van patiënten. Patiënten uiten een directe zorgvraag waar de verpleegkundigen niet omheen kunnen. In de ene situatie gaat de verpleegkundige er meteen op in en in andere situaties stelt de verpleegkundige de zorgvraag in samenspraak met de patiënt even uit. Zij zegt tegen de patiënt dat ze op een ander moment erop terugkomt of bepaalde informatie moet navragen. Op deze momenten wordt de zorg met de patiënt afgestemd.

De patiënt geeft bij de verpleegkundige aan (R2) dat hij al drie dagen geen ontlasting heeft kunnen krijgen. De verpleegkundige benoemt dat dat heel vervelend voor hem is en gaat bij de patiënt op de bedrand zitten. Dan legt de verpleegkundige uit wat de oorzaak kan zijn en wat eraan gedaan kan worden.

Verpleegkundigen missen de vraag achter de vraag

Verpleegkundigen reageren op de verbale uitingen van de patiënt, maar dat is in sommige gevallen onvoldoende. Het gaat in deze situaties niet om het gegeven wat de patiënt zegt, maar vooral wat achter het gegeven schuilt; de vraag achter de vraag. De verpleegkundige geeft keurig antwoord op de vraag die de patiënt stelt of gaat in op wat de patiënt zegt, maar de verpleegkundige vraagt zich niet zichtbaar af waarom de patiënt dit zegt en vraagt niet zichtbaar door over de situatie. Sommige patiënten uiten zich wellicht niet direct, maar willen iets laten blijken door middel van een omweg. Dit gaat over het niet signaleren van een appèl.

De patiënt is in afwachting van een hernia-operatie. De verpleegkundige (R1) komt de kamer binnen. Meteen stelt de patiënt allerlei vragen aan de verpleegkundige: 'Mag ik wel drinken? Mag ik nu nog wel wat eten? Krijg ik nu pillen? Moet ik me uitkleden?' De verpleegkundige antwoordt kort en bondig op de vragen en loopt de kamer weer uit.

Het niet horen van de patiënt

Tijdens het observeren komt het meerdere malen voor dat de verpleegkundige iets vraagt aan de patiënt, maar zijn reactie niet afwacht. Het is op dit moment meer een mededeling over wat er gaat gebeuren dan echt een vraag of de patiënt het goedkeurt wat de verpleegkundige wil gaan doen. Op deze momenten wordt de patiënt niet gehoord. Daarnaast komt het voor dat de patiënt iets vraagt, maar dat de verpleegkundige voor de patiënt invult of de patiënt dit nodig heeft of niet zonder

hierover met de patiënt in dialoog te gaan. De patiënt wil iets, maar de verpleegkundige wuift het weg. Hierdoor wordt het appèl niet opgevangen en kan de patiënt zich niet erkend voelen.

Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt voor de eerste keer op bed op de po gaat. De verpleegkundige (R4) helpt de patiënt op de po. Eenmaal op de po vraagt de patiënt een stukje papier om de schaamstreek af te dekken zodat de patiënt het bed niet vervuult. De verpleegkundige zegt dat dit niet nodig is omdat de patiënt toch naar beneden urineert en loopt de kamer uit.

Extra aandacht besteden aan de persoonlijke situatie van de patiënt

Aan de andere kant viel het tijdens de observaties op dat verpleegkundigen op bepaalde momenten wel extra aandacht besteden aan de situatie van de patiënt op dat moment. Door extra aandacht te schenken, vallen signalen die de patiënt uitstraalt wellicht eerder op. Het kan zijn dat de patiënt zo voelt dat hij gezien wordt en mogelijk eerder zijn wensen en behoeften kenbaar zal maken.

De verpleegkundige (R5) is bezig met de ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) van een verwarde patiënt. Tijdens de zorg praten ze over de familie en kleinkinderen van de patiënt. Dan verwijst de patiënt naar een foto op de kamer die haar echtgenoot heeft meegenomen. De verpleegkundige neemt de tijd en pakt de foto erbij. De patiënt vertelt wie er allemaal op de foto staan.

Omgang met non-verbale signalen zijn wisselend

Aan de ene kant is het voorgevallen dat bepaalde non-verbale signalen die de patiënt uitstraalt door verpleegkundigen worden gemist. Verpleegkundigen gaan dan niet in op de situatie of zien niet dat de patiënt een zorgvraag heeft. Er zijn vaak andere zaken waarmee verpleegkundigen op dat moment bezig zijn, waardoor zij mogelijk een signaal missen. Hierdoor kan de patiënt het gevoel krijgen dat hij niet wordt gezien door de verpleegkundige.

Voor de wondzorg vraagt de verpleegkundige (R2) aan de patiënt of zij het spannend vindt dat de wond wordt verzorgd (de wond wordt verdacht van liquor lekkage, een ernstige complicatie). De patiënt zegt: 'Ja'. Tijdens de wondzorg hebben de twee verpleegkundigen geen verbaal/non-verbaal contact met de patiënt. Als de wondzorg afgerond is, begint de patiënt te huilen.

Aan de andere kant hebben verpleegkundigen wel oog voor de non-verbale signalen van de patiënt en zien zij de patiënt staan.

De verpleegkundigen (R5) hebben de patiënt net in een stoel naast het bed geholpen. Het nachthemd van de patiënt is nog niet naar beneden en de patiënt heeft geen ondergoed aan waardoor het onderlichaam van de patiënt bloot is. Dan komt de arts met een andere verpleegkundige binnen om visite te lopen. De verpleegkundige die meeloopt met de visite merkt op dat de patiënt ontbloot is en legt een handdoek over de schoot van de patiënt.

Onderlinge afstemming tussen de disciplines of met de patiënt.

Tijdens het observeren zag de onderzoeker enkele malen dat onderling werd afgestemd. Grotendeels ging het om afstemming tussen de verpleegkundige en de patiënt. Soms vond er ook afstemming plaats tussen de disciplines over de patiënt. Door bepaalde zaken af te stemmen, kan de patiënt ruimte ervaren om zijn wensen en behoeften kenbaar te maken, waarmee de verpleegkundige rekening kan houden.

De verpleegkundige vraagt aan de patiënt (R2) of hij eerst de microlax of het ontbijt wil nuttigen. De patiënt zegt dat het hem niet zoveel uitmaakt en dat hij het ontbijt ook aan de kant kan schuiven. De verpleegkundige zegt dat de patiënt mag kiezen, haar maakt het niet veel uit. Dan spreken zij samen af dat het beter is om eerst het ontbijt te nuttigen en dat de verpleegkundige later terugkomt voor de microlax.

Verpleegkundigen informeren de patiënt niet altijd

Tijdens het observeren viel het meerdere malen op dat verpleegkundigen vergeten patiënten te informeren over bepaalde handelingen die zij gaan doen. Voor patiënten is het van belang dat zij weten wat hen te wachten staat. Op deze manier krijgen zij een kans inspraak te hebben in de handelingen. Als dit niet gebeurt, kan de verpleegkundige niet uitgaan van ervaringen van de patiënt en wordt de zorg niet op elkaar afgestemd. Opvallend was dat het vooral voorkwam bij drie specifieke handelingen, namelijk: tijdens de wondzorg, medicatie verstrekken en de ADL.

Op het gebied van wondzorg

Zo werd voor en tijdens de wondzorg vaak niet gecommuniceerd met de patiënt. Voor de verpleegkundige op de afdeling lijkt het uitvoeren van wondzorg een routinematige handeling, terwijl het voor de patiënt een spannend moment kan zijn als bijvoorbeeld het verband er voor de eerste keer afgaat. Tevens is het aannemelijk dat het moment voor de patiënt gepaard gaat met bepaalde emoties. De patiënt informeren en ondersteunen, kan hierbij van groot belang zijn.

De verpleegkundige (R2) begint met het doorknippen van het drukverband. Als het drukverband eraf is, haalt de verpleegkundige het kussen dat onder de knie van mevrouw lag, weg. Dit doet de verpleegkundige zonder uitleg te geven of mevrouw te waarschuwen. De patiënt zegt: 'au'.

Op het gebied van medicatie verstrekken

Daarnaast is het voor de verpleegkundige dagelijkse routine om medicatie te delen. Het is voorgevallen dat de verpleegkundige antibiotica gaat toedienen via het perifeer infuus, terwijl zij hierover niets tegen de patiënt zegt.

Tijdens de ADL

Tijdens de ADL komt het dikwijls voor dat verpleegkundigen de patiënt niet informeren. Ook de uitvoering hiervan lijkt voor de verpleegkundigen dagelijkse routine. Een handeling is voor de verpleegkundige snel uitgevoerd, maar voor de patiënt kan het grote impact hebben dat zij ineens hulpbehoevend zijn. Als de verpleegkundige geen uitleg geeft over wat er gaat gebeuren, weet de patiënt niet waar hij aan toe is met als gevolg dat de patiënt minder zelfvertrouwen kan krijgen. Op deze manier weerhoudt dat de patiënt om ervaringen met de verpleegkundige te delen.

Twee verpleegkundigen zijn bezig met de ADL van een patiënt. Eén van de verpleegkundigen (R4) staat bij de wasbak en de andere aan bed als de patiënt aangeeft dat zij pijn heeft bij het urineren. De verpleegkundige bij de wasbak zegt tegen de andere verpleegkundige dat zij even in de schaamstreek moet kijken of daar iets te zien is. De verpleegkundige bekijkt de schaamstreek aandachtig zonder de patiënt te informeren.

Aanwezigheid van meerdere disciplines

De patiënt wordt niet betrokken tijdens een handeling

Opvallend tijdens de observaties was dat als er twee disciplines in de kamer van de patiënt bezig zijn met een bepaalde handeling, de patiënt vergeten wordt en er over de patiënt heen gepraat wordt over het handelen. De verpleegkundigen zien de patiënt op dat moment niet staan, kunnen geen signalen opvangen, kunnen de zorg niet afstemmen of de patiënt erkennen. Zo overleggen collega's onderling wat het beste is, maar richten zich niet tot de patiënt. Dit is voor de patiënt een

belemmering. Op deze manier wordt de patiënt niets gevraagd en kan hij geen inspraak hebben of zijn ervaringen delen.

De verpleegkundigen (R4) hebben het er in de patiëntenkamer onderling over dat de patiënt eigenlijk iets hoger in bed moet liggen. Zij spreken af dat ze de drie-punt techniek gaan toepassen. Dan pakt een verpleegkundige de controller van het bed, legt de patiënt plat in bed en zet het bed in lichte trendelenburg stand. De andere verpleegkundige pakt het kussen onder het hoofd van de patiënt en legt het wat hoger in bed. De patiënt zegt: 'Het kussen ligt zo niet goed, hoor'.

Deze illustratie impliceert dat de patiënt niet op de hoogte is gebracht van wat er gaat gebeuren.

De patiënt heeft gelijktijdig meerdere aandachtspunten

De onderzoeker heeft meerdere keren gesignaleerd dat de patiënt ineens meerdere zaken tegelijk heeft waar hij zijn aandacht op moet vestigen. De onderzoeker ziet dat de aandacht van de patiënt wordt afgeleid en dat hij geen aandacht meer kan schenken aan de andere situatie. Dit gaat ten koste van het delen van ervaringen omdat de patiënt op dat moment even geen inspraak kan hebben omdat zijn aandacht gefocust is op iets anders en er geen afstemming van zorg heeft plaatsgevonden. De verpleegkundigen zijn zich er waarschijnlijk op dat moment niet bewust van dat de patiënt zijn aandacht splitst.

De prikdienst is bij een patiënt op de kamer bezig om bloed af te nemen (R4). Dan komen de artsen voor de visite binnen (totaal zes personen). De arts-assistent begint een conversatie met de patiënt en de patiënt stelt vragen aan de arts. Tegelijkertijd gaat de prikdienst door met het afnemen van bloed. Dan komt de voedingsassistente binnen en vraagt waar zij de maaltijd van de patiënt kan neer zetten.

Drie verschillende disciplines vragen iets van de patiënt. De onderzoeker ziet bij de patiënt dat hij het belangrijk vindt om zijn vragen te kunnen stellen aan de arts. Dat is de eerste prioriteit. Maar op het bloedprikken kan hij zich niet meer focussen, dat laat hij aan zich voorbijgaan en hij schenkt er geen aandacht meer aan.

Interviews

Definitie van verpleegkundigen van het delen van patiëntervaringen

Alle respondenten zijn het erover eens dat het delen van patiëntervaringen betekent dat de patiënt over diverse zaken tegen de verpleegkundige vertelt. De één zegt dat de patiënt zijn verhaal in vertrouwen kwijt moet kunnen, de ander zegt dat hij alles mag zeggen waar hij mee zit, weer een ander zegt dat de patiënt vertelt wat hij van de verpleegkundige wil zodat hij een idee krijgt van wat verpleegkundigen voor hem kunnen betekenen en de laatste respondent zegt dat het delen van patiëntervaringen erg breed is.

"Delen van patiëntervaringen is heel breed. Dat kan van koetjes en kalfjes tot heel diepgaande gesprekken gaan." (Respondent 5).

Wat verpleegkundigen belangrijk vinden in de omgang met de patiënt

De relatie tussen verpleegkundige en patiënt

De antwoorden van de respondenten zijn uiteenlopend. Correct blijven in de omgang vindt één van de respondenten erg belangrijk. Geen stemverheffingen of boosheid. Een andere respondent benoemt dat zij het belangrijk vindt om op een lijn te zitten. Een goede verstandhouding. Weer een andere respondent benoemt dat het gevoel van veiligheid bij de patiënt voor haar het belangrijkste is. Ook vindt één van de respondenten het aanvoelen van elkaar belangrijk en geeft zij aan dat zij weleens vraagt naar hoe het met de patiënt gaat omdat zij daar oprecht in geïnteresseerd is.

"In de omgang vind ik het belangrijk dat we elkaar aanvoelen. Ik kan wat betekenen en de patiënt weet dat ook." (Respondent 4).

Ook laat een verpleegkundige weten dat vooral het luisteren van belang is. De laatste respondent geeft aan dat zij luisteren, serieus nemen en de wisselwerking het belangrijkste vindt. Met wisselwerking bedoelt zij dat er soms een grapje gemaakt kan worden, maar dat er ook serieuze gesprekken plaatsvinden.

De verpleegkundige verschaft duidelijkheid aan de patiënt tijdens de handeling

Meer dan de helft van de verpleegkundigen geeft aan dat zij het belangrijk vinden de patiënt te informeren over wat er gaat gebeuren. Een respondent vertelt dat zij dit ook bij iedere handeling probeert te doen. Een andere respondent zegt dat je soms wel kort mag zijn in je antwoorden aan de patiënt, zodat het duidelijk is wat je van hem vraagt.

"Als iemand je aandacht blijft trekken, mag je er best iets van zeggen, want je hebt ook nog andere patiënten voor wie je voor moet zorgen." (Respondent 3).

De patiënt het vertrouwen geven

Een verpleegkundige laat weten dat zij het belangrijk vindt om mensen een vertrouwd gevoel te geven.

"Dat kan gewoon door medeleven te tonen, een grapje te maken, een gesprek te voeren en door te laten merken dat je er voor ze bent." (Respondent 5).

De andere verpleegkundige zegt dat zij de patiënt vertrouwen geeft door te complimenteren en niet te kleineren.

De verpleegkundige verplaatst zich in de patiënt

Twee verpleegkundigen vergelijken de manier van benaderen van patiënten. De één zegt dat iedere patiënt uniek is en zij benadert patiënten alsof het haar eigen moeder is. Op die manier gaat zij 100% voor de patiënt en wil zij weten wat hen bezig houdt. De andere verpleegkundige maakt de associatie met zichzelf.

"Ik probeer altijd te denken: Wat als ik zelf in dat bed zou liggen?" (Respondent 5).

Aandacht voor ervaringen van de patiënt tijdens het opnamegesprek

Twee verpleegkundigen benoemen dat zij aandacht besteden aan ervaringen van de patiënt gedurende het opnamegesprek. Daarna rapporteren zij de ervaringen aan andere collega's. Een andere verpleegkundige laat weten dat zij probeert ervaringen serieus te nemen en ze te benoemen in het opnamegesprek.

"Ik moet eerlijk zeggen dat ik ze wel benoem als ik een patiënt opneem." (Respondent 4).

Opvallend hierbij is dat verpleegkundigen vooral bij opname lijken te denken aan ervaringen van de patiënt en niet meer gedurende de opname.

Omgang met non-verbale signalen

De verpleegkundige vult non-verbale signalen in

Uit het interview blijkt dat sommige verpleegkundigen zelf beslissen of zij op non-verbale signalen ingaan of niet. Zij zijn met de patiënt in contact en merken het non-verbale signaal op. Dan vullen zij voor de patiënt in of de patiënt er op dat moment baat bij heeft als zij hierop reageren.

"Ik kan me voorstellen dat als de patiënt alleen mimiek toont, dat je dit soms negeert. Als het niet dringend is, kun je er later op terugkomen." (Respondent 4).

Uit dit citaat blijkt dat de verpleegkundige voor de patiënt invult of het non-verbale signaal dringend genoeg is.

Non-verbale signalen van beide kanten

Eén verpleegkundige zegt stellig dat zij het wel aan iemand ziet als hij een non-verbaal signaal uitzendt. Later in het interview zegt zij dat zij beseft dat collega's ook non-verbale signalen uitzenden naar de patiënt. Zij noemt als voorbeeld dat collega's kunnen uitstralen dat de patiënt hen stoort door te bellen. Een andere respondent zegt dat zij altijd benoemt wat haar opvalt en daarop doorvraagt. Weer een andere respondent is zich bewust van het feit dat zij uitstraalt dat ze het druk heeft. Zij heeft dan het idee dat zij de patiënten geen veilig gevoel kan geven.

"Door mijn gezichtsuitdrukking kunnen patiënten zien dat ik het druk heb. Dat vind ik moeilijk. Ik wil niet dat een patiënt aan mij kan zien of ik het druk heb." (Respondent 2).

De verpleegkundige zoekt balans

Een verpleegkundige zegt dat zij vaak op zoek is naar balans. Zij zegt dat zij soms als verpleegkundige voor de patiënt moet inschatten wat wel en niet wenselijk is en af en toe patiënten in bescherming moet nemen. Ook is zij op zoek naar balans tussen het serieus nemen van de patiënt en het doorzetten in sommige situaties.

"Je moet haar natuurlijk wel serieus nemen, want je moet wel kijken dat je daar de balans tussen vindt. Niet dat je alleen gaat pushen en dat je vergeet wat die mevrouw zegt of doet. Dat is ook wel heel belangrijk." (Respondent 3).

Aansluiten bij de patiënt

De verpleegkundige reageert op vragen

Enkele verpleegkundigen geven aan dat zij het liefst zo snel mogelijk willen reageren op vragen die een patiënt stelt. Meerdere verpleegkundigen geven aan iemand anders in te schakelen als zij geen antwoord kunnen geven op de vraag.

"De vragen die een patiënt stelt, probeer ik te beantwoorden. Kan ik dat niet, dan vraag ik het aan de arts." (Respondent 5).

Dit citaat impliceert dat het vooral gaat om vragen over beleid of ziekte en niet over emotie of gevoel. Daarnaast vinden enkele verpleegkundigen het belangrijk om te laten zien dat zij iets doen met de vraag van de patiënt. Zij zorgen ervoor er later op terug te komen indien nodig.

"Als je erop terugkomt, voelen de patiënten zich begrepen, dat zie je aan het gezicht." (Respondent 3).

De patiënt serieus nemen

Het serieus nemen van de patiënt wordt vaak genoemd; de patiënt voelt zich daardoor erkend volgens de respondenten. De respondenten zeggen dat ook luisteren naar patiënten daaraan bijdraagt. Eén respondent geeft aan dat zij de patiënt serieus neemt door onder andere te laten zien dat zij de patiënt bevestigt.

"Door te bevestigen laat ik zien dat ik de patiënt serieus neem door de vragen te stellen: Ja, dat snap ik en ik zie het." (Respondent 4)

Verpleegkundigen achterhalen de behoeften

De respondent sluit aan bij de behoeften door in rapportages te lezen welke hulpvraag de patiënt heeft. Zo weet de respondent wat zij voor de patiënt kan betekenen.

"Ik inventariseer in de ochtend al met het lezen. Wie is deze patiënt en welke hulpvraag heeft hij? Wat moet ik voor een patiënt betekenen?" (Respondent 1).

Weer een andere respondent zegt dat om te kunnen aansluiten bij de behoefte van de patiënt je eerst moet achterhalen wat deze behoeften zijn. Zij stelt dat daarachter komen lastig is vanwege de over het algemeen korte ligduur.

De verpleegkundige stelt vragen

Het merendeel van de respondenten zegt aansluiting te vinden door het stellen van vragen. Eén respondent zegt aansluiting te vinden door zoveel mogelijk in te gaan op de wensen van de patiënt. De respondent zegt de wensen van de patiënt te achterhalen door vragen te stellen. Een andere respondent zegt vooral kleine dingen te vragen.

"Aansluiten bij de behoefte doe ik ook door te vragen wat ik kan betekenen. Vooral de kleine dingen vraag ik, zoals: Moet ik een washandje in de badkamer leggen?" (Respondent 1).

Bewustwording

Ervaringskennis van de verpleegkundige

Een respondent heeft zelf de ervaring gehad in het ziekenhuis te liggen. Zij zegt toen gemerkt te hebben hoe fijn het is als patiënten van te voren weten wat er gaat gebeuren. Zij zegt ook te hebben ervaren hoe het niet moet.

"Ik heb zelf in het ziekenhuis gelegen, dus dan heb je ook de ervaringen over hoe het niet moet." (Respondent 5).

Impact op de patiënt

Een andere respondent is erg bezig met bewustwording. Zij zegt dat er te weinig wordt stilgestaan bij hoe het met de patiënt gaat en wat voor impact de opname heeft op de patiënt.

"Vroeger was ik meer bezig om het vak Orthopedie te leren. Nu is een heup of knie voor mij zoiets als een bloedneus, terwijl het voor de patiënt heel veel impact heeft." (Respondent 2).

Patiënten geven niet altijd spontaan aan wat er speelt

Na het voorhouden van een spiegel in het interview beseft een andere verpleegkundige dat patiënten niet altijd spontaan aangeven wat er speelt.

"Ik vind dit heel vervelend. Je wordt weer weggeroepen en je denkt: dat been zal wel goed liggen want ze zegt er niets over. Maar eigenlijk ben je te snel weg." (Respondent 2).

Aandacht verdelen onder patiënten

Een andere verpleegkundige geeft aan dat zij het lastig vindt aandachttrekkende patiënten te laten wachten. Ze is geneigd deze patiënten meer aandacht te geven dan patiënten die geen aandacht trekken.

"Ik had meer aandacht moeten besteden aan die patiënt met pijn, maar de buurvrouw trok alle aandacht naar zich toe, daar was ik door afgeleid." (Respondent 3).

Handelingen automatisch uitvoeren

Een verpleegkundige laat weten dat zij merkt handelingen soms te snel te willen uitvoeren. Zij is dan bezig met een handeling die voor haar heel normaal is en vergeet dan de patiënt erover te informeren. Een andere verpleegkundige zegt dat sommige handelingen voor haar heel normaal zijn, terwijl de patiënt niet weet waar het over gaat als dat niet wordt verteld.

"Soms denk ik: ik heb al bijna iemand geprikt voordat ik heb uitgelegd waarvoor het is." (respondent 3).

Werken onder hoge werkdruk

De meeste verpleegkundigen vinden dat zij door de werkdruk onvoldoende aandacht kunnen besteden aan de patiënt tijdens diens begeleiding. Meerdere verpleegkundigen benadrukken dat zij sommige dingen moeten afraffelen. Dit leidt ertoe dat de verpleegkundige soms de keuze van de patiënt probeert te sturen. Zij vindt het wel belangrijk dat de patiënt een keus heeft, maar als het de patiënt niet veel uitmaakt, zal zij hierin sturing geven. De verpleegkundige zegt dat het lastig is de patiënt te erkennen als het druk is. Ook wordt er gezegd niet fijn in gesprek te zitten met de patiënt als er nog van alles te doen is. De verpleegkundige zegt dat het soms al lastig is in de dienst te voldoen aan de taken en dat het dan niet lukt rustig bij iemand te gaan zitten.

"Ik heb niet altijd de tijd om met iemand te kletsen. Sommige collega's zeggen: Dan moet je die tijd maken. Maar dat is niet reëel, want zo werkt het in de praktijk gewoon niet" (Respondent 1).

4.2.2 Deelconclusie

De deelvraag waarop in deze paragraaf antwoord wordt gegeven is:

Hoe gaan verpleegkundigen om met ervaringen van patiënten en hoe denken de verpleegkundigen dat ze dat doen?

Na de resultaten uit de observaties beschreven te hebben, kan de onderzoeker concluderen dat verpleegkundigen wisselend omgaan met ervaringen van patiënten. De verbale communicatie tussen patiënt en verpleegkundige verloopt goed; de verpleegkundige antwoordt keurig op verbale hulpvragen. De verpleegkundige vraagt zich echter niet zichtbaar af of er een vraag achter de vraag schuilt. Daarnaast wachten zij na een vraag gesteld te hebben het antwoord van de patiënt niet altijd af, vullen zij zelf in of de patiënt wel of niet iets nodig heeft, worden non-verbale signalen soms over het hoofd gezien en vergeten zij met regelmaat de patiënt te informeren bij het uitvoeren van een handeling. Dit kan erop wijzen dat verpleegkundigen werken op de automatische piloot en zich niet meer bewust zijn van de situatie of handeling waar zij op dat moment mee bezig zijn. Aan de andere kant besteden zij op sommige momenten wel extra aandacht aan de patiënt, worden er non-verbale signalen opgevangen en vindt afstemming plaats tussen verpleegkundige en patiënt. Het komt echter ook voor dat zij vanwege de aanwezigheid van meerdere disciplines op de patiëntenkamer de patiënt niet betrekken in besluitvorming of handeling; de patiënt heeft tegelijkertijd meerdere focuspunten en moet zijn aandacht verdelen. Dit kan ten koste gaan van inspraak van de patiënt, aansluiting en afstemming van zorg.

Na de resultaten uit de interviews beschreven te hebben, kan de onderzoeker concluderen dat een duidelijk beeld is ontstaan over hoe verpleegkundigen denken om te gaan met patiëntervaringen. Alle respondenten zijn het erover eens dat het delen van patiëntervaringen betekent dat de patiënten over diverse zaken tegen de verpleegkundige vertelt. Aansluiting bij de patiënt wordt

behaald door ernaar te vragen, de patiënt serieus te nemen en behoeften te achterhalen. De verpleegkundigen vinden zowel de relatie met de patiënt als het informeren van de patiënt belangrijk. Aandacht voor ervaringen van de patiënt lijkt er alleen te zijn tijdens het opnamegesprek en niet gedurende de opname. Tevens blijkt dat verpleegkundigen weleens non-verbale signalen van de patiënt op urgentie beoordelen. Zij besluiten of op dat moment te reageren of reactie uit te stellen. De verpleegkundigen worden zich bewust van bepaalde zaken, namelijk dat informeren van de patiënt niet altijd gebeurt, dat zij de impact op de patiënt niet altijd goed inschatten, dat patiënten niet altijd spontaan aangeven wat er speelt, dat aandacht verdelen onder patiënten lastig is, dat zij handelingen soms automatisch uitvoeren en dat ook zij non-verbale signalen uitzenden naar de patiënt. Zij denken vooral dat zij uitstralen het druk te hebben. Bovendien benoemen de verpleegkundigen soms te werken onder een hoge werkdruk. In dat geval is er onvoldoende aandacht voor de patiënt, hebben zij het idee dat ze handelingen afraffelen, willen zij werkzaamheden af hebben en de keuze van de patiënt sturen als het de patiënt niet uitmaakt.

Overeenkomsten en verschillen tussen de observaties en de interviews

Na de resultaten van de observaties en de interviews vergeleken te hebben, kan gezegd worden dat de verpleegkundigen een aardig beeld hebben van de realiteit. Er zijn verschillen en overeenkomsten gevonden. Sommige verpleegkundigen zijn zich ervan bewust handelingen soms te snel uit te voeren zonder erbij na te denken hoe dit overkomt bij de patiënt, hetgeen overeenkomt met de observaties in de praktijk. Enkele verpleegkundigen weten ook dat zij zich meer bewust moeten zijn van de impact van sommige handelingen op de patiënt. De verpleegkundigen geven aan dat zij het informeren van de patiënt belangrijk vinden, maar zij passen dit in de praktijk niet altijd toe. Uit de observaties is gebleken dat verpleegkundigen non-verbale situaties 'over het hoofd zien'. Uit de interviews blijkt nu dat sommige verpleegkundige er bewust voor kiezen niet in te gaan op het non-verbale signaal. Uit de interviews blijkt dat verpleegkundigen het afhebben van de werkzaamheden boven voldoende aandacht aan de patiënt stellen. Tevens laten verpleegkundigen in het interview weten dat zij zich ervan bewust zijn ook non-verbale signalen uit te zenden. De onderzoeker kan uit de observaties niet opmaken hoe patiënten hiermee omgaan.

4.3 Deelonderzoek aanbevelingen

Welke aanbevelingen hebben patiënten, verpleegkundigen en de literatuur met betrekking tot het delen van patiëntervaringen?

4.3.1 Deelonderzoek aanbevelingen patiënten - Jessica van den Hurk

Persoonlijk gesprek

Om het delen van ervaringen van patiënten te verbeteren, is de meerderheid van de respondenten van mening dat verpleegkundigen vaker een persoonlijk gesprek met de patiënt moeten aangaan. Dit persoonlijk gesprek kan gaan over hoe de patiënt zich voelt of hoe de thuissituatie eruit ziet. Ze geven hierbij aan dat verpleegkundigen hiervoor niet perse tijd hoeven te maken maar dat dit ook kan tijdens het eten brengen of tijdens de bloeddruk meten. Naast het aangaan van een persoonlijk gesprek, geven een aantal respondenten aan dat verpleegkundigen in dat persoonlijk gesprek meer kunnen doorvragen om het delen van ervaringen te stimuleren.

R: "Ik denk wel iets meer vragen hoe het in de thuissituatie is, dan kom je denk ik al heel veel te weten. En op die manier denk ik ook dat de verpleegkundige de patiënt eerder kan begrijpen. Ja ik denk wel dat dat goed is, althans ik vind dat belangrijk. Ja gewoon naar hobby's vragen of ja.. het is maar een gesprek van 2 minuten dat kan al heel veel doen bij de patiënt" (respondent 4, 2015)

Actief luisteren

Om ervaringen van patiënten te delen moet volgens de respondenten meer actief geluisterd worden. Bij actief luisteren is er oogcontact en laat de verpleegkundige merken (ja knikken, doorvragen) dat ze luistert. Dit wordt ook genoemd door respondent 3: verpleegkundigen moeten meer oogcontact maken en regelmatig met hun hoofd knikken tijdens het communiceren om te laten zien dat ze begrijpen wat de patiënt bedoelt. Respondent 1 geeft aan dat een luisterend oor en interesse het vertrouwen bij de patiënt verhoogt.

R: "Nou in ieder geval een weerwoord geven, reageren op het verhaal" (respondent 1, 2015)

Actief kijken

Met betrekking tot het opmerken van non-verbale signalen moeten verpleegkundigen volgens de respondenten gericht naar patiënten kijken om beter signalen te kunnen opvangen. Respondent 3 vindt dat verpleegkundigen moeten kunnen inschatten hoe de patiënt zich voelt; beter kijken naar hoe de patiënt eruit ziet en/of hoe die patiënt erbij zit.

R: "Ja.. ik vind wel dat de verpleegkundigen gericht moeten kijken.. [...] Het gaat erom wat iemand zegt en hoe iemand het zegt.. en dan goed kijken naar de ogen, beginnen die te schitteren of gaan ze triester kijken.. en kun je daarop inspringen.." (respondent 5, 2015)

Bijdrage patiënt

De respondenten gaven aan dat het delen van ervaringen ook vanuit de patiënt moet komen door zelf hun ervaring kenbaar te maken.

R: "Ja in ieder geval als het nodig is erover praten, mijn ervaringen delen en niet zelf mee blijven zitten" (respondent 1, 2015)

Terugkoppeling na verbale signalen

Wanneer gekeken wordt naar het opvangen van verbale signalen geven respondenten aan dat dit verbeterd kan worden door eerder te reageren of actie te ondernemen op vragen van patiënten. Respondenten geven aan dat je als patiënt wil weten waar je aan toe bent. Patiënten vinden het belangrijk dat verpleegkundigen tijdig terugkoppelen.

R: "Ja..ze zouden mijn uitslag van mijn bloed komen vertellen en toen zeiden ze half 10 kwart voor 10 is de uitslag wel binnen.. en nu is het kwart voor 12 en heb nog niets gehoord..

I: "Dus u wilt weten waar u aan toe bent?"

R: "Ja precies, als ze dan zeggen dat het wat later wordt dan is dat niet erg.. [...]" (respondent 8, 2015)

Meer rust en tijd voor verpleegkundigen

Het was opvallend dat veel respondenten aangaven dat je als patiënt niet altijd de verpleegkundige kwalijk moet nemen niet continu aandacht te kunnen geven aan hun patiënten. Een aantal respondenten is dan ook van mening dat verpleegkundigen meer rust en tijd moeten krijgen om goed te kunnen luisteren naar de patiënt en om beter signalen op te kunnen merken bij de patiënt.

R: "Ja, dat ze dan inderdaad meer rust hebben en dat ze dan meer om zich heen kunnen en moeten kijken om die signalen op te merken" (respondent 1, 2015)

4.3.2 Deelonderzoek aanbevelingen verpleegkundigen - Aniek Adams

Evaluëren over en met de patiënt

Eén respondent geeft aan dat evalueren beter kan. Zij vertelt dat voorheen verpleegkundigen onderling weleens de dienst evalueerden. Dan ging het vaak over de werkdruk maar niet over het gegeven of je wel had voldaan aan de behoeften van de patiënt. De respondent denkt dat die evaluatie gericht kan over het welzijn van patiënten.

Ook vertelt deze verpleegkundige dat het waardevol is meer navraag te doen bij een patiënt over de zorg die hij of zij gehad heeft.

"Patiënten erbij betrekken en ik denk ook meer navraag doen naar datgene wat ik nu gedaan heb, zoals: sluit dat aan? Heb je de zorg gehad die je nodig had? Meer evalueren denk ik met de patiënt. Er wordt te weinig mee gepraat. We zijn allemaal maar bezig en druk enzo he? Ik denk dat we beter met de patiënt kunnen praten." (Respondent 4).

Brainstormen met collega's

Eén respondent benoemt dat het een idee is om onderling met collega's te brainstormen over de signalen die een patiënt uitzendt. De respondent benoemt dat nu vaak 'geroddeld' wordt over het opmerkelijke gedrag van een patiënt. Brainstormen kan een positieve invloed hebben op verpleegkundigen en patiënten.

"Dus dingen die je signaleert met collega's bespreken en zeggen: goh wat kunnen wij daar aan doen of waarom gebeurt dit en waar kan het vandaan komen?" (Respondent 2).

Attenderen op eigen gedrag

Eén respondent benoemt dat je het niet zelf door hoeft te hebben als een patiënt een signaal uitzendt. Daar kunnen je collega's je op attenderen.

"Je moet er eerst op geattendeerd worden wat je wel of niet goed doet. Soms heb je het namelijk helemaal niet in de gaten dat je iets wel of niet doet of dat je bijvoorbeeld een patiënt weinig aankijkt of juist heel veel. Ik denk dat dat een bepaald bewustwordingsproces is." (Respondent 4).

Rapporteren over emoties

Meerdere respondenten geven aan dat het wellicht helpt als verpleegkundigen meer rapporteren over de emoties van de patiënt. De respondenten laten weten dat hiervan weinig gebruik gemaakt wordt (Verpleegkundigen rapporteren via de ABCD-methodiek. De 'D' staat voor: psyche, familie en naasten, waar onder andere de emoties gerapporteerd worden).

"Onder de 'D' wordt zelden iets beschreven over de emoties. Ik denk als collega's verplicht de 'D' in moeten gaan vullen, dat ze bewuster omgaan met wat er leeft in de patiënt." (Respondent 1).

Enquêteren op de afdeling

Eén respondent geeft aan dat de enquêtes die de patiënt in de huidige situatie mag invullen niet erg effectief zijn. De respondent zegt dat meestal positieve dingen op de enquête benoemd staan en dat het voor de patiënt misschien een hoge drempel is om ook negatieve feedback te geven. Negatieve feedback die er wel opstaat, is meestal praktisch van aard. De respondent laat blijken dat uit de enquêtes meer feedback behaald kan worden.

"Die worden best wel vaak ingevuld. De negatieve dingen die er dan opstaan zijn vaak praktisch, zoals de deur sluit niet goed. Over ons wordt er altijd met lof gesproken. Maar dan denk ik het mag ook wel eens negatief zijn. Er zijn altijd mensen die negatieve ervaringen hebben. Maar ik denk toch dat dat voor patiënten een hoge drempel is op een of andere manier." (Respondent 5).

4.3.3 Deelonderzoek literatuurstudie - Gezamenlijk

De zoekvraag die opgesteld is luidt als volgt:

Wat kunnen verpleegkundigen volgens de literatuur doen om het delen van patiëntervaringen te bevorderen?

Resultaten zoekvraag 2

In deze zoekvraag wordt gezocht naar literatuur die beschrijft wat verpleegkundigen kunnen doen om het delen van patiëntervaringen te bevorderen. Volgens van Heijst (2008) is de eerste stap: het zien staan/erkennen van de patiënt en opmerken dat de patiënt non-verbaal of verbaal een signaal uitzendt dat vraagt om aansluiting en afstemming. Ook wel het appèl genoemd (van Nistelrooy, 2013). Als de verpleegkundige het appèl opmerkt, kan zij hier iets mee doen door bijvoorbeeld met de patiënt in gesprek te gaan en te luisteren. De patiënt krijgt hierdoor de mogelijkheid om zijn ervaringen te delen met de verpleegkundige.

De eigenschap om dergelijke signalen op te pikken, is volgens van Nistelrooy (2013) een eigenschap die verpleegkundigen goed kunnen gebruiken in de zorg. Als er niet wordt opgemerkt dat patiënten zorg nodig hebben, kan er volgens de theorie van Tronto (geciteerd in van Nistelrooy, 2013) geen zorg verleend worden. Dit wordt ook wel 'patient-centereded communication (PCC)' genoemd (Epstein, Franks, Fiscella, Shields, Meldrum, Kravitz en Duberstein, 2005). Volgens Epstein et al., 2005 kan PCC verpleegkundigen helpen bij het afstemmen van de zorg op de waarden, behoeften en voorkeuren van de patiënt (patiëntgerichte zorg). PCC hangt nauw samen met de eerste stappen van Tronto. Tronto heeft het zorgproces in vier verschillende fasen ingedeeld. De vier verschillende fasen zijn:

- Oog hebben voor (Caring about)
- Ervoor zorgen dat (Taking care of)
- Zorgen (Care-giving)
- Ontvangen van zorg (Care receiving)

De eerste stap: 'oog hebben voor' betekent dat de verpleegkundige moet zien dat er een behoefte of een nood aan zorg is. De verpleegkundige moet de behoefte herkennen en erkennen en constateren dat hierin moet worden voorzien. Als de verpleegkundige niet door heeft dat het een zorgvraag betreft, kan simpelweg het zorgen niet beginnen (Tronto geciteerd in van Nistelrooy, 2013). In de tweede fase gaat het volgens Tronto (geciteerd in van Nistelrooy, 2013) om het scheppen van de randvoorwaarden om zorg uit te kunnen voeren en verantwoordelijkheid te nemen om te zorgen. Zorgen, de derde fase van Tronto (geciteerd in van Nistelrooy, 2013) gaat over de fysieke inspanning en het handelen. Dit is de fase waar de confrontatie tussen zorg geven en zorg ontvangen elkaar kruist. De laatste fase is het ontvangen van de zorg of het reageren op de zorg. In deze fase wordt bekeken of de zorgvraag wel op de juiste manier is uitgevoerd/behandeld (Tronto geciteerd in van Nistelrooy, 2013).

In dit onderzoek draait het om de eerste fase van Tronto, het zien/opmerken van een zorgvraag, een appèl of een signaal. Dit is een wisselwerking; de patiënt wil dat hij gezien wordt (erkenning), maar de verpleegkundige is ook graag op de hoogte van de behoeften en gevoelens van de patiënt om hier uiteindelijk de zorg op af te kunnen stemmen (van Heijst, 2008). Het delen van patiëntervaringen is volgens de studies van Tronto (geciteerd in van Nistelrooy, 2013) en Andersson en Olheden (2012) essentieel voor goede zorg. Daarbij is het van belang dat de patiënt vertrouwen heeft in de

verpleegkundige (Dulewicz & Assem, 2013). Naast vertrouwen is ook mondigheid van de patiënt noodzakelijk om over de drempel te stappen en de ervaringen met de verpleegkundigen te delen (van Egmond, Heerings & Munnichs, 2014).

Om het delen van ervaringen te bevorderen in de praktijk is het belangrijk dat verpleegkundigen een methode of instrument hebben om dit te kunnen realiseren. De projectgroep heeft twee methoden die tijdens de literatuurstudie naar voren kwamen verder geanalyseerd en hieronder uitgebreider beschreven.

Binkhorst (2008) beschrijft de methode 'shadowing' om patiëntenparticipatie te bevorderen. Deze methode werkt hulpvaardig om feedback te verkrijgen van patiënten en geeft de verpleegkundige inzicht in het patiëntperspectief. Shadowing is een methode waarbij een observator gedurende de opname met een patiënt meeloopt. Op deze manier krijgt de observator een beeld van de beleving, situatie en knelpunten van de patiënt. Shadowing wordt volgens Binkhorst (2008) als een interessante methode ervaren, de observator krijgt bijvoorbeeld inzicht in de knelpunten in de overdracht van zorg. Daarbij kan er direct gezien worden hoe informatie op de patiënt overkomt.

Naast bovenstaande methode van Binkhorst (2008) beschrijven Jangland, Carlsson, Lundgren en Gunningberg (2011) dat er nog een andere mogelijkheid is om de patiënt meer te laten betrekken in hun persoonlijk zorgproces. Hierbij is het de bedoeling dat patiënten opschrijven wat zij belangrijk vinden voor die dag en wat zij van belang vinden voordat ze met ontslag gaan. Hierdoor zijn de zorgverleners op de hoogte van wat de patiënt belangrijk vindt en wat de patiënt nodig heeft. Wanneer mensen deze doelen dagelijks op een kaartje schrijven wordt dit een Tell-us card genoemd. Het doel van deze studie was om te onderzoeken wat de gevolgen zijn van het gebruik van de 'Tell-us card' op kwaliteit van zorg gezien vanuit de patiënt. De focus ligt hierbij met name op de patiëntbetrokkenheid. Een ander doel was om te bepalen of het gebruik van de Tell-us card in de praktijk werkt. In het onderzoek van Jangland et al., (2011) wordt aangetoond dat door de Tell-us card de patiëntbetrokkenheid en patiëntenparticipatie aanzienlijk wordt verbeterd. Verder draagt de tell-us card bij aan de beslissingen van de patiënt rondom de zorg. De patiënten vonden de Tell-us card vooral nuttig in hun omgang met de verpleegkundigen en verzorgenden. Het gebruik van de Tell-us card, waarop de patiënt kan aangeven wat hij/zij belangrijk vindt, draagt dus bij aan de participatie van de patiënt in hun persoonlijk zorgproces.

4.3.4 Deelconclusie

De deelvraag waarop in deze paragraaf antwoord gegeven wordt:

Welke aanbevelingen hebben patiënten, verpleegkundigen en de literatuur met betrekking tot het delen van patiëntervaringen?

Aanbevelingen van patiënten en verpleegkundigen overlappen elkaar enigszins. Patiënten geven enkele punten aan die voor verbetering vatbaar zijn. Eén daarvan betreft het persoonlijk gesprek. Patiënten hebben in een gesprek met verpleegkundigen meer behoefte aan praten over de patiënt als persoon en zijn gevoelens en niet alleen over de opname. Volgens patiënten zou dit kunnen plaatsvinden tijdens de verpleegkundige werkzaamheden. Naast het persoonlijk gesprek vinden patiënten het ook van belang dat verpleegkundigen laten merken dat ze luisteren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door regelmatig 'ja' te knikken of een weerwoord te geven als bevestiging dat het duidelijk is. Door dit te doen, krijgen patiënten het gevoel dat ze begrepen worden en neemt het vertrouwen in verpleegkundigen toe. Patiënten geven aan het prettig te ervaren als verpleegkundigen in samenhang met actief luisteren ook actief kijken naar de patiënt. Door gericht te kijken kan een signaal beter of sneller opgemerkt worden. Met gericht kijken bedoelen patiënten dat verpleegkundigen op houding en uitdrukking van de patiënt moeten letten. Een ander aandachtspunt uit de interviews is de lange wachttijd tot terugkoppeling op vragen van patiënten.

Patiënten geven aan soms lang te moeten wachten op een antwoord of actie op een vraag. Eerdere communicatie over de status van de vraag zou fijn zijn. Zo weet de patiënt waar hij aan toe is. Tot slot vinden patiënten dat verpleegkundigen meer rust en tijd moeten krijgen om de nodige aandacht te kunnen geven.

Na de resultaten uit de interviews met verpleegkundigen beschreven te hebben, kan de onderzoeker enkele punten benoemen ter aanbeveling. De bestaande enquêtes op de afdeling kunnen effectiever benut worden. Daarnaast is het aan te bevelen dat collega's brainstormen en met de patiënt praten om de zorg te evalueren en te beschouwen wat beter kan. Tevens vindt een respondent het waardevol om collega's te attenderen op hun gedrag naar de patiënt toe; collega's kunnen daarvan leren en hun gedrag aanpassen. Ten slotte wordt benoemd dat rapporteren op emotioneel gebied beter kan. Daardoor zijn collega's zich meer bewust van wat er in de patiënt omgaat.

Resultaten uit de literatuur hangen nauw samen en leggen onder andere de focus op het afstemmen van zorg op de wensen en behoeften van de patiënt. Om het delen van patiëntervaringen te bevorderen, is het belangrijk dat verpleegkundigen het appèl van de patiënt opvangen of hier actief naar op zoek gaan. Verder zijn erkenning, vertrouwen en mondigheid van de patiënt noodzakelijk om ervaringen te delen. Voor wat betreft de methodiek om het delen van ervaringen te bevorderen, kan de projectgroep opmaken dat bovenstaande methoden gericht zijn op de relatie tussen verpleegkundige en patiënt. Om deze relatie te bevorderen, worden twee methoden beschreven. Shadowing is een goede methode om erachter te komen hoe de patiënt de opname ervaart en waar de knelpunten zitten betreffende de zorg. Een nadeel van deze methode is dat het veel tijd kost en er maar één patiënt tegelijk door de verpleegkundige geobserveerd kan worden. Een andere meer aantrekkelijke methode is de tell-us card. De tell-us card geeft inzicht in de wensen en voorkeuren van de patiënt. Een bijkomstig voordeel is dat de tell-us card een eenvoudig en voordelig instrument is in het streven naar patiëntparticipatie.

De punten die overeenkomen tussen de aanbevelingen van patiënten, verpleegkundigen en de literatuurstudie is dat voor het bevorderen van het delen van patiëntervaringen het opvangen van een appèl belangrijk is. Als de verpleegkundige het appèl niet opmerkt, moet zij hier actief naar gaan zoeken. Dit is wat patiënten in hun aanbevelingen ook aangeven; dat verpleegkundigen actiever moeten vragen en luisteren. Door dit te doen geven verpleegkundigen aan dat ze beter kunnen rapporteren over de emoties van de patiënt.

Hoofdstuk 5 - Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Tot slot worden discussiepunten en aanbevelingen van de deelonderzoeken beschreven.

5.1 Conclusie

De hoofdvraag is als volgt:

Hoe worden ervaringen van patiënten gedeeld met verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis en hoe kan dit verbeterd worden?

Deze vraag kan aan de hand van de deelonderzoeken beantwoord worden. De hoofdvraag is vanuit twee invalshoeken onderzocht, namelijk: patiënten en verpleegkundigen.

Patiënten delen ervaringen voornamelijk met vrienden en familie en niet altijd met verpleegkundigen. Opvallend daarbij is dat wensen en voorkeuren van praktische aard, zoals een glas water, wel worden gedeeld met verpleegkundigen. Het actief vragen naar wensen en voorkeuren door verpleegkundigen wordt wisselend ervaren door patiënten, de ene verpleegkundige doet dit meer dan de andere. Patiënten geven echter aan dat er voldoende ruimte en tijd is om zelf wensen en voorkeuren kenbaar te maken. Een struikelblok hierin is dat wensen en voorkeuren niet altijd direct worden opgevolgd door een actie, waardoor patiënten soms lang moeten wachten op een antwoord. Een ander onderwerp dat naar voren kwam, zijn de non-verbale signalen. Deze worden niet altijd opgepikt door verpleegkundigen, terwijl hieraan wel behoefte is volgens patiënten. In de literatuur wordt het oppikken van non-verbale signalen als de basis voor patiëntparticipatie, ofwel het delen van ervaringen, gezien (van Nistelrooy, 2013). In tegenstelling tot non-verbale signalen worden verbale signalen wel goed opgepikt door verpleegkundigen. Patiënten ervaren de verpleegkundigen als vriendelijk en toegankelijk hetgeen bijdraagt aan het zien staan van de patiënt. Deze aspecten zorgen ervoor dat de patiënt vertrouwen heeft in de verpleegkundigen en zich erkend voelt. Verder geeft de meerderheid van de patiënten aan dat verpleegkundigen hen wel zien staan, maar dat ze niet snel een praatje komen maken. Indien verpleegkundigen wel een praatje komen maken, gaat dit vaak over de opname in plaats van de patiënt als persoon. De patiënt lijkt meer behoefte te hebben aan een persoonlijk gesprek.

Uit observaties van de verpleegkundigen kan worden opgemaakt dat zij wisselend omgaan met de ervaringen van de patiënt. De verpleegkundigen reageren adequaat op de verbale vragen van de patiënten. De verpleegkundige vraagt zich echter niet zichtbaar af of er een vraag achter de vraag schuilt. Daarnaast worden non-verbale signalen, zoals ook aangegeven is door patiënten, soms over het hoofd gezien en wordt de patiënt niet altijd geïnformeerd op het moment dat de verpleegkundige een handeling uitvoert. Dit kan erop wijzen dat verpleegkundigen werken op de automatische piloot en zich niet meer bewust zijn van de situatie of handeling waar zij op dat moment mee bezig zijn. Het informeren is volgens het CBO (2013) de eerste stap van de participatieladder. Wanneer deze trede wordt overgeslagen, wordt de basis van het participeren niet gelegd. Daarnaast worden de behoeften van de patiënt regelmatig ingevuld door verpleegkundigen. Wanneer meerdere disciplines op de patiëntenkamer zijn, wordt de patiënt vaak niet betrokken in de besluitvorming. Dit kan ten koste gaan van inspraak van de patiënt, aansluiting en afstemming van de zorg. Volgens Brok (2014) bevat eigen inbreng van de patiënt waardevolle informatie. Aan de andere kant komt uit de observaties ook naar voren dat verpleegkundigen op sommige momenten juist wel extra aandacht aan de patiënt besteden; non-verbale signalen worden opgevangen waardoor afstemming plaatsvindt tussen verpleegkundige en patiënt.

Uit interviews met de verpleegkundigen kan worden geconcludeerd dat volgens de verpleegkundigen aansluiting bij de patiënt wordt behaald door ernaar te vragen, de patiënt serieus te nemen en de

behoeften te achterhalen. De relatie met de patiënt en het informeren van de patiënt vinden verpleegkundigen belangrijk. Uit de interviews komt echter ook naar voren dat aandacht voor ervaringen van de patiënt er alleen lijkt te zijn tijdens het opnamegesprek en niet gedurende de opname. Tevens blijkt dat verpleegkundigen weleens non-verbale signalen van de patiënt op urgentie beoordelen. Zij besluiten of ze op dat moment moeten reageren of dat de reactie ook uitgesteld kan worden. Verpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat ze niet altijd aansluiten op de patiënt, dat de impact van een bepaalde handeling voor de patiënt soms verkeerd wordt ingeschat en dat patiënten niet altijd spontaan aangeven wat er echt speelt. Daarnaast voeren verpleegkundigen handelingen soms automatisch uit en wordt het verdelen van aandacht over patiënten als lastig ervaren. De verpleegkundigen gaven als mogelijke oorzaak van bovenstaande punten de hoge werkdruk aan, die soms heerst op de afdeling.

Na de resultaten van de observaties en de interviews vergeleken te hebben, kan gezegd worden dat de verpleegkundigen een aardig beeld hebben van de realiteit, bijvoorbeeld dat zij handelingen automatisch uitvoeren zonder erbij na te denken hoe de patiënt dit ervaart. Verder geven de verpleegkundigen aan dat zij het informeren van de patiënt belangrijk vinden, maar zij passen dit niet altijd toe. Opmerkelijk is dat uit de observaties en de interviews met patiënten is gebleken dat verpleegkundigen non-verbale signalen 'over het hoofd zien'. Uit de interviews met de verpleegkundigen blijkt echter dat sommige verpleegkundigen er bewust voor kiezen om niet in te gaan op het non-verbale signaal. Daarnaast zijn beide partijen tevreden over de verbale communicatie. Alleen hebben patiënten meer behoefte aan een persoonlijk gesprek. Dit kunnen verpleegkundigen vermoedelijk verwezenlijken door de vraag achter de vraag te zoeken en ook aandacht te besteden aan ervaringen gedurende de opname.

5.1.1 Aanbevelingen van patiënten, verpleegkundigen en de literatuur

- Een persoonlijk gesprek tussen verpleegkundige en patiënt
Vanuit de patiënt is er behoefte aan een gesprek met de verpleegkundige dat niet alleen over de opname gaat maar ook over de gevoelens van de patiënt; de patiënt als persoon.
- Verpleegkundigen zouden meer actief kunnen luisteren/kijken
Verpleegkundigen moeten meer laten merken dat ze luisteren door regelmatig 'ja' te knikken of een weerwoord te geven als bevestiging. Daarnaast kunnen verpleegkundigen ook actiever kijken. De patiënten geven aan dat verpleegkundigen op houding en uitdrukking van de patiënt moeten letten. Dit wordt ook beaamd door de theorie van Tronto (van Nistelrooy, 2013).
- Eerdere terugkoppeling na vragen
Patiënten zouden het fijn vinden als het antwoord op een vraag eerder wordt gecommuniceerd. Zo weet de patiënt waar hij aan toe is.
- Meer rust en tijd voor verpleegkundigen
Patiënten geven aan dat verpleegkundigen meer tijd en rust moeten krijgen om de nodige aandacht ook daadwerkelijk aan de patiënt te kunnen geven.
- Bestaande enquêtes kunnen beter benut worden
Naast het meten van tevredenheid vinden verpleegkundigen het van belang dat achterhaald wordt hoe zorg beter kan worden afgestemd op de patiënten.
- Reflecteren tijdens intervisie
Verpleegkundigen geven aan dat collega's onderling kunnen reflecteren of in gesprek kunnen gaan met de patiënt om de zorg te evalueren en te verbeteren.
- Elkaar aanspreken op gedrag
Verpleegkundigen geven aan dat ze elkaar als collega's kunnen aanspreken op hun gedrag naar de patiënt toe.
- Beter rapporteren

Er moet actiever en beter op emotioneel gebied gerapporteerd worden. Hierdoor gaan verpleegkundigen bewuster om met wat er in de patiënt om gaat.

- Shadowing
Shadowing is een methode waarbij de verpleegkundige de patiënt de hele dag observeert. Dit is een goede methode om erachter te komen hoe de patiënt de opname ervaart en waar de knelpunten zitten betreffende de zorg (Binkhorst, 2008).
- De Tell-us card
Bij de Tell-us card is het de bedoeling dat patiënten opschrijven wat zij belangrijk vinden voor die dag en wat zij van belang vinden voordat ze met ontslag gaan. De methode geeft inzicht in wensen en voorkeuren van de patiënt (Jangland et al., 2011).

5.2 Discussie

5.2.1 Sterke punten

De sterke punten die in het praktijkonderzoek naar voren kwamen, zijn dat er bij de interviews met patiënten saturatie is bereikt, omdat er bij de laatste twee interviews geen nieuwe informatie naar voren kwam (Baarda et al., 2013). Tevens werd tijdens de interviews vaak afgeweken van de kern van het verhaal. De onderzoeker heeft hier toch naar geluisterd om geen belangrijke informatie te missen. Daarnaast is bij de interviews met verpleegkundigen gebruik gemaakt van een topiclijst die gebaseerd is op de literatuurstudie om de geloofwaardigheid en plausibiliteit te vergroten (Plochg & van Zwieten, 2007). Voor meer sterke punten van dit onderzoek verwijst de projectgroep naar de paragrafen 3.1.6, 3.2.6 en 3.3.6.

5.2.2. Minder sterke punten

Het was voor de kwaliteit van de data beter geweest als de geobserveerde situaties zowel besproken werden met de verpleegkundigen en de patiënten. Hierdoor konden ervaringen van de patiënten in de geobserveerde situatie ook belicht worden. De onderzoekers hebben de interviews beiden alleen uitgevoerd, waardoor er informatie gemist kan zijn. Tevens is het voor beide onderzoekers het eerste praktijkonderzoek wat zij uitvoeren. Daarnaast had de projectgroep het plan om externe experts zoals Andries Baart en Annelies van Heijst te betrekken. Door tijdsgebrek heeft dit niet kunnen plaatsvinden. Als de externe experts persoonlijk betrokken waren bij het onderzoek, had dit de kwaliteit begunstigd (Cox, 2012).

Bij het deelonderzoek met patiënten is er gekozen voor een gelegenheidssteekproef. Een gelegenheidssteekproef geeft maar een oppervlakkig beeld van de werkelijkheid en is dus niet representatief voor de hele populatie (Nieswiadomy et al., 2009). Uit noodzaak moest de onderzoeker de in- en exclusie criteria van de patiënten met de verantwoordelijke verpleegkundigen bespreken. Dit kan een risico zijn omdat de verpleegkundige bevooroordeeld kan zijn over de patiënt. De werving was daardoor deels afhankelijk van de verpleegkundige, wat voor vertekening gezorgd kan hebben. Echter, de onderzoeker vermoedt dit niet omdat de resultaten een wisselend beeld laten zien met betrekking tot het onderwerp.

Door de minimale bezetting op de afdeling heeft de onderzoeker maar vijf afspraken kunnen plannen voor de observaties en interviews met de verpleegkundigen. Hierdoor heeft de onderzoeker geen saturatie bereikt. Daarnaast bestaat de kans dat er selectiebias heeft plaatsgevonden door het kiezen voor een a-selecte steekproef. Tevens hebben de observaties uitsluitend in de ochtend plaatsgevonden. Dit is over het algemeen het drukste moment van de dag waardoor de onderzoeker geen representatief beeld van de gehele 24 uur kan vormen. Aangezien de onderzoeker de respondent na het observeren wilde interviewen, konden de observaties vanuit praktische oogpunt alleen in de ochtend gepland worden. Ook heeft de onderzoeker niet de gewenste tijd gekregen om alle respondenten te kunnen interviewen, waardoor sommige interviews sneller zijn afgerond dan gewenst was.

De zoekstrategie van de literatuurstudie had transparanter gekund, door de zoektermen per databank te registreren en het aantal hits te noteren. De artikelen die gebruikt zijn in het onderzoek zijn kritisch beoordeeld aan de hand van de selectiecriteria van de Fontys Hogescholen. Echter, de selectiecriteria van de Fontys Hogescholen gaan minimaal uit van de validiteit en betrouwbaar van de artikelen, waardoor de projectgroep achteraf beter de selectiecriteria van het CBO (2013) of die van Cox (2012) had kunnen gebruiken.

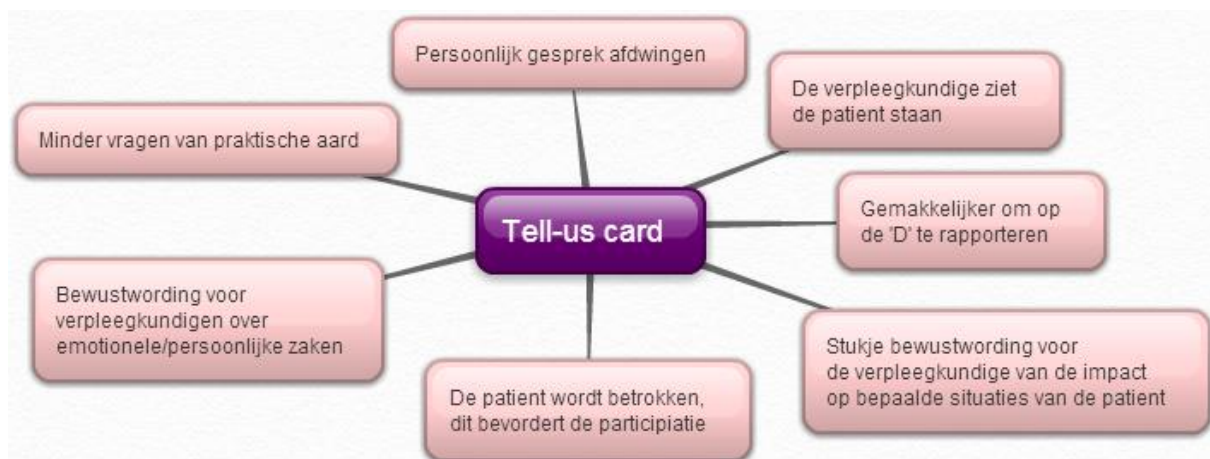
Hoofdstuk 6 - Implementatieplan

In dit praktijkonderzoek is de volgende hoofdvraag gesteld: "Hoe worden ervaringen van patiënten gedeeld met verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis en hoe kan dit verbeterd worden?" De projectgroep heeft een implementatieplan geschreven volgens het model van Grol en Wensing (2011) omdat dit model houvast biedt tijdens een implementatieproces. Het model bestaat uit zeven stappen die de projectgroep stapsgewijs heeft doorlopen. De stappen 5 en 6 zijn samengevoegd in paragraaf 6.5.

6.1 Ontwikkeling van een voorstel voor verandering (stap 1)

Uit de resultaten van dit praktijkonderzoek blijkt dat meerdere aanbevelingen voorhanden zijn. Deze zijn terug te vinden in deelonderzoek 3. De aanbeveling waarvoor dit implementatieplan is geschreven, is de Tell-us card (Jangland et al., 2011) omdat deze multi-inzetbaar is. Als de Tell-us card wordt gehanteerd, wordt immers ook gewerkt aan andere aanbevelingen uit het onderzoek zoals een persoonlijk gesprek, actiever kijken/luisteren naar de patiënt en het rapporteren onder de 'D'. In figuur 2 worden de multi-inzetbare functies van de Tell-us card weergegeven.

Figuur 2: Mind-map Tell-us card



Daarnaast heeft de projectgroep de aanbevelingen besproken met de opdrachtgever en geven zij beiden de voorkeur aan de Tell-us card.

De Tell-us card geeft inzicht in wensen en behoeften van de patiënt. Ook blijkt uit eerder onderzoek dat de Tell-us card een verbetering laat zien in het bijdragen aan beslissingen rondom de zorgverlening (Jangland et al., 2011). Een bijkomstig voordeel is dat de Tell-us card een eenvoudig instrument is, dat bijdraagt aan het streven naar patiëntparticipatie, patiëntgerichte zorg en Menslievende zorg.

6.2 In kaart brengen van de feitelijke zorg en voorlopig implementatiedoel (stap 2)

De feitelijke zorg is beschreven in hoofdstuk 4, deelonderzoek 1 en 2. Door field- en deskresearch te doen is de projectgroep te weten gekomen dat er een discrepantie bestaat tussen de wenselijke en werkelijke situatie. Grol en Wensing (2011) geven bij deze stap aan dat het soms belangrijk is om een 'sense of urgency' te creëren bij de doelgroep. Door verpleegkundigen het gevoel te geven dat er dringend iets verbeterd moet worden, wordt de motivatie volgens Grol en Wensing (2011) bevorderd. Om een dit te creëren, gaat de projectgroep een presentatie geven aan verpleegkundigen waarin de resultaten van het onderzoek worden toegelicht. Het **voorlopige implementatiedoel** dat opgesteld is voor de implementatie van de Tell-us card, luidt als volgt: 'Eind januari 2016 sluiten de verpleegkundigen van de afdeling Orthopedie binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis aan bij wensen en

behoeften van patiënten door gebruik te maken van de Tell-us card en rapporteren zij de bevindingen van de Tell-us card onder de 'D'.

6.3 Analyse van de doelgroep en setting (stap 3)

Voor de context verwijst de projectgroep de lezer naar hoofdstuk 1 en deelonderzoek 1 en 2. Naast de context zijn er enkele bevorderlijke en belemmerende factoren voor het doorvoeren van de Tell-us card. Deze zijn gebaseerd op contactmomenten die de projectgroep heeft met de afdeling. Bevorderlijke factoren zijn dat het personeel van de afdeling Orthopedie openstaat voor het onderzoek. Zij hebben zelf dit probleem aangedragen en tonen interesse en belangstelling in de projectgroep en het onderwerp, waardoor draagvlak ontstaat (Grol & Wensing, 2011). Daarbij gaat de ambitie uit naar het leveren van Menslievende zorg, waar dit onderwerp bij aansluit. Daarnaast wil het St. Elisabeth Ziekenhuis het 'liefste' ziekenhuis van Nederland worden en plaatsen zij aansluiting en afstemmen hoog in het vaandel. Ook staat de leidinggevende van de afdeling open voor verandering. Een belemmerende factor kan zijn dat de verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie niet in dezelfde fase van gedragsverandering zitten; dit bemoeilijkt het implementatieproces. Daarnaast kan een verandering voor weerstand zorgen binnen het team. Grol en Wensing (2011) beschrijven dat het effectief is op meerdere niveaus tegelijk bezig te zijn voor het invoeren van een implementatie. De verschillende niveaus waarover Grol en Wensing (2011) het hebben zijn: centraal, lokaal/instelling, afdeling/team/praktijk en individu. De activiteiten op de verschillende niveaus hebben een ander doel.

De projectgroep adviseert om een CAI af te nemen onder de verpleegkundigen om de context gedetailleerder in kaart te brengen (Cox, 2009). Om het belang van de context voor de implementatie te benadrukken, adviseert de projectgroep het artikel van McCormack et al. (2002) te bestuderen.

6.4 Ontwikkeling van de Tell-us card (stap 4)

Omdat er geen letterlijke Tell-us card in het artikel stond, heeft de projectgroep deze zelf vormgegeven aan de hand van de vragen die in het artikel stonden vermeld. Het prototype ziet er als volgt uit:

Figuur 3: Tell-us card





Voorgestelde werkwijze van de Tell-us card

Het is de bedoeling dat de verpleegkundigen van de ochtenddienst ervoor zorgen dat bij elke nieuwe patiënt waar zij verantwoordelijk voor zijn, een Tell-us card wordt neergelegd. Wanneer de patiënt de voorgaande dag al een Tell-us card heeft ontvangen, is het de bedoeling dat de verpleegkundigen vragen of de patiënt de kaart wil aanvullen. De verpleegkundigen leggen de Tell-us card uit aan de patiënt en vragen of de patiënt bereid is om deze in de ochtend in te vullen. De bevindingen op de Tell-us card van die dag nemen de verpleegkundigen mee in hun werkzaamheden en rapporteren zij onder de 'D' van de 'ABCD' methode. Op deze manier is de avonddienst op de hoogte van de vragen/zorgen van de patiënt en kan hieraan gewerkt worden. Wanneer de verpleegkundigen dit doen, kan de eerste stap al gezet worden wat betreft aansluiting en afstemming.

In paragraaf 6.1 heeft de projectgroep geadviseerd om het rapporteren op emotioneel gebied te onderzoeken. Dit kan de afdeling doen door eerst een 0-meting uit te voeren, zodat de huidige situatie in kaart gebracht kan worden. Na het implementeren van de Tell-us card kunnen zij nog een meting doen om te achterhalen of nu daadwerkelijk meer gerapporteerd wordt op het emotioneel welbevinden van de patiënt.

6.5 Tabel implementatieplan en integratie in routines (stap 5 en 6)

In het implementatieplan zijn de zes verschillende fasen van Grol en Wensing (2011) voor gedragsverandering gekoppeld aan de actie. Grol en Wensing (2011) beschrijven dat verschillende subgroepen zich doorgaans in verschillende fasen van het veranderingsproces bevinden, waardoor het gebruik van een combinatie van meerdere strategieën nodig is om tot gedragsverandering te komen. Tevens wil de projectgroep aangeven dat de opgenomen acties in het implementatieplan

gelezen moeten worden als voorstellen, waarbij wijzigen mogelijk is. In tabel 1 is het implementatieplan weergegeven.

6.6 Tabel evaluatieplan (stap 7)

Grol en Wensing (2011) beschrijven dat evalueren ook van groot belang is om te achterhalen of de implementatie gelukt is en welke acties dit hebben begunstigd. Er vindt zowel een proces- als productevaluatie plaats (Nieuwenhuis, 2010). Dit om ervoor te zorgen dat het inzichtelijk blijft of het implementatieproces gestaag verloopt. Vanaf tabel 2 zijn de evaluatieplannen beschreven.

Tabel 1: Implementatieplan

Week	Actie	Door wie	Betrokkenen	Hoe	Fase
25	Posters ophangen	Projectgroep	Verpleegkundigen	In de werk- en leerruimte aantrekkelijke posters ophangen zodat verpleegkundigen in aanraking komen met de verandering die op komst is. Volgens Grol en Wensing (2011) prikkelt een aantrekkelijke vormgeving van posters om bij de innovatie stil te staan.	<i>Oriëntatie</i>
27	Eindpresentatie Praktijkonderzoek	Projectgroep	Verpleegkundigen en leidinggevende	Presenteren van de gehanteerde onderzoeksmethoden, resultaten en conclusies. Gestelde adviezen en doelen voorleggen aan de verpleegkundigen. Eventuele vragen beantwoorden en discussies voeren. Het creëren van 'sense of urgency' om motivatie te bevorderen bij de verpleegkundigen, tevens bevordert deze presentatie het draagvlak voor verandering (Grol & Wensing, 2011).	<i>Oriëntatie</i>
30	Aanstellen van een facilitator	Projectgroep	Verpleegkundigen en leidinggevende	In samenspraak met het team wordt een facilitator aangesteld. Zij is verantwoordelijk voor het implementatieproces en het behoud. Na akkoord van de leidinggevende komt hiervoor budget vrij en krijgt de verpleegkundige één werkdag per week om aan het plan te werken. Voor meer informatie over de rol van een facilitator verwijst de projectgroep naar deze link: http://web.a.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=994c47e2-8157-4e0b-904f43095ddf7a2e%40sessionmgr4002&vid=18&hid=4212 . Dit is een artikel van Harvey et al. (2002) over de functie van een facilitator.	<i>Verandering Behoud</i>
30	Aanstellen van een werkgroep	Projectgroep	Verpleegkundigen en leidinggevende	Naast het aanstellen van een facilitator adviseert de projectgroep een werkgroep, die bestaat uit maximaal drie personen. De werkgroep heeft als taak om samen met de facilitator het proces te waarborgen en tijdig bij te stellen.	<i>Verandering Behoud</i>
35	Uitvoeren van de CAI	Facilitator	Verpleegkundigen	CAI laten afnemen om de context te verhelderen (Cox, 2009). Dit is echter niet nodig als de werkgroep acht dat zij de context kennen. Voor informatie over de CAI, verwijst de projectgroep naar de volgende link: http://mijn.bsl.nl/mijn-bsl/tijdschriften/12468---nederlands-tijdschrift-voor-evidence-based-practice-2009-04/evidence-based-implementeren-twee-instrumenten-om-de-context-in-kaart-te-brengen/693426.html	<i>Oriëntatie Inzicht</i>

40	Vaststellen implementatie-doel	Facilitator	Werkgroep	De facilitator beslist samen met de werkgroep wat het definitieve doel van de implementatie gaat worden. Dit implementatiedoel dient SMART geformuleerd te worden.	<i>Verandering Behoud</i>
40	0-meting van rapportages uitvoeren	Facilitator	Werkgroep	De werkgroep start een onderzoek naar de frequentie van het rapporteren op het emotioneel welbevinden van de patiënt. Zij beginnen dit onderzoek onder andere met een 0-meting.	<i>Oriëntatie Inzicht Behoud</i>
40	Wijzigingen aanbrengen ontwerp van de Tell-us card	Facilitator	Werkgroep	De facilitator gaat in gesprek met de werkgroep over het prototype van de Tell-us card voor eventuele bijstelling. In het Radboud UMC wordt al gewerkt met de Tell-us card. Het is mogelijk om informatie uit te wisselen met Maud Heinen (Maud.Heinen@radboudumc.nl).	<i>Inzicht Verandering</i>
50	Aankondiging van de implementatie in de nieuwsbrief	Facilitator	Verpleegkundigen	Het schrijven van een stuk in de nieuwsbrief over het belang van de Tell-us card, zodat verpleegkundigen zich bewust worden van de relevantie. Dit is een vorm van educatieve strategie (Grol & Wensing, 2011).	<i>Oriëntatie Inzicht Acceptatie</i>
52	Informatie-bijeenkomst	Facilitator	Verpleegkundigen en leidinggevende	De facilitator geeft uitleg over de Tell-us card. Er kunnen vragen gesteld worden om inzicht te krijgen. Het doel is dat verpleegkundigen weten wat er van hen wordt verwacht betreft het gebruik van de Tell-us card.	<i>Inzicht Acceptatie</i>
52	Kenbaar maken vraagbaak	Facilitator	Verpleegkundigen en werkgroep	De projectgroep adviseert dat de facilitator kenbaar maakt dat zij het aanspreekpunt is voor vragen vanuit het team. Dit om verpleegkundigen te helpen met onzekerheden en vragen.	<i>Verandering Behoud</i>
3	Plaatsen van reminders	Facilitator	Werkgroep	De werkgroep zorgt voor reminders door dit bijvoorbeeld op het takenbord te schrijven of reminders in het elektronisch patiëntendossier (EPD).	<i>Verandering Behoud</i>

Tabel 2: Evaluatiemoment voor implementatieproces

Evaluatie vóór het implementatieproces				
27	Onderzoeks-evaluatie	Projectgroep	Verpleegkundigen en leidinggevende	<i>In welke mate herkennen de verpleegkundigen zich in de uitkomsten van het onderzoek?</i> Dit wordt nagegaan tijdens de presentatie van de projectgroep door middel van het uitdelen van post-its waar de verpleegkundigen opschrijven waar ze zich wel of niet in herkennen.

Tabel 3: Evaluatiemomenten tijdens implementatieproces

Evaluatie tijdens het implementatieproces				
41	Procesevaluatie	Facilitator	Werkgroep	<i>In hoeverre wordt er volgens de richtlijnen van het implementatieplan gewerkt en welke suggesties zijn er eventueel voor aanpassing van het implementatietraject? Zorgen de uitkomsten van de CAI ervoor dat het implementatieplan moet worden bijgesteld?</i> In een geplande bijeenkomst bespreken hoe het ervoor staat met het implementatieproces. Ook eventuele knelpunten kunnen worden besproken en aangepakt. Dit wordt besproken aan de hand van het formuleren van Claims, Concerns en Issues (CCI's). - Het woord claim verwijst naar positieve opvattingen ten aanzien van het beleid. - Een concern is een negatieve opvatting die ook wel verwijst naar 'zorgen'. - Issues zijn ook wel discussiepunten of vragen wat betreft het beleid (Abma, 2000).
52	Procesevaluatie	Facilitator/ werkgroep	Verpleegkundigen	<i>Hoe hebben de verpleegkundigen de informatiebijeenkomst ervaren?</i> Na de bijeenkomst worden de ervaringen van de verpleegkundigen besproken aan de hand van stellingen.

Tabel 4: Evaluatiemomenten na implementatieproces

Evaluatie na het implementatieproces				
6	Productevaluatie	Facilitator/ werkgroep	Verpleegkundigen	<i>In hoeverre is het aansluiten en afstemmen op de patiënt door de Tell- us card verbeterd?</i> <i>Hoe ervaren verpleegkundigen het werken met de Tell-us card?</i> Deze evaluatievragen worden beantwoord in een focusgroep. De werkgroep houdt zowel een focusgroep met de verpleegkundigen als met de patiënten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een topic-lijst die de werkgroep heeft opgesteld (Baarda, 2013).
6	Procesevaluatie	Facilitator/ werkgroep	Verpleegkundigen	<i>In hoeverre is het implementatiedoel bereikt?</i> In een bijeenkomst wordt door middel van het opstellen van CCI's in kaart gebracht met de verpleegkundigen van de afdeling in hoeverre volgens hen het implementatiedoel is bereikt.
6 12 18	Procesevaluatie	Facilitator	Werkgroep	<i>In welke frequentie zijn de rapportages op emotioneel welbevinden toegenomen?</i> De werkgroep en facilitator doen na het implementeren van de Tell-us card nog een meting om te vergelijken of de frequentie van het rapporteren is toegenomen door gebruik van de Tell-us card.
-	Productevaluatie	Facilitator/ werkgroep	Verpleegkundigen	<i>Hoe gaat het werken met de Tell-us card en wat kan verbeterd worden?</i> Ieder halfjaar tijdens de teamvergadering wordt de Tell-us card opnieuw besproken door middel van CCI's.

Nawoord

Het afgelopen half jaar heeft de projectgroep met genoeg gewerkt aan dit praktijkonderzoek over het delen van patiëntervaringen. De projectgroep is dan ook tevreden over het geleverde resultaat.

Het onderzoeksproces is vlot en gestaag verlopen. Dit komt volgens de projectgroep door de uitgebreide verdeling van taken die aan het begin van het onderzoek zijn vastgesteld. Door deze verdeling, was duidelijk wie wat deed. Ook is de projectgroep van mening dat dit komt door de goede randvoorwaarden, zoals de open communicatie met de begeleider/opdrachtgever en het personeel op de afdeling. Daarnaast is de samenwerking tussen de projectgroepsleden naar tevredenheid verlopen. Zij stonden beiden open voor feedback en hebben rekening gehouden met de wensen en behoeften van elkaar. Daardoor was er ook ruimte om te discussiëren over bepaalde onderwerpen in het onderzoek. Wat de projectgroep heeft geleerd van deze ervaring is vooral de communicatie onderhouden met de betrokkenen en het plannen van bepaalde activiteiten rondom het onderzoek. Niet alleen de projectgroep was betrokken bij het onderzoek, maar ook de begeleider en opdrachtgever moesten op de hoogte blijven. Daarnaast dienden bepaalde activiteiten strak gepland te worden om de deadline te halen. Zoals het verzamelen van data in de praktijk en het rekening houden met de beoordeel tijd van zowel de begeleider als opdrachtgever en examinerator.

Tijdens het onderzoek hebben de onderzoekers aan verschillende competenties gewerkt op het niveau van verbeteren. Er zijn bijvoorbeeld mogelijkheden aangedragen om problemen op te lossen en er zijn verbetervoorstellen aangedragen die gebaseerd zijn op actuele ontwikkelingen en inzichten.

Ten slotte hoopt de projectgroep dat het onderwerp 'Delen van patiëntervaringen' actueel blijft onder de verpleegkundigen van afdeling Orthopedie. Nogmaals wil de projectgroep alle betrokkenen bedanken. In het bijzonder degenen die ons hebben voorzien van feedback en steun gedurende de afstudeerperiode.

Tilburg, juni 2015

Aniek Adams

Jessica van den Hurk

Bibliografie

- Abma, T. (2000). Onderhandelend evalueren. *Bestuurskunde* 9 (8), 393-403.
- Andersson, A. C. & Olheden, A. (2012). Patient participation in quality improvement: managers' opinions of patients as resources. *Journal of Clinical Nursing*, Vol 21, pp 3590-3593, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04254.x
- Baarda, B. & Bakker, E. (2012). *Basisboek methoden en technieken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers b.v
- Baarda, B., Bakker, E., Fisher, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T. & de Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek : handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baart, A. & Goossensen, A. (2011) *Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg*. Geraadpleegd op 16-03-2015, Verkregen van: <http://www.gerdierx.nl/wp-content/uploads/2013/02/presentie-en-zorg.pdf>.
- Binkhorst, T. (2008). *De stem van de patiënt helpt!* Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht. V.24 Issue 2, pp 53-58. doi:10.1007/BF03076332
- Boeije, H., (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), pp 77-101.
- Brok, H. (2014). *Gehoord worden bevordert het genezingsproces*. Enschede. Geraadpleegd op: 14-01-2015 verkregen van <http://www.praktijkdeessentie.nl/gehoord-worden-bevordert-genezingsproces/>
- Cox, K. (2009) *Evidence-based implementeren: twee instrumenten om de context in kaart te brengen*. Nederlands tijdschrift voor evidence based practice
- Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J. & Kuiper, C. (2012). *Evidence based practice voor verpleegkundigen: methodiek en toepassing*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers
- CBO (2009). *Patiënten betrekken bij de zorg in het ziekenhuis*. Geraadpleegd op 17-02-2015, verkregen van: <http://www.cbo.nl/actueel/publicaties/handleiding-kwaliteitsverbetering-ziekenhuiszorg>
- CBO (2013) *Handboek patiënten-/ cliëntenparticipatie: Verbeteren van de zorg samen met patiënten/cliënten*. Geraadpleegd op 17-02-2015, verkregen van: http://www.participatiekompas.nl/sites/default/files/CBO_handboek-patientenparticipatie-maart-2013.pdf
- The Cochrane Library. (2013). About. Geraadpleegd op: 8 april 2015. Verkregen van: van The Cochrane Library: <http://www.cochranelibrary.com/about/about-the-cochrane-library.html>

- Dulewicz, V. & van den Assem, B. (2013). The GP-patient relationship and patient satisfaction. *British Journal of Healthcare Management* 2013, Vol 19 No 12, pp 596-600.
- EBSCO Health. (2014). *Cinahl Complete*. Ipswich (MA), Verenigde Staten: EBSCO Health.
- Ede, J. (2012). *Lean maakt St. Elisabeth Ziekenhuis 'reactiever'*. Geraadpleegd op: 23-02-2015 verkregen van http://www.procesverbeteren.nl/LEAN/lean_st_elisabeth_ziekenhuis2.php
- Van Egmond, S., Heerings, M. & Munnichs, G. (2014). *Sterke verhalen uit het ziekenhuis*. Leren van patiëntenervaringen voor goede zorg. Den Haag. Rathenau Instituut. Geraadpleegd op 17-02-2015, verkregen van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/06/12/sterke-verhalen-uit-het-ziekenhuis.html>
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L. & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, Vol 61, 1516-1528.
- Fisher, T. & Julsing, M. (2007). *Onderzoek doen!* Groningen/Houten. Noordhoff Uitgevers BV.
- Fontys Hogescholen. (2014). *Beoordelen van Wetenschappelijke Artikelen*. Geraadpleegd op 8 april 2015. Verkregen van: http://www.fontysmediatheek.nl/wiki/home/Beoordelen_van_wetenschappelijke_artikelen
- Fontys Hogescholen. (2014). Biep.nu. Geraadpleegd op; 8 april, 2015. Verkregen van: <http://fontys.nl/HOME-MEDIATHEEK-1/Zoeken-en-vinden/Algemeen-zoeken-biep.nu.htm>
- ten Haaf, G. 2010. *Dokter is ziek: als patiënt zie je hoe zorg beter kan*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B. en Seers, K. (2002) *Getting evidence into practice: The role and function of facilitation*. Nursing theory and concept development or analysis. Journal of Advanced Nursing.
- HBO-kennisbank. (2015). *Onze visie*. Geraadpleegd op: 8 april 2015. Verkregen van: http://www.hbo-kennisbank.nl/nl/page/page.view/hbo_about.page
- van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen. Uitgeverij Klement
- van Halem, N. v., & Muller, I. (2013). *Handboek studievoordigheden voor het HBO*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jangland, E., Carlsson, M., Lundgren, E., & Gunningberg L., (2011). *The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: A quasi-experimental study*. International Journal of Nursing Studies. V.49 pp 528-538. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.024
- Leget, C. & Olthuis, G. (2012) *Menslievende zorg in de praktijk*. Boom lemma uitgevers. Geraadpleegd op 20-01-2015 verkregen van: http://www.elisabeth.nl/algemene_onderdelen/zoeken/@105402/menslievende_zorg_in/

- Lucassen, P.L.B.J. & olde Hartman, T.C. (2007) *Kwalitatief onderzoek*. Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 978-90-313-4998-2
- NCBI. (2014). PubMed. Geraadpleegd op: 8 april 2015. Verkregen van:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.FAQs>
- Nieswiadomy, R.-M., ter Maten-Speksnijder, A. & de Lange, J. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Nieuwenhuis, M. A. (2010). *The Art of Management: kennis is er om te delen, niet om te bezitten*. ISBN – 13:978-90-806665-1-1 Verkregen van:
123management.nl/0/070_methode/a720_methode_04_product_proceskwaliteit.html
- van Nistelrooy, I. (2013) *Basisboek zorgethiek*. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen. Heeswijk. Berne Media
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. en Seers, K. (2002) *Getting evidence into practice: The meaning of 'Context'*. Nursing theory and concept development or analysis. Journal of Advanced Nursing.
- Migchelbrink, F (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Plochg, T & van, M.C.B. Zwieten (2007). *Handboek gezondheidsonderzoek*. Hoofdstuk 6. Zeist Pre Press
- Raad van Volksgezondheid. (2013) *De participerende patiënt*. Den Haag. Geraadpleegd op 22-02-2015, verkregen van: http://rvz.net/uploads/docs/De_participerende_patient.pdf
- van den Reek, E., Pardoel, K. & Tits, M. (2008). *Keuzemodel achterbanraadpleging*. Den Haag. Jan Laurier
- Schoot, T., 2012. Misvattingen over patiëntgerichte zorg. *Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorgonderwijs*. Jaargang 36, nummer 6. P. 8-12
- Smit, M. (2012). *Praktijkonderzoek*. Houten: Springer Media.
- St. Elisabeth (2013). *De verpleegafdeling Orthopedie. Tilburg*. Geraadpleegd op 23-02-2015 verkregen van:
http://www.elisabeth.nl/ik_ben_patient/vm_specialismen/zorgeenheden/orthopedie/verpleegafdeling/
- van Staveren, R. (2014). *Patiëntgericht communiceren, wat en waarom?* Psychopraktijk, jaargang 6 nummer 1. Geraadpleegd op 20-03-2015, verkregen van:
http://download.springer.com/static/pdf/497/art%253A10.1007%252Fs13170-014-0006-6.pdf?auth66=1427104996_eb52f7144139cd0d0619ee12c6474c7b&ext=.pdf
- Springer link. (2015). *Home*. Geraadpleegd op: 8 april 2015. Verkregen van: <http://link.springer.com/>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Praktijkboek voor methoden en technieken. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Referentielijst

- Abma, T., Visse, M., Molewijk, B. & Widdershoven, G. (2010) *Reflectie en participatie in zorg*. Den Haag. Boom Lemma. ISBN: 978-90-5931-597-6
- Baart, A., (2011). *Testimonial*. Verkregen van: <http://www.andriesbaart.nl/> Geraadpleegd op 16-03-2015.
- Baart, A., Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie: Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Uitgeverij Lemma
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek!* Groningen/Houten. Noordhoff Uitgevers BV.
- Baarda, B., van der Hulst, M. & de Goede, M. (2012). *Basisboek interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baart, A. & Vosman, F. (2008). *Aannemelijke zorg: Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Uitgeverij Lemma. ISBN: 978-90-5931-306-4
- Bredewold, F.H. en Baars-Blom, J.M. (2009) *Mantelzorg in de gemeente Zwolle*. Samenvatting van het onderzoek naar mantelzorgers in de gemeente Zwolle.
- Burns, A., & Bush, R. (2011). *Principes van Marktonderzoek*. Amsterdam: Pearson Education Benelux B.V.
- Cardiff, S. (2012). *Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasenmodel van Braun en Clarke*. Eindhoven: Fontys Hogeschool.
- CBO. (2014). *Over ons*. Geraadpleegd op: 8 april 2015. Verkregen van: <http://www.cbo.nl/over-ons/geschiedenis>
- Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J. & Kuiper, C. (2012) *Evidence based voor verpleegkundigen*. Methodiek en Toepassing. Den Haag. Boom Lemma
- Cox, K. (2009). *Evidence based praktijkvoering door practice development*. Nederlands tijdschrift voor evidence based practice. Fontys Hogeschool Verpleegkunde, Eindhoven.
- van Dartel, H. & Molewijk, B. (2014) *In gesprek blijven over goede zorg*. Overlegmethoden voor moreel beraad. Amsterdam. Boom ISBN: 9789461055101
- van Dulmen, S. (2001). *De helende werking van het arts- patiënt contact*. Huisarts en Wetenschap 44:194–198 DOI 10.1007/BF03082400.
- van Eijkeren, M. (2013) *Werken in het basisonderwijs*. Amersfoort. ThiemeMeulenhoff ISBN: 900695280
- Gidman, J. (2012) *Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience*. Elsevier. doi:10.1016/j.nepr.2012.09.006
- van Heijst, A. (2007) *Menslievende zorg*. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen. Klement ISBN: 90-77070-39-7

- Jakimowicz, S., Stirling, C. & Duddle, M. (2014) *An investigation of factors that impact patients' subjective experience of nurse-led clinics: a qualitative systematic review*. Journal of Clinical Nursing, 24, 19-33, doi: 10.1111/joen.12676
- Jansen, C., (2014). *Wie ben ik?* Geraadpleegd op 16-03-2015, verkregen van: <https://joconnect.wordpress.com/about/>
- Maslowski, J., (2012). *Patient participation : An Emerging Nursing Issue*. International Journal for Human Caring. Vol 16 NO. 4 (74-79)
- Minister Schippers (2014). *Reactie rapport Rathenau Instituut van 26 maart 2014*. Geraadpleegd op 22-02-2015, verkegen van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/06/12/kamerbrief-over-rapport-rathenau-instituut-van-26-maart-2014.html>
- Nanjayan, S., K., Fowler, A. & Pickering, S (2015). *Measuring patient perception and expectation*. British Journal of Healthcare Management 2015 Vol 21 No 2 (92-98)
- Plooi, F. (2008). *Onderzoek doen*. Een praktische inleiding in onderzoeksvaardigheden. Pearson Education Benelux bv.
- Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2008). *Motivational interviewing in health care. Helping Patients Change Behavior*. New York: The Guilford Press.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg; Een evidence-based benadering*. Den Haag: Boom Lemma.
- Smaling, A. (2009). *Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek*. Kwalong
- Sools, A., (2014). *Universitair docent narratieve psychologie*. Geraadpleegd op 16-03-2015, verkregen van: <http://www.utwente.nl/bms/pgt/mw/sools17072014/>
- Soudijn, K.A. (2005). *Onderzoeksverslagen schrijven*. Praktische handleiding bij het schrijven van scripties en andere werkstukken voor hbo en wo. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Thorarinsdottir, K., Kristjansson, K, (2014). *Patients persepectives on person-centred participation in healthcare : A framework analysis*. Vol. 21(2) 129-147. Journals Permissions.nav 10.1177/0969733013490593
- Valirre, D. (2014) *Patient experience as a priority*. Journal of Perioanesthesia Nursing, Vol 29, No 5 (October), 2014: pp 339-341. doi.org/10.1016/j.jopan.2014.08.142

Bijlage 1 - Onderzoeksinstrument individuele interviews met patiënten

Vorbereiding

- In overleg met de verpleegkundigen de respondenten vaststellen.
- Respondenten persoonlijk benaderen en een Informed Consent laten invullen.
- In overleg tijd vaststellen.
- Controleren van opnameapparatuur (Evers, 2007).

Benodigdheden

- Pen en papier
- Opnameapparatuur
- Topiclijst

Interview

- Locatie: St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg, afdeling C3 Orthopedie
- Tijdsduur: ± 30 minuten
- Aanwezig: patiënt en 1^e onderzoeker

Hoofdvraag

Hoe worden ervaringen van patiënten gedeeld met verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis en hoe kan dit verbeterd worden?

Doel van het onderzoek

Eind juni 2015 is er binnen het Elisabeth Ziekenhuis op de afdeling Orthopedie duidelijkheid over hoe ervaringen van patiënten worden gedeeld met verpleegkundigen en hoe dit verbeterd kan worden, zodat de afdeling Orthopedie beter kan aansluiten bij wensen, behoeften en voorkeuren van de patiënt en daardoor menslievende zorg levert.

Opening

- Introductie van het onderzoek, benoemen van de vertrouwelijkheid en de anonimiteit.
- Is alles duidelijk?
- Toestemming vragen voor opname.
- Inschakelen van opnameapparatuur (Evers, 2007).

Kern

Wat verstaat u onder patiëntervaringen?

Topiclijst:

- **Kenbaar maken wensen/voorkeuren**
Verbale, non-verbale signalen
Ervaring
Openstaan verpleegkundige
Actief naar vragen
- **Informereren (CBO, 2013)**
Zich geïnformeerd voelen
- **Raadplegen (CBO, 2013)**
Mate van meedenken patiënt
Mening van de patiënt
- **Adviseren (CBO, 2013)**
Advies vragen bij de patiënt
- **Erkenning patiënt (van Heijst, 2008)**
- **Angst/spanningen (prognose) (van Egmond et al., 2014)**

- **Onzekerheid (van Egmond et al., 2014)**
- **Vertrouwen in verpleegkundigen (Dulewicz & Assem, 2013).**

De topiclijst met betrekking tot aanbevelingen is als volgt beschreven:

Beginvraag:

Wat kan volgens u verbeterd worden op de afdeling als het gaat om het delen van uw ervaringen met verpleegkundigen? (Wat moeten de verpleegkundigen volgens de patiënt doen om ervaringen te delen?)

- **Signalen oppikken (van Nistelrooy, 2013)**
- **Betere afstemming**
Gehoord worden
Betrokkenheid
- **Informereren (CBO, 2013)**
- **Raadplegen (CBO, 2013)**
Meedenken
- **Adviseren (CBO, 2013)**
- **Angst (van Egmond et al., 2014)**
- **Onzekerheid (van Egmond et al., 2014)**
- **Vertrouwen (Dulewicz & Assem, 2013)**
- **Mondigheid**
Ervaring kenbaar maken (van Nistelrooy, 2013)

Afsluiting

- Aankondigen van de afronding en korte samenvatting ter controle.
- Eventuele vragen van de respondent nog beantwoorden.
- Bedanken/Uitschakelen van de opnameapparatuur.
- Uitwerken van de aantekeningen.

Bijlage 2 - Informed Consent Patiënten

Toestemmingsformulier

Tilburg, april 2015

Nogmaals hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek. Het onderzoek vindt plaats in opdracht van Marcel Boonen (hoofd afdeling Orthopedie) te Tilburg. Wij vragen u dit formulier te ondertekenen om uw toestemming te geven voor het gebruik van de verhalen die wij over uw situatie verzameld hebben.

Onderwerp van het onderzoek

Het onderzoek betreft het verkrijgen van inzicht in het delen van patiëntervaringen met verpleegkundigen. Met deze kennis wil Marcel Boonen de ambitie van het St. Elisabeth Ziekenhuis nastreven, namelijk het liefste ziekenhuis van Nederland worden. Het doel van het onderzoek is om binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis op de afdeling Orthopedie duidelijkheid te verkrijgen over hoe ervaringen van patiënten worden gedeeld met verpleegkundigen en hoe dit verbeterd kan worden, zodat de afdeling Orthopedie beter kan aansluiten bij wensen, behoeften en voorkeuren van de patiënt en daardoor menslievende zorg levert.

Uw deelname

U bent geïnterviewd tijdens uw verblijf in het St. Elisabeth Ziekenhuis op de afdeling Orthopedie door een student van Fontys Hogeschool Verpleegkunde in het kader van het afstuderen voor de opleiding HBO-V. Het gesprek met u is gedocumenteerd met behulp van notities en een voicerecorder. U heeft te allen tijde tijdens en na afloop van het interview de mogelijkheid om uw deelname terug te trekken. Uw gegevens van de resultaten uit het interview worden dan buiten beschouwing gelaten voor het onderzoek en vernietigd.

Gebruik van de onderzoeksgegevens

De interviewresultaten worden alleen gebruikt voor dit onderzoek. Na volledige afronding van het onderzoek zullen alle interviewresultaten vernietigd worden.

Privacy

Alle persoonlijke informatie die van u is verzameld, zal vertrouwelijk worden behandeld. Er wordt in publicaties over het onderzoek niet naar uw persoonlijke details verwezen. Als we uit uw interview citeren, gebruiken we een verzonnen naam.

Door hieronder te tekenen, gaat u akkoord met bovenstaande afspraken.

Handtekening.....

Naam.....

Datum.....

Als u later nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met Jessica van den Hurk, via het mailadres:

j.vandenhurk@student.fontys.nl (onderzoeker)

m.boonen@elisabeth.nl (opdrachtgever)

c.rutten@fontys.nl (begeleider)

Bijlage 3 - Onderzoeksinstrument interviews met de verpleegkundigen

Vorbereiding

- Onwillekeurig de verpleegkundigen benaderen.
- Respondenten persoonlijk benaderen en een Informed Consent laten invullen.
- In overleg dag van het observeren afspreken.
- Controleren van benodigde materialen.

Benodigdheden

- Pen, observatielijst en observatienotities.
- Voicerecorder .

Interview

- Locatie: St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg, afdeling C3 Orthopedie.
- Tijdsduur: ± 30 tot 60 minuten.
- Aanwezig: verpleegkundige en 2^e onderzoeker.

Hoofdvraag

Hoe worden ervaringen van patiënten gedeeld met verpleegkundigen op de afdeling Orthopedie in het St. Elisabeth Ziekenhuis en hoe kan dit verbeterd worden?

Doel van het onderzoek

Eind juni 2015 is er binnen het Elisabeth Ziekenhuis op de afdeling Orthopedie duidelijkheid over hoe ervaringen van patiënten worden gedeeld met verpleegkundigen en hoe dit verbeterd kan worden, zodat de afdeling Orthopedie beter kan aansluiten bij wensen, behoeften en voorkeuren van de patiënt en daardoor menslievende zorg levert.

Opening

- Verdere uitleg van het onderzoek, benoemen van de vertrouwelijkheid en de anonimiteit.
- Benoemen hoe ik het ga aanpakken; terugblikken op de observaties, vragen stellen over het onderwerp en bevragen wat beter kan afdelingsbreed.
- Is alles duidelijk?
- Toestemming vragen voor opname.
- Inschakelen van opnameapparatuur (Evers, 2007).

Kern

- Open vragen stellen.
- Doorvragen.
- Geven van tussentijdse samenvattingen.
- Topiclijst:

Beginvraag: Wat versta je onder het delen van patiëntervaringen met een verpleegkundige? Wat vind je dat jouw taak daarin is?

- **Omgang patiënten**
 - Het belang
 - Terugblik op vanochtend
 - Positieve punten aan vanochtend
- **Patiënt erkennen (van Heijst, 2008)**
 - Uitvoering van de verpleegkundige
 - Terugblik op vanochtend
 - Positieve punten aan vanochtend

- **Opvangen appèl (van Nistelrooy, 2013)**
 - Uitvoering van de verpleegkundige
 - Terugblik op vanochtend
 - Positieve punten aan vanochtend
- **Expertise patiënt (CBO, 2013)**
 - Uitvoering van de verpleegkundige
 - Terugblik op vanochtend
 - Positieve punten aan vanochtend
- **Afstemmen van zorg (PCC - Epstein et al, 2005)**
 - Uitvoering van de verpleegkundige
 - Terugblik op vanochtend
 - Positieve punten aan vanochtend

Verdere aanvullingen

- Uitleggen dat nu het gedeelte komt over het verbeteren van deze onderwerpen afdelingsbreed.
- De bijbehorende topiclijst:

Beginvraag:

Wat denk je dat er afdelingsbreed verbeterd kan worden zodat de patiënten hun ervaringen meer delen met verpleegkundigen?

- **Omgang patiënt**
Wat en hoe het verbeterd kan worden.
- **Erkennen van de patiënt (van Heijst, 2008)**
Wat en hoe het verbeterd kan worden.
- **Opvangen van het Appèl**
Wat en hoe het verbeterd kan worden.
- **Het gebruiken van de expertise van de patiënt (CBO, 2013)**
Wat en hoe het verbeterd kan worden.
- **De zorg afstemmen (PCC - Epstein et al, 2005)**
Wat en hoe het verbeterd kan worden.

Afsluiting

- Aankondigen van de afronding.
- Korte samenvatting ter controle.
- Eventuele vragen van de respondent nog beantwoorden/vragen of de respondent nog bepaalde dingen kwijt wil of wil toevoegen.
- Bedanken.
- Uitschakelen van de opnameapparatuur.
- Uitwerken van de aantekeningen

Bijlage 4 - Informed Consent Verpleegkundigen

Toestemmingsformulier

Tilburg, april 2015

Nogmaals hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek. Het onderzoek vindt plaats in opdracht van Marcel Boonen (hoofd afdeling Orthopedie) te Tilburg. Wij vragen u dit formulier te ondertekenen om uw toestemming te geven voor het gebruik van de verhalen en beelden die wij over uw situatie verzameld hebben.

Onderwerp van het onderzoek

Het onderzoek betreft het verkrijgen van inzicht in het delen van patiëntervaringen met verpleegkundigen. Met deze kennis wil Marcel Boonen de ambitie van het St. Elisabeth Ziekenhuis nastreven, namelijk het liefste ziekenhuis van Nederland worden. Het doel van het onderzoek is om binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis op de afdeling Orthopedie duidelijkheid te verkrijgen over hoe ervaringen van patiënten worden gedeeld met verpleegkundigen en hoe dit verbeterd kan worden, zodat de afdeling Orthopedie beter kan aansluiten bij wensen, behoeften en voorkeuren van de patiënt en daardoor menslievende zorg levert.

Uw deelname

U bent geobserveerd en geïnterviewd tijdens uw werk in het St. Elisabeth Ziekenhuis op de afdeling Orthopedie door een student van Fontys Hogeschool Verpleegkunde in het kader van het afstuderen voor de opleiding HBO-V. De observatie en het gesprek met u is gedocumenteerd met behulp van notities en een voicerecorder. U heeft te allen tijden tijdens en na afloop van de observatie en het interview de mogelijkheid om uw deelname terug te trekken. Uw gegevens van de resultaten uit de observatie en het interview worden dan buiten beschouwing gelaten voor het onderzoek en vernietigd.

Gebruik van de onderzoeksgegevens

De observatie- en interviewresultaten worden alleen gebruikt voor dit onderzoek. Na volledige afronding van het onderzoek zullen alle observatie- en interviewresultaten vernietigd worden.

Privacy

Alle persoonlijke informatie die van u is verzameld, zal vertrouwelijk worden behandeld. Er wordt in publicaties over het onderzoek niet naar uw persoonlijke details verwezen. Als we uit uw interview citeren, gebruiken we een verzonden naam.

Door hieronder te tekenen, gaat u akkoord met bovenstaande afspraken.

Handtekening.....

Naam.....

Datum.....

Als u later nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met Aniek Adams, via het mailadres:

aniek.adams@student.fontys.nl

m.boonen@elisabeth.nl (opdrachtgever)

c.rutten@fontys.nl (begeleider)

Bijlage 5 - Selectiecriteria Literatuurstudie

1. Het tijdschrift
 - Bepaal in welk tijdschrift het artikel gepubliceerd is en wat voor soort tijdschrift het is (populair en/of wetenschappelijk).
 - Je kunt hiervoor de website en/of het colofon van het tijdschrift raadplegen.
 - Wetenschappelijke tijdschriften vermelden veelal dat ze zijn verbonden aan een wetenschappelijke instantie, universiteit of (academisch) ziekenhuis.
 - Indien het tijdschrift een "peer-reviewed journal" betreft, kun je ervan uitgaan dat het wetenschappelijk verantwoord is.
 - Probeer te achterhalen wie er in het tijdschrift publiceren en wat voor auteurs dit zijn.
 - Zoek op internet wie of welke instantie(s) het tijdschrift gebruiken en/of eraan refereren.
2. De uitgever
 - Bepaal en beoordeel de uitgever.
 - Onderzoek of de uitgever meerdere tijdschriften uitgeeft en wat voor tijdschriften dit zijn.
 - Bekijk de website van de uitgever en bepaal of deze betrouwbaar overkomt. Controleer dit door te kijken of:
 - De site regelmatig wordt bijgehouden.
 - De functionaliteiten goed werken.
 - De site "degelijk" en onafhankelijk overkomt (professioneel en zonder reclame).
 - Er duidelijke contactgegevens en/of assistentie geboden worden.
3. De auteur
 - Bepaal de auteur en kwalificeer daarmee het artikel.
 - Probeer de biografische gegevens van de auteur te krijgen via een naslagwerk of gerenommeerde internetsite.
 - Is de auteur een specialist (autoriteit) op het vakgebied?
 - Heeft hij meerdere publicaties over dit onderwerp geschreven?
 - Is de auteur verbonden aan een wetenschappelijke instantie?
 - Wordt de auteur (en/of het artikel) geciteerd door anderen? Door wie? Hoe vaak? (let wel: vaak geciteerd wil niet per definitie 'goed' betekenen!)
4. De inhoud
 - Bepaal waar het artikel precies over gaat. Hoe meer artikelgegevens je hebt, des te beter je kunt bepalen of een artikel geschikt is. Er zijn grofweg drie mogelijkheden.
 - Alleen bibliografische gegevens > beoordelen kan op basis van (tijdschrift)titel, trefwoorden, schrijver en wat formele gegevens (kun je in een andere database meer gegevens vinden?)
 - Bibliografische en een samenvatting > beoordelen kan als hierboven, maar nu met een inhoudelijke gegevenstoelichting. Je kunt zo specifieker bepalen of het artikel geschikt is.
 - Bibliografische gegevens en het full-tekst artikel. De inhoud wordt volledig gegeven en biedt zo alle gelegenheid om te bepalen of deze geschikt is.
5. De actualiteit
 - Bepaal of het artikel niet verouderd of achterhaald is.
 - Wanneer is het artikel geschreven en gepubliceerd?
 - Indien er een bronnenlijst vermeld is, kijk je of de bronnen actueel zijn (eventueel door wie ze geschreven zijn).
 - Probeer recentere artikelen te vinden over hetzelfde onderwerp.
 - Zoek uit of er recentere publicaties van de auteur te vinden zijn (die wellicht over hetzelfde onderwerp gaan).

6. Relevantie en geschiktheid

- Bepaal of het artikel geschikt en relevant is voor je eigen onderzoek (kan vaak alleen met full-tekst).
- Geeft het artikel onderzoeksgegevens en wordt er naar betrouwbare bronnen verwezen?
- Is het artikel objectief of subjectief geschreven, geeft het een opinie?
- Schrijft de auteur vanuit een bepaalde positie of overtuiging?
- Is de inhoud van het artikel daadwerkelijk relevant, wat je zoekt? Voegt het wat toe aan je onderzoek of probleemstelling?
- Geeft het artikel voldoende informatie en diepgang, is het volledig?

7. Betreft het een wetenschappelijk artikel?

- Is het artikel verschenen in een wetenschappelijk tijdschrift?
- Is de auteur verbonden aan een wetenschappelijk instituut?
- Is het onderzoek wetenschappelijk uitgevoerd:
- Is het objectief?
- Is het controleerbaar?
- Is het systematisch?
- Is het herhaalbaar?

(Fontys Hogescholen, 2014)

De projectgroep heeft gebruik gemaakt van verschillende databanken om informatie te verzamelen.

De gebruikte databanken zijn:

Cinahl, Pubmed, Cochrane, Biep.nu, CBO, HBO-kennisbank en Springer link.

- Cinahl

Cinahl is databank van EBSCO die zich voornamelijk richt op de verpleegkundige beroepspraktijk.

Deze database bevat zowel full-tekst artikelen als artikelverwijzingen, diverse tijdschriften en onderzoeken (EBSCO Health, 2014).

- Pubmed

PubMed is een deel van de Entrez zoekmachine van het National Center for Biotechnology Information (NCBI). Pubmed is gericht op (bio) medische informatie. Naast literatuurverwijzingen bevat PubMed full-tekst artikelen uit verschillende belangrijke wetenschappelijke tijdschriften (NCBI, 2014).

- Cochrane

The Cochrane Library zijn verschillende databanken die via een zoekmachine te doorzoeken zijn.

Cochrane biedt informatie over het effect van interventies in de gezondheidszorg. The Cochrane Library bevat zowel full-tekst artikelen als systematische reviews en samenvattingen van onderzoeken (The Cochrane Library, 2013).

- Biep.nu

Biep.nu is een databank die via de Fontys site geraadpleegd kan worden. Op Biep.nu heeft de Fontys materiaal aangeschaft voor specifieke studiedoeleinden. Het is een brede zoekmachine omdat er gebruikt wordt gemaakt van verschillende databanken. De diverse boeken die gebruikt zijn bij de

literatuurstudie zijn gevonden via biep.nu. Databanken die door Biep.nu gebruikt worden zijn onder andere de HBO Kennisbank, MEDLINE en Fontys Publicaties (Fontys Hogescholen, 2014).

- CBO

Het CBO is sinds 2010 de dochteronderneming van TNO. Het CBO richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van zorg van medici en andere zorgprofessionals. Dit bureau biedt begeleiding, scholing en toetsing bij diverse verbetertrajecten, en voorziet daarnaast informatie over verschillende vormen van innovaties. Daarnaast is het CBO een goede bron voor het vinden van zorg gerelateerde wetgeving (CBO, 2014).

- HBO- kennisbank

HBO-kennisbank is een databank die toegang biedt tot het resultaat van onderzoeken op hogescholen. Deze resultaten van de onderzoeken zijn inzichtelijk voor hergebruik. 23 hogescholen uit heel Nederland zijn aangesloten bij deze kennisbank (HBO-kennisbank, 2015).

- Springer link

Springer link is een databank die full-text artikelen van de uitgevers Springer en Bohn Stafleu & van Loghum bevat. Hier staan publicaties van boeken, tijdschriften, boekseries, naslagwerken op verschillende wetenschapsgebieden.