

“Efficiënt visite lopen doe je samen!”

Naam: S.M.M. (Sanne) Didden
Werkplek: MUMC+, Maastricht Universitair Medisch Centrum
Afdeling: VED2 Kraamafdeling en verloskamers
Werkbegeleider: Marga Botterhuis
Opleiding: HBO Verpleegkunde deeltijd
Academie Verpleegkunde
Zuyd Hogeschool Heerlen

Samenvatting

Inleiding: Binnen de kraamafdeling van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) wordt er tot op heden niet gewerkt met een vaste structuur voor de artsenvisite. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de efficiëntie van verschillende vormen van artsenvisite. We beoordelen of er draagvlak is voor het veranderen van de huidige vorm van de artsenvisite naar visite aan het bed op de kraamafdeling. De hoofdvraag luidt als volgt: ***“Is er draagvlak bij de betrokken zorgverleners voor invoering van de artsenvisite aan bed in het kader van efficiënt werken op de kraamafdeling?”***

Methoden: In dit praktijkonderzoek is er gekozen voor een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. In het kader hiervan is een literatuurstudie uitgevoerd en is er een enquête uitgezet onder 41 verpleegkundigen. Hiernaast hebben er semigestructureerde interviews plaatsgevonden met één verpleegkundige, één verloskundige en één arts.

Resultaten: Uit literatuuronderzoek is gebleken dat visite aan het bed een veelbelovende methode is om de samenwerking tussen verschillende disciplines te verbeteren op de afdeling, waarbij patiënten en hun familie kunnen deelnemen aan de artsenvisite. Een voordeel van deze multidisciplinaire samenwerking is dat de kwaliteit van de geboden zorg verbeterd wordt en dat de deelname van de patiënt aan het behandelproces wordt vereenvoudigd. De resultaten uit de enquête bevestigen dat de visite in de oude vorm niet efficiënt verliep. Sinds de start van de pilot ‘visite aan het bed’ wordt dit wel als efficiënt ervaren. Dit wordt tevens bekrachtigd in de interviews. Zo wordt er nu tijdsefficiënt gewerkt, is er ruimte om direct vragen te stellen en zaken af te ronden en wordt er procesmatig gewerkt. Desondanks worden er ook belemmeringen gezien voor de implementatie van visite aan het bed, zoals gebrek aan privacy van de patiënt op een tweepersoonskamer of het niet aanwezig kunnen zijn van de supervisor door niet-planbare zaken op de verloskamers. Uit ons praktijkgericht onderzoek is gebleken dat alle betrokken disciplines bereid en enthousiast waren voor verandering van de vorm van visite. Zo bleek uit de resultaten van de enquête dat 96.7% van de respondenten open staat voor verandering. Daarnaast is 80.0% van de respondenten het eens met implementatie van visite aan het bed.

Discussie en conclusie: Uit het praktijkgericht onderzoek is gebleken dat visite aan het bed voor meer structuur en een efficiëntere werkwijze zorgt. Er kan worden gesteld dat er zeker draagvlak is voor de invoering van de visite aan het bed. In de toekomst zullen belemmeringen voor implementatie weggenomen worden door onder andere verbouwing, waarbij enkel nog eenpersoonskamers zullen worden gerealiseerd.

Advies en inbedding: Het advies, afgeleid uit literatuur- en praktijkgericht onderzoek, is om de artsensite aan het bed te implementeren, om op deze manier gestructureerd en efficiënt te werken binnen de kraamafdeling van het MUMC+. Om implementatie succesvol te laten verlopen is onder andere vorming van een werkgroep gewenst en dient er regelmatig geëvalueerd te worden middels de PDCA-cyclus.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor thesis *“Efficiënt visite lopen doe je samen!”* welke naar aanleiding van een praktijkgericht onderzoek is geschreven. Dit praktijkgericht onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van het afstuderen advies binnen de deeltijdopleiding ‘Verpleegkunde’ aan Zuyd Hogeschool, volgens het curriculum van ‘Bachelor of Nursing 2020’. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de periode mei 2021 tot en met september 2021 binnen de afdeling kraamafdeling en verloskunde (VED2) van het MUMC+.

Graag wil ik een woord van dank uitspreken aan alle betrokkenen van deze bachelor thesis, met in het bijzonder:

- Marga Botterhuis, werkbegeleider, voor de kritische feedback en ondersteuning tijdens het uitvoeren en beschrijven van het praktijkgericht onderzoek.
- Pieter Eijgenraam, tutor en tevens eerste beoordelaar, voor de fijne begeleiding tijdens de onderwijsgroepen, het vertrouwen en de constructieve feedback tijdens het beoordelen van dit praktijkgericht onderzoek.
- Hester Smeets, tweede beoordelaar, voor het mede beoordelen van dit praktijkgericht onderzoek.
- Respondenten, van de uitgezette enquête en de bereidwilligheid voor het deelnemen aan de interviews, om dit onderzoek vorm te geven.
- Alle mede studenten in de onderwijsgroep voor de handvatten die ze mij gegeven hebben om dit product tot stand te brengen.
- Alle collega's die voor de nodige input hebben gezorgd.

Ik wens eenieder veel leesplezier.

Hartelijke groet,
Sanne Didden

Gronsveld, 19 september 2021.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord.....	4
Inleiding	7
1. Theoretisch kader.....	9
1.1. De verschillende vormen van artsenvisite	9
1.1.1. De zaalronde	9
1.1.2. Visite aan het bed	10
1.1.3. Het specialistisch consult	10
1.2. Multidisciplinaire samenwerking bij visite aan het bed	10
1.3. Wat is efficiënte zorg en efficiënt visite lopen?	11
1.4. De voordelen en nadelen van visite aan het bed	11
1.4.1. Voordelen	11
1.4.2. Nadelen	11
1.5. De rol van de regieverpleegkundige	12
2. Methoden.....	13
2.1. Onderzoek benadering	13
2.2. Setting en participanten	13
2.3. Dataverzameling	14
2.3.1. Literatuuronderzoek.....	14
2.3.2. Enquêtes.....	14
2.3.3. Interviews.....	15
2.4. Data-analyse	16
2.5. Ethische overwegingen.....	16
3. Resultaten.....	17
3.1. Kwantitatief onderzoek.....	17
3.2. Kwalitatief onderzoek.....	18
4. Discussie en conclusie	22
4.1. Discussie.....	22
4.2. Conclusie	23
5. Advies en inbedding.....	24
5.1. Advies	24
5.2. Inbedding	25
Literatuurlijst.....	26
Bijlagen.....	31

1.	<i>PIFF- vragenlijst</i>	31
2.	<i>Topiclijst interview</i>	36
3.	<i>Codeboom interviews.....</i>	39
4.	<i>Enquête visite aan het bed.....</i>	40
5.	<i>Resultaten enquête</i>	44
6.	<i>Codering enquête.....</i>	50
7.	<i>DINAMO-model</i>	51

Inleiding

“Hoe vindt u dat het gaat sinds gisteren?”, vraagt de arts aan de patiënt. De partner van de patiënt luistert aandachtig terwijl zij haar verhaal doet. Ook de verpleegkundige luistert mee. Zij vormen samen een drie-eenheid tijdens het nieuwe visite lopen op de kraamafdeling.

In 2019 zijn er in Nederland 161.720 vrouwen bevallen, waarvan 72,7% in de tweede lijn (Perined, 2020). Het aantal vrouwen waarbij de bevalling in de tweede lijn plaatsvindt laat een duidelijke stijging zien van 9,7% zien in de periode van 2000 tot en met 2019 (Perined, 2020). Naast het groeiend aantal vrouwen welke in de tweede lijn bevalt, worden er steeds meer complexe patiënten opgenomen in het ziekenhuis, die in een steeds kortere tijd worden behandeld (Roelofs & Veldhuis, 2015). Dit vraagt om een uniforme wijze van visite lopen aan het bed, volgens een vaste structuur waarbij de patiënt, de verpleegkundige en de arts een duidelijke rol hebben. Er bestaan verschillende vormen van artsenvisite, zoals de zaalronde, visite aan het bed – ofwel de multidisciplinaire ronde en het specialistisch consult (Walton et al., 2016). Een efficiënte en gestructureerde manier van visite lopen is van belang om de zorg voor het groeiend aantal patiënten goed te organiseren en de patiënt goed voorbereid naar huis te laten gaan (Roelofs & Veldhuis, 2015). De laatste ontwikkelingen wijzen in toenemende mate naar visite aan het bed als een veelbelovende methode om de samenwerking tussen verschillende disciplines te verbeteren (Johnson & Batalden, 2013).

Studies tonen aan dat visite aan het bed een meer patiëntgerichtere benadering is (Anderson & Mangino, 2006). Uit de studie van Tidwell et al. (2011) blijkt dat er een toename in de tevredenheid te zien is bij patiënten en gezinnen na de implementatie van visite aan het bed. Tevens werkt dit voor de verpleging efficiënter en is het tijdbesparend (Tidwell et al., 2011). Een voordeel van visite aan het bed is de mogelijkheid voor jonge ouders om informatie te delen en informatie te bevestigen, waardoor ze zich veilig voelen (Wiklund, Sahar, Papadopolou & Löfgren, 2020). Daarnaast wordt visite aan het bed door beide ouders ervaren als een manier om positief betrokken te worden bij de zorg voor hun pasgeborene (Wiklund et al., 2020). Zeker in een tijd waarin er sprake is van een groeiende complexiteit aan zorgvragen en er steeds meer situaties zijn waarin niet één duidelijke, kant-en-klare oplossing is, maar waarin de wensen en de context van de patiënt bepalen wat de beste beslissing is (van der Weijden & Sanders-van Lennep, 2012), lijkt visite aan het bed een meer passende vorm van visite.

Binnen de kraamafdeling van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) wordt er tot op heden niet gewerkt met een vaste structuur voor de artsenvisite. Hiervoor zijn een

aantal oorzaken aan te wijzen, met name op organisatorisch niveau zoals het ontbreken van een vast tijdstip en tijdbestek waarin visite wordt gelopen. Daarnaast zijn verschillende verpleegkundigen verantwoordelijk voor diverse patiënten waardoor er eerst 'papieren visite' achter de computer wordt besproken waarna er pas visite gelopen kan worden aan het bed van de patiënt. Deze dubbele handelingen zorgen ervoor dat er onnodig veel tijd wordt besteed aan de visite en dat de zorg niet efficiënt verloopt. Dit resulteert onder andere in het niet tijdig kunnen ontslaan van de patiënten, waardoor bedden onnodig lang bezet blijven en zorgkosten onnodig hoog zijn. Zo kost een kraambed van maximaal 5 dagen gemiddeld € 1.535,- (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). In tijden van bezuinigingen in de zorg is het onnodig verlengen van de ligduur niet gewenst. Momenteel wordt de zorg niet efficiënt (effectief, patiëntgericht en tijdig) uitgevoerd. Het gevolg hiervan is dat de kwaliteit van de geboden zorg niet optimaal is.

De vraag rijst of de huidige vorm van visite op de kraamafdeling binnen het MUMC+ vervangen kan worden door visite aan het bed, een vorm waarbij de visite direct op de patiëntenkamer besproken wordt met arts, verloskundige, verpleegkundige én de patiënt, een in de literatuur beschreven vorm van efficiënter en gestructureerd visite lopen (Tidwell et al., 2011). Het doel van dit onderzoek is om middels verschillende onderzoekstechnieken te bestuderen of er draagvlak is voor de invoering van visite aan het bed op de kraamafdeling van het MUMC+. Naar aanleiding hiervan is de volgende hoofdvraag geformuleerd: *“Is er draagvlak bij de betrokken zorgverleners voor invoering van de artsenvisite aan bed in het kader van efficiënt werken op de kraamafdeling?”*

Om deze hoofdvraag te beantwoorden zijn onderstaande deelvragen opgesteld:

1. Wat zijn de verschillende vormen van artsenvisite?
2. Wat houdt visite aan het bed in?
3. Wat zijn de voor- en nadelen van visite aan het bed?
4. Wat is de rol van de regieverpleegkundige bij visite aan het bed?
5. Wat is efficiënte zorg?

Hoofdstuk 1 beschrijft het theoretisch kader, hierin wordt het praktijkgericht onderzoek afgebakend. In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksmethodieken, dataverzameling, data-analyse en de ethische aspecten toegelicht. Hoofdstuk 3 staat in het teken van de onderzoeksresultaten van dit onderzoek. Aansluitend wordt hoofdstuk 4 gewijd aan de nabeschuiving waarin achtereenvolgens de conclusie en discussie aan bod komen. Het uiteindelijke advies met de inbedding wordt beschreven in hoofdstuk 5.

1. Theoretisch kader

Een theoretisch kader is opgesteld om belangrijke begrippen, theorieën en modellen uit te leggen en het onderzoek in te kaderen. Hierdoor wordt het praktijkgericht probleem voor de lezer duidelijk in kaart gebracht.

1.1. De verschillende vormen van artsensite

Artsensite kent geen eenduidige definitie (Herring, Desai & Caldwell, 2011; Royal College of Physicians and Royal College of Nursing, 2012). Waarschijnlijk heeft het ontbreken hiervan te maken met de veelkleurigheid van de artsensite zelf. Een aantal onderzoekers hebben via een literatuurstudie geprobeerd om een categorisering aan te brengen binnen de artsensite (Walton et al., 2016). In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen de volgende artsensites: de zaalronde, de multidisciplinaire ronde en het specialistisch consult (Walton et al., 2016). De verschillende vormen worden in paragraaf 1.1.1., 1.1.2. en 1.1.3. verder toegelicht.

Hoezeer de artsensites onderling ook verschillen, ze vormen allemaal een belangrijk overlegmoment tijdens de patiëntenzorg. Het overlegmoment is door de jaren heen telkens aangepast om aan de nieuwe eisen die de moderne gezondheidszorg stelt te kunnen voldoen. Daarom bestaan er in ziekenhuizen, zelfs binnen één ziekenhuis, vele varianten en benamingen. De uitvoering van artsensites kan in de praktijk variëren van een overleg tussen medewerkers in een vergaderruimte tot de traditionele ronde langs de ziekenhuisbedden (O'Leary et al., 2010; Shankar, 2013; Stickrath et al., 2013; Walton & Steinert, 2010; Weber et al., 2007).

1.1.1. De zaalronde

Bij deze vorm van site is de arts verantwoordelijk voor de patiëntenzorg. De patiënt wordt aan de andere teamleden gepresenteerd en vervolgens wordt er een behandelplan opgesteld. Deze patiënten worden niet gezien, artsen en verpleegkundigen zitten hierbij niet samen met de patiënt. Er geldt een hiërarchische verdeling: co-assistenten stellen hierbij de patiënt voor en de senior arts neemt de uiteindelijke beslissing (Swenne & Skytt, 2015; Liu et al., 2013; Weber et al., 2007; Manias & Street, 2001; Seo et al., 2000). Van de senior arts wordt tijdens deze artsensite leiderschap verwacht. Het is belangrijk dat de arts de site coördineert, eventuele discussies in goede banen leidt en het uiteindelijk behandelplan goed afstemt (Parissopoulos et al., 2013). De taken van de verpleegkundige bij deze vorm van site zijn verslaglegging, afstemming, patiënten-vertegenwoordiging en documentatie (Lees, 2013).

1.1.2. Visite aan het bed

Visite aan het bed is de term die binnen het MUMC+ gebruikt wordt voor de multidisciplinaire visite. In deze multidisciplinaire visite sluiten er ook andere zorgprofessionals aan (O'Leary et al., 2012; O'Leary et al., 2011; Halm et al., 2003). Bij deze vorm is er een gedeelde verantwoordelijkheid voor de verloskundige en de arts. De primaire verantwoordelijkheid over de kraamvrouwen ligt tijdens deze visite op de kraamafdeling bij de verloskundige, welke tevens betrokken is bij de laagcomplexiteit bevallingen in de tweede lijn. De supervisor neemt de beslissingen over de hoog complexe patiënten. De rol van de verpleegkundige is om de waardevolle informatie over de patiënt, welke zij gedurende haar dienst verzamelt, op gestructureerde wijze te communiceren naar de verloskundige en de arts (Merten, 2018). De multidisciplinaire visite is een veelbelovende methode om de samenwerking tussen verschillende disciplines te verbeteren op de afdeling, waarbij medisch-, verpleegkundig- en paramedisch personeel de visite bijwonen (Johnson & Batalden, 2013). Visite aan bed vindt plaats aan het bed van de patiënt, waar patiënten en hun familie kunnen deelnemen aan de artsenvisite (Grimshaw et al., 2016). Er is een interactieve rol weggelegd voor de patiënt tijdens visite aan het bed. De patiënt neemt deel aan het gesprek en vertelt zelf hoe het met haar gaat. Daarnaast wordt zij betrokken bij de voortgang van haar behandeling (Townsend-Gervis et al., 2014; Royal College of Physicians & Royal College of Nursing, 2012; Moroney and Knowles, 2006).

1.1.3. Het specialistisch consult

Onder het specialistisch consult verstaan we een artsenvisite uitgevoerd door een medisch specialist (Stickrath et al., 2013).

1.2. Multidisciplinaire samenwerking bij visite aan het bed

Visite aan het bed biedt de artsen, verpleegkundigen en patiënten de mogelijkheid om met elkaar in contact te komen en de patiëntenzorg te plannen (Walton et al., 2019). Hierbij is een goede communicatie en gecoördineerd teamwork vereist om veilige, kwalitatieve en kosteneffectieve patiëntenzorg te leveren (Soliman et al., 2013; O'Leary et al., 2010). Een voordeel aan deze multidisciplinaire samenwerking is dat de kwaliteit van de geboden zorg verbeterd wordt en dat de deelname van de patiënt aan het behandelproces wordt vereenvoudigd (Wölfel et al., 2016). Betrokkenheid van de patiënt bij het besluitvormingsproces zorgt voor een effectievere en een meer transparante relatie tussen arts en patiënt (Swenne & Skytt, 2014). Tevens speelt de patiënt een actieve rol door behandelplannen en ontslag te bespreken met de verschillende disciplines tijdens de visite

aan het bed (Townsend-Gervis et al., 2014; Royal College of Physicians and Royal College of Nursing, 2012; Moroney & Knowles, 2006).

1.3. Wat is efficiënte zorg en efficiënt visite lopen?

Efficiëntie is een synoniem voor doelmatigheid (Van Dale, 2020). Efficiënte zorg betekent dat er binnen het zorgproces enkel handelingen worden uitgevoerd die uitsluitend gericht zijn op het doel, er worden geen overbodige handelingen uitgevoerd (van Akkerveeken, 2020).

Efficiënte zorg hangt nauw samen met kwaliteit van zorg. Kwaliteit van zorg betreft zes specifieke onderwerpen: de zorg moet veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig, efficiënt en correct zijn (van Akkerveeken, 2020). In de literatuur is er geen eenduidige beschrijving van een efficiënte visite. Er wordt echter wel gesteld dat de visite efficiënter verloopt als deze gestructureerd wordt uitgevoerd (Verhaegh, Selier-Boersma, Simons, Steenbruggen & Burrman, 2012; Royal College of Physicians and Royal College of Nursing, 2012). Hierdoor verloopt de visite systematisch; wordt de multidisciplinaire verbeterd; neemt de visite minder tijd in beslag; hebben alle betrokkenen bij de visite een duidelijke rol; zijn er duidelijke afspraken als gevolg hiervan; wordt de kwaliteit van zorg verbeterd; worden de zorgkosten lager en wordt de patiëntenbeweging verbeterd (Herring et al., 2011; Launer, 2013)

1.4. De voordelen en nadelen van visite aan het bed

1.4.1. Voordelen

Wat de interprofessionele dynamiek betreft leidt de implementatie van visite aan het bed tot een nieuwe rolverdeling tussen de artsen en de verpleegkundigen. Bij visite aan het bed moet de arts enige controle uit handen geven, wat een gelijk spelveld tussen arts en verpleegkundige creëert (Clay-Williams et al., 2018). Uit de studie van Clay-Williams et al. (2018) wordt beschreven dat patiënten zich beter geïnformeerd en gerespecteerd voelen door arts en verpleegkundigen. Daarnaast worden ze tijdig op de hoogte gebracht over behandeling en ontslag, waardoor de continuïteit van zorg beter is. Patiënten vinden het gemakkelijker om toegang te krijgen tot de artsen, wat resulteert in minder angst en meer controle en vertrouwen in het zorgproces (Clay-Williams et al., 2018). De verpleegkundigen geven op hun beurt aan dat ze bij visite aan het bed meer initiatief durven te tonen en dat een goed geïnformeerde patiënt eenvoudiger te behandelen is (Clay-Williams et al., 2018).

1.4.2. Nadelen

De nadelen van visite aan het bed die beschreven worden in de literatuur zijn grotendeels toegespitst op de patiënt en hangen veelal samen met privacy van de patiënt. Swenne & Skytt (2014) beschrijven dat de patiënt graag betrokken wil worden bij de voortgang van zijn

of haar behandeling. Sommige patiënten ervaren echter niet de ruimte om vragen te stellen, wat beïnvloedt lijkt te worden door de soort patiëntenkamer waar de patiënt verblijft (Swenne & Skytt, 2014). In een eenpersoonskamer worden meer vragen gesteld en opmerkingen gemaakt dan op een twee- of vierpersoonskamer (Van de Glind, Van Dulmen & Goossensen, 2008). Daarnaast heeft de patiënt bij visite aan het bed soms het gevoel dat er over hun gesproken wordt in plaats van tegen hen en kan een groep artsen aan het bed als intimiderend ervaren worden (Sweet & Wilson, 2011; Motague & Hussain, 2006; Moroney & Knowles, 2006).

1.5. De rol van de regieverpleegkundige

De verpleegkundige heeft bij elke vorm van visite een aantal verantwoordelijkheden. Deze verantwoordelijkheden zijn opgesplitst in twee onderdelen. Het eerste onderdeel is het presenteren van de samenvattingen van de patiëntenzorg, het bespreken van de verschillende specialismen die betrokken zijn bij het zorgproces en hoe de zorg op dit moment verloopt. Het tweede onderdeel is leiderschap tonen, door de regie over het zorgproces van, - en planning van de zorg rondom de patiënt op zich te nemen. In het kader hiervan waarborgt de verpleegkundige de kwaliteit van patiëntenzorg (Royal College of Physicians en Royal College of Nursing, 2012; O'Mahony et al., 2007; Moroney and Knowles, 2006; Halm et al., 2003). De publicatie van Townsend-Gervis et al. (2014) laat een progressie zien in de verpleegkundige rol, waarbij de verpleegkundige tijdens de visite aan het bed een meer prominente rol krijgt bij de beoordeling en planning van de patiëntenzorg. Door als verpleegkundige telkens een stap vooruit te denken kan een behandeling of ontslag tijdig zowel bij arts als patiënt worden aangekondigd. Dit leidt tot een betere doorloop in de zorg, kostenbesparing en een hogere tevredenheid bij de patiënt.

2. Methoden

In dit hoofdstuk worden de gebruikte onderzoeksmethodieken uitgebreid beschreven en onderbouwd.

2.1. Onderzoek benadering

Om erachter te komen of er draagvlak is voor de invoering van visite aan het bed op de kraamafdeling, is er gekozen voor een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Door triangulatie toe te passen worden er meerdere bronnen van data gebruikt zodat bevindingen versterkt worden of tegen elkaar afgewogen kunnen worden. Het doel hiervan is om bepaalde standpunten te bevestigen of te verwerpen. Door het gebruik van triangulatie, het streven naar een hoge responsgraad en door alle disciplines te representeren wordt de interne validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd. De onderzoeksmethode van kwalitatief onderzoek, het uitvoeren van interviews, heeft een exploratief karakter. Dit zorgt voor het opdoen van nieuwe ideeën en inzichten door ervaringen, meningen en het perspectief van andere professionals te onderzoeken en de oorzaken van het probleem te analyseren (Baarda, 2013). Er is hierbij geen sprake van restricties: alle mogelijk interessante gegevens worden verzameld. Het kwantitatief gedeelte van het onderzoek zal uitgevoerd worden aan de hand van enquêtes. De enquête heeft gesloten meerkeuzevragen met ruimte voor eventuele opmerkingen en aanvullingen. Een voordeel van de vorm van enquêteren is dat je in een korte periode een grote groep participanten kunt benaderen (Migchelbrink, 2012; Baarda, de Goede, & Kalmijn, 2015).

2.2. Setting en participanten

Het MUMC+ beschikt over 715 bedden, waar per jaar ongeveer 26.305 opnames plaatsvinden en 7.620 medewerkers werkzaam zijn. De visie van MUMC+ is om continue de zorg te vernieuwen door onderzoek, onderwijs en opleiding (MUMC+, 2021). De kraamafdeling beschikt over 17 bedden waar zowel zwangere vrouwen als kraamvrouwen met en zonder baby opgenomen zijn. Het team op de kraamafdeling van het MUMC+ bestaat uit 40 verpleegkundigen, 3 verpleegkundigen in opleiding, 7 verloskundigen, 3 afdelingsassistentes, 1 secretaresse, 3 unitleiders en 1 afdelingshoofd. Binnen de kraamafdeling vindt de zorg voor de zwangeren, kraamvrouwen en pasgeborenen plaats. Deze zorg wordt uitgevoerd door (obstetrie) verpleegkundigen, verpleegkundigen in opleiding en incidenteel bij extreme drukte door unitleiders. Op de verloskamers worden patiënten opgenomen die ingeleid worden, in partu zijn of een sectio krijgen.

Alle verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding die werkzaam zijn op de kraamafdeling van het MUMC+ zijn uitgenodigd voor de enquête. Voor deelname aan de enquête zijn er geen exclusiecriteria gesteld daar alle uitgenodigde verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding deelnemen aan de artsensite. Voor deelname aan het interview werden er, in overleg met de werkbegeleider, participanten uitgenodigd met verschillende functieomschrijvingen binnen de afdeling verloskunde. Doordat alle uitgenodigde participanten deelnemen aan de artsensite, maar verschillen in functie, wordt ernaar gestreefd om zo rijk mogelijke data te verzamelen. Er zijn drie individuele interviews afgenomen met één verpleegkundige, één verloskundige en één arts. Alle participanten van de interviews en enquêtes ontvangen vooraf een uitnodiging voor deelname en gaven vóór aanvang schriftelijke toestemming (bijlage 1).

2.3. Dataverzameling

2.3.1. Literatuuronderzoek

Om inzicht te krijgen in wat visite aan het bed inhoudt en wat de inzet van visite aan het bed kan betekenen in de praktijk is er een literatuuronderzoek uitgevoerd. Er is op systematische wijze gezocht naar literatuur in boeken, tijdschriften en databanken. Het doel van een literatuuronderzoek is om bestaande kennis over het onderwerp of de probleemstelling te verzamelen (Krul, 2021). Er zijn boeken gebruikt uit de bibliotheek van Zuyd Hogeschool en de Universiteit van Maastricht. Daarnaast werd er naar literatuur gezocht in de verschillende databanken zoals 'Doorzoek informatiebronnen Zuyd' (DiZ), PubMed, Springerlink en Google Scholar. Zoektermen om literatuur te zoeken werden opgesteld aan de hand van de geformuleerde hoofdvraag. Er werd geavanceerd gezocht met behulp van de bouwsteenmethodiek en de booleaanse operatoren AND en OR om de zoektermen aan elkaar te koppelen. Tevens werd er in PubMed ook gebruik gemaakt van Medical Subject Headings (MeSH) termen zoals, 'ward round', 'multidisciplinary ward round', 'maternity ward' en 'artsensite aan het bed'. Vervolgens werd er gefilterd door de aanpassing in publicatiedatum te verkleinen naar 'niet ouder dan 10 jaar'. De gevonden literatuur werd in eerste instantie bestudeerd op basis van het abstract en relevantie, waarna indien bruikbaar geacht, de volledige tekst gelezen werd. Middels de sneeuwbalmethode zijn er ook bruikbare artikelen gevonden die ouder zijn van 10 jaar. Gezien de bruikbaarheid en validiteit passend bij de gestelde hoofdvraag is ervoor gekozen om ook deze oudere literatuur te gebruiken binnen deze thesis.

2.3.2. Enquêtes

Een enquête is een (semi)gestructureerde methode om snel over een grote groep mensen data te verzamelen. In een kort tijdsbestek wordt er een indruk verkregen over een breed

geheel aan onderwerpen (Mighebrink, 2012; Baarda et al., 2015). Om de visie van de verpleegkundigen te achterhalen is er een enquête gehouden onder het verpleegkundig personeel, bestaande uit Middelbaar Beroepsonderwijs (mbo) verpleegkundigen en Hoger Beroepsonderwijs (hbo) verpleegkundigen, specialistische verpleegkundigen en studenten van de afdeling Verloskunde (VED2) van het MUMC+ (n=41). Het doel van de enquête is om inzicht te krijgen in de efficiëntie van de artsensite in de oude vorm. Daarnaast wordt er in kaart gebracht of er draagvlak is voor de invoering van de site aan het bed en of de verpleegkundige deze vorm van artsensite als efficiënter werken ervaart. Er is gekozen voor een vragenlijst met 14 vragen, in te vullen aan de hand van de 5-punts Likertschaal. In deze vragenlijst is er gepoogd om zowel de oude als de nieuwe situatie in kaart te brengen. De vragen zijn samengesteld op basis van literatuur en eigen ervaringen binnen de afdeling. Aan het einde van de vragenlijst is er ruimte voor de respondent om aanvullingen en opmerkingen toe te voegen. De Likertschaal bestaat uit een serie stellingen over een onderwerp, waarover de respondent zijn mate van instemming kan aangeven. Per item wordt aan de respondent gevraagd, aan de hand van een serie geordende antwoordopties, aan te geven in hoeverre zij het eens is met de stelling, bijvoorbeeld 'helemaal mee eens' of 'oneens'. De losse items samen geven de attitude van de respondent richting een onderwerp aan. Er is gekozen om de enquête digitaal te sturen om de respondenten zo goed mogelijk te bereiken. De tijdsduur waarin de enquête ingevuld dient te worden is twee weken. Voorafgaand aan de mail met de enquête is er een mail naar het team gestuurd met informatie betreffende de enquête, anonimiteit en uiterste inleverdatum.

2.3.3. Interviews

Interviews blijken effectief om doelgericht informatie te verzamelen aan de hand van het door de onderzoeker bepaalde onderwerp. Het afnemen van een interview kan informatie over ervaringen, betekenis, gevoelens, kennis en meningen verstrekken (Mighebrink, 2012). Er zijn drie personen geïnterviewd: een arts, een verloskundige en een verpleegkundige. Er is gekozen om personen te interviewen vanuit verschillende functies om een vergelijking te maken betreffende hun mening omtrent de efficiëntie van de oude vorm van artsensite en van de nieuwe, huidige vorm site aan het bed. De interviews zijn uitgevoerd met behulp van een vooraf opgestelde topiclijst en vastgelegd middels een audio-opname. De topiclijst bevat alle onderwerpen die tijdens het interview ter sprake dienen te komen. Deze onderwerpen worden op basis van de probleemstelling opgesteld en gerangschikt. De topiclijst kan ook wel gezien worden als leidraad voor het interview (Dingemans, 2021). De opgestelde topiclijst (bijlage 2) heeft een onderzoekende structuur en bestaat uit zowel open- als gesloten vragen. Door gebruik te maken van een semigestructureerde aanpak komen

alle topics zoals: tijdstip, tijdsbestek, vorm en structuur van de artsenvisite aan bod. Daarnaast blijft er ook ruimte over voor extra toevoegingen van de respondent. Dit zorgt voor meer informatie en diepgang binnen het interview (Baarda et al., 2018).

2.4. Data-analyse

Uitkomsten van de enquête zijn geanonimiseerd en geanalyseerd middels Questback. Aan de hand van staafdiagrammen zijn de uitkomsten duidelijk weergegeven (bijlage 5). Open enquêtevragen zijn open en axiaal gecodeerd, de coderingen zijn terug te vinden in bijlage 6. De verkregen data uit de interviews worden alle woordelijk getranscribeerd; waardevolle uitspraken en antwoorden gegeven om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden krijgen een open codering en worden vervolgens axiaal gecodeerd. Door axiaal te coderen worden alle open codes geclusterd en beschreven in verschillende categorieën. De uitgewerkte transcripten zijn voorgelegd aan de drie deelnemers van de interviews met de vraag of het transcript overeenkomt met datgene zij gezegd hebben. Deze membercheck werd uitgevoerd om de validiteit van het transcript te verhogen. De feedback is verwerkt in de definitieve transcripten voor het gebruik in dit onderzoek. Er is deductief gekeken of alle vooraf opgestelde topics aan bod zijn gekomen tijdens het interview en inductief gekeken of er naast de topiclijst ook nog andere onderwerpen besproken zijn.

2.5. Ethische overwegingen

Alle deelnemers die hebben meegedaan aan dit onderzoek, zijn vooraf schriftelijk geïnformeerd en hebben vooraf een toestemmingsformulier ondertekend van vrijwillige deelname. De gegevens verkregen voor dit praktijkonderzoek worden anoniem verwerkt en tien jaar digitaal bewaard binnen een beveiligde omgeving van Zuyd Hogeschool te Heerlen. Om de privacy te beschermen zijn gegevens gecodeerd verwerkt.

3. Resultaten

Na de verzameling van data worden de resultaten beschreven. In paragraaf 3.1 worden de enquêtes aan de hand van de onderzoeksresultaten beschreven, waarna in paragraaf 3.2 de interviews worden uitgelicht aan de hand van thema's, verkregen na de axiaal codering.

3.1. Kwantitatief onderzoek

Om het draagvlak voor de invoering van de artsensite aan het bed op de kraamafdeling te onderzoeken is er een enquête uitgezet onder de verpleegkundigen en verpleegkundige in opleiding op verpleegafdeling D2. De enquête, terug te vinden in de bijlage 4, is opgedeeld in drie verschillende categorieën: 'efficiëntie en structuur', 'draagvlak' en 'belemmeringen voor implementatie'. In totaal werden er 41 enquêtes uitgezet met een responsgraad van 76% (n=31). De volledig uitgewerkte kwantitatieve resultaten uit de enquête zijn verwerkt in staafdiagrammen en terug te vinden in de bijlage 5. De open vragen uit de enquête zijn open en aansluitend axiaal gecodeerd in bijlage 6.

Efficiëntie en structuur

Voordat de pilot 'visite aan het bed' van start ging op de kraamafdeling verliep de artsensite volgens het merendeel niet efficiënt (66,7% eens, 16,7% helemaal eens). Efficiëntie werd in een meerkeuzevraag beschreven als veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig en correct. Uit de enquête kwam duidelijk naar voren dat een vaste structuur (55,2% eens, 44,8% helemaal eens) en een vast tijdstip (63,3% eens, 36,7% helemaal eens) van de artsensite als belangrijk wordt ervaren. Op de vraag of door de vaste structuur van visite aan het bed de visite sneller verloopt wordt wisselend geantwoord, 16,7% is het hier helemaal mee eens, 50,0% is het hiermee eens, 20,0% is neutraal en 13,3% is het oneens. Ook op de vraag of sinds de start van de pilot 'visite aan het bed' de visite efficiënter verloopt wordt dit door een kleine meerderheid (13,8% helemaal eens, 37,9% eens) wél zo ervaren, 37,9% antwoord met neutraal. De verpleegkundigen geven aan dat zij de betrokkenheid van de verpleegkundige belangrijk vinden (44,8% helemaal eens, 44,8% eens) en dat zij de regie over hun patiënt kunnen nemen tijdens de visite aan het bed (20,0% helemaal eens, 43,3% eens, 36,7% neutraal).

Draagvlak

Op de vraag of de verpleegkundige open staat voor verandering antwoord 36,7% met helemaal eens, 60,0% met eens en de overige 3,3% is neutraal. De meerderheid van de verpleegkundige geeft aan op de hoogte te zijn van de voordelen die visite aan het bed met

zich meebrengt (70,0% eens, 23,3% helemaal eens). Daarnaast is 20,0% het helemaal eens en 60,0% het eens met de implementatie van visite aan het bed.

Belemmeringen voor implementatie

Ondanks dat uit de meerkeuze vraag in de enquête blijkt dat er draagvlak is voor de implementatie van visite aan het bed, voorziet toch 35,7% van de verpleegkundigen belemmeringen, deze belemmeringen werden verder in kaart gebracht middels een open vraag. Meermaals komt de privacy van de patiënt op een tweepersoonskamer als reden hiervoor naar voren. Daarnaast wordt als belemmering aangegeven dat het voor de artsen lastig is om het vaste tijdstip te kunnen waarborgen door drukte op de verloskamers of spoedsectio's die tussendoor komen, waardoor de visite verplaatst wordt naar een later tijdstip.

3.2. Kwalitatief onderzoek

Met behulp van semigestructureerde interviews werden de ervaringen met de oude en nieuwe situatie en het draagvlak voor implementatie van visite aan het bed in kaart gebracht. Er werd één gynaecoloog, één verloskundige en één verpleegkundige individueel geïnterviewd. Na analyse van de transcripten zijn zes axiaal gecodeerde thema's naar voren gekomen in de codeboom (zie bijlage 3), wetende: 'structuur', 'samenwerking', 'efficiëntie', 'voor- en nadelen', 'draagvlak' en 'belemmeringen voor implementatie'. Deze zullen nader worden toegelicht in onderstaande paragrafen en middels citaten bekrachtigd worden.

Structuur

In de interviews kwam regelmatig naar voren dat de structuur in de oude situatie ontbrak. Er werd aangegeven dat de visite niet gestructureerd verliep: er was geen vast tijdstip en tijdsduur voor de visite, er was sprake van veel ruis en zaken werden niet afgerond tijdens de visite. Ook werd aangegeven dat er vaak dubbel werk werd gedaan.

Verloskundige: "En dan verliep het ook niet gestructureerd omdat ik dan eerst met de verpleegkundige de visite deed, dan ging ik soms zelf nog naar de patiënt om ze even te zien, en pas daarna sprak ik pas met de arts. Dan was je soms drie keer bezig. "

De structuur in de nieuwe situatie werd veel positiever ervaren. Zo waren de taken voor elke professional duidelijk, was er meer overzicht en was het beleid duidelijk. Ook werd de visite op vast tijdstip, in een vast tijdsbestek uitgevoerd.

Arts: “Ja ik vind het heel goed! Het heeft een hele goede structuur.. Ja er kunnen nog wel dingen gefinetuned worden in het format hoe we nu werken, maar ik denk dat het heel goed is dat je eerst de patiënt aan het woord laat, dan de verpleegkundige en uiteindelijk alles nog eens overlopen he. Alles wordt gecontroleerd, de medicatie, zijn er nog echo's die gebeuren moeten, hoe is het met het lab? Is het kruisbloed nog actueel? Ja.. wat is het beleid.. dat is toch de structuur. Ik denk dat dit heel goed werkt.”

Samenwerking

Zowel in de oude als de nieuwe situatie werd de samenwerking beschreven als goed. In de nieuwe situatie was echter duidelijker wat van eenieder verwacht werd, wat de samenwerking ten goede kwam. Hierdoor werd de multidisciplinaire samenwerking in de nieuwe situatie als beter ervaren ten opzichte van de oude situatie. Tevens speelt de verpleegkundige een belangrijke rol bij visite aan het bed.

Verpleegkundige: “Wat vind je van de rol van de verpleegkundige tijdens de visite aan het bed? Ja, heel belangrijk denk ik! Heel belangrijk ook dat die op de hoogte is dat als er bepaalde zaken verpleegkundig zijn en met eventuele controles dat is iets waar we goed voor moeten zorgen. Dat de verpleegkundige ook alles compleet heeft voor de visite.”

Ook kwam naar voren dat de multidisciplinaire kijk in de nieuwe situatie verbeterd was omdat meerdere zorgprofessionals tegelijkertijd visite lopen in plaats van apart van elkaar.

“En hoe vond je dan dat de communicatie verliep in de oude situatie tussen de verpleegkundigen, de verloskundigen en de artsen?

Ja op zich verliep de communicatie goed... Maar omdat je niet met zijn drieën bent heb je het effect dat je met drie mensen naar een patiënt kijkt, of beoordeeld, is dan veel minder. Dat is nu echt een verbetering”

Efficiëntie

Veelvuldig werd benoemd dat de oude situatie niet efficiënt was. Zo vergde de oude vorm van visite veel terugkoppeling, veel tijd en werden zaken niet afgerond.

“Gemiddeld duurde dit 2 tot 2,5 uur, dan was de hele kraamafdeling afgerond en vaak liep je dan tot half twee in de middag nog met je vragen en vaak moest je die dan overdragen aan de avonddienst en dat is echt niet prettig. ik moest veel terugkoppelen met de artsen en de verloskundigen. Veel informatie werd dubbel benoemd.”

De respondenten waren erg te spreken over de efficiëntie van de nieuwe vorm van visite. Zo werd er tijdsefficiënt gewerkt en was sprake van verbetering van kwaliteit. Er was namelijk ruimte om direct vragen te stellen, zaken af te ronden en werd er procesmatiger gewerkt.

Verpleegkundige: "... als je puur kijkt dat je je visite aan het bed doet voor het stukje wat speelt er vandaag en wat moet er nu is denk ik, is het efficiënter, want je kan natuurlijk met iedereen tegelijk kortsluiten en de patiënt is ook gelijk op de hoogte. En dan kan je ook gelijk wat de patiënt nog aangeeft ook meenemen, dan kun je kijken of je daar dan direct antwoord op kan geven of kijken of je dat kan afhandelen."

Voor- en nadelen

Zowel de oude als de nieuwe situatie kende volgens de geïnterviewde personen verschillende voor- en nadelen. Zo werd als nadeel benoemd dat er in de oude situatie veel ruis was tijdens de visite, dat zaken onafgerond bleven en dat er veel dubbel werk was. Een voordeel van de oude situatie was dat de verloskundige en de arts een beter totaalplaatje hadden van de patiënt omdat ze meer tijd hadden om zich in te lezen.

Arts: "Een nadeel is ook wat we net al zeiden is dat je natuurlijk gewoon toch stiekem heel erg lang bezig bent, hè. Je gaat het eerst allemaal voorbereiden, dan ga je het met de verpleegkundige bespreken, dan ga je langs de patiënt. Dan komen er nog dingen tussen je visite door van andere patiënten. ...De voordelen vond ik wel dat ik een beter beeld had van de patiënt en die kun je dan ook overdragen aan een arts. Dus dan weet je zelf ook waar extra aandacht voor moet zijn, of waar de knelpunten zitten. Omdat je je echt goed hebt ingelezen in die patiënt, en dat is nu niet."

In de nieuwe situatie werden er in verhouding meer voordelen dan nadelen gezien. De voordelen die in de interviews naar voren kwamen waren onder andere dat alles werd afgehandeld, dat het beleid duidelijk was voor de patiënt en dat visite aan het bed beter was voor de kwaliteit van zorg. Nadelen die benoemd werden waren vooral dat er minder ruimte was voor een persoonlijk gesprek met de patiënt en dat het een-op-een contact ontbrak.

Verloskundige: "Dat gewoon je communicatie direct is, dus ook direct je opdrachten doorgeeft, vast kan leggen, eventueel uitvoeren. Ja dat je gewoon sneller bent omdat je het allemaal tegelijk doet en niet allemaal afzonderlijk van elkaar. Dus ik denk dat het vooral een stuk efficiënter is en ook kwalitatief gezien echt beter is... En een nadeel vind ik ook wel een beetje.. dat als ik tijd had ik altijd wel lang bij patiënten ging praten, of gewoon een beetje

smalltalk. Dat heb je nu natuurlijk niet. En dat het een beetje onpersoonlijk is, ja.. goed die computer.”

Draagvlak

Uit de interviews bleek dat er bij alle betrokken professionals draagvlak is voor het implementeren van visite aan het bed. Zo werd er aangegeven door de verpleegkundigen dat ze bereid en enthousiast waren voor verandering en dat ze positieve ervaringen hebben met visite aan het bed. Ook werd aangegeven dat er onder de artsen en supervisors zeker draagvlak was voor de implementatie. Visite aan het bed werd gezien als een goede verandering voor de afdeling.

Verpleegkundige: “Ik denk dat het team van de kraam op dit moment bereid is om die veranderingen aan te pakken. En een aantal daarvan hebben al ervaring met visite aan het bed. Dus die kunnen die ervaring ook weer hierin meepakken. ... ik heb een positieve ervaring dus die wil ik zeer zeker hier op deze afdeling ook zien veranderen.”

Belemmeringen voor implementatie

Ook kwamen er een aantal belemmeringen voor implementatie van visite aan het bed naar voren. Dit werd voornamelijk gezien op organisatorisch niveau. Zo zijn er veel taken voor de supervisors weggelegd en is hun fysieke aanwezigheid soms een uitdaging gezien de drukte op de afdeling. Extra personeel wordt hierin als oplossing benoemd. Daarnaast is het moeilijk om de privacy van de patiënt op de tweepersoonskamers te waarborgen.

Arts: “Het staat of valt natuurlijk wel een beetje met de beschikbaarheid van mensen om dat te doen. ... We hebben op dat moment ook verloskamer-supervisie, soms ook nog een sectio én de visite aan het bed. En we proberen dat wel.. alleen dat lukt gewoon niet altijd ... je moet dan wel echt fysiek erbij zijn. En dat maakt dat het in combinatie met de verloskamer en soms een spoedsectio, gaat dat eigenlijk niet.. want dan moet je je in het slechtste geval in drie opsplitsen en dat gaat niet altijd.”

4. Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek beschreven en worden deze waar mogelijk vergeleken met bestaande literatuur. Vervolgens zal er kritisch naar het onderzoek worden gekeken door middel van het beschrijven van sterke en zwakke punten. Ten slotte zal er een conclusie worden getrokken.

4.1. Discussie

Bij de opzet van dit onderzoek is de volgende vraag centraal gesteld: *“Is er draagvlak bij de betrokken zorgverleners voor invoering van de artsensite aan bed in het kader van efficiënt werken op de kraamafdeling?”*. Er kan zowel uit de kwalitatief als de kwantitatief verkregen data worden gesteld dat er zeker draagvlak is voor de invoering van de artsensite aan het bed. Er blijkt dat site aan het bed voor meer structuur en een efficiëntere werkwijze zorgt, wat door het personeel als belangrijk wordt beschouwd. De goede structuur en efficiënte werkwijze zoals gezien in de nieuwe situatie ontbreekt in de oude situatie. Tevens wordt als voordeel benoemd dat de kwaliteit van zorg verbetert middels site aan het bed. Ook uit de literatuur blijkt dat bij site aan het bed de kwaliteit van de geboden zorg verbeterd wordt (Wölfel et al., 2016).

De hogere mate van efficiëntie wordt ook gezien in een onderzoek van de Mast, Schouten & Smit (2014) over de implementatie van site aan het bed. Als voorbeeld van verbeterde efficiëntie geven zij aan dat hoewel er meer tijd direct bij de patiënt wordt doorgebracht, de totale duur van de site een stuk korter is door het grotendeels wegvallen van de voorbereiding achter de computer. Ook dit komt terug in de zowel kwalitatief als de kwantitatief verkregen data van dit onderzoek.

Daarnaast kwamen er nog andere voordelen van site aan het bed aan het licht tijdens uitvoering van de pilot. Er blijkt dat sinds de start van de pilot site aan het bed de (multidisciplinaire) samenwerking verbeterd is. Dit wordt bekrachtigd door een onderzoek van Johnson & Batalden (2013). Hierin komt naar voren dat site aan het bed een veelbelovende methode is om de samenwerking tussen verschillende disciplines te verbeteren op de afdeling.

Desondanks worden er ook belemmeringen gezien voor de implementatie van site aan het bed, zoals gebrek aan privacy van de patiënt op een tweepersoonskamer of het niet aanwezig kunnen zijn van de supervisor door niet-planbare zaken op de verloskamers. Het gebrek aan privacy in de tweepersoonskamers zal in de toekomst opgelost worden door een

verbouwing, waarbij enkel nog eenpersoonskamers zullen worden gerealiseerd. Daarnaast wordt er op organisatorisch niveau gekeken naar de mogelijkheid voor het inzetten van extra personeel. Idealiter zou dit een arts zijn die gedurende de dienst enkel beschikbaar is op de kraamafdeling en niet gestoord kan worden voor zaken op de verloskamer.

Een van de weinige nadelen die wordt benoemd bij visite aan het bed, is het ontbreken van een-op-een contact voor de arts en verloskundige, waarbij soms belangrijke informatie verkregen wordt of een persoonlijker contact opgebouwd wordt. Ook dit probleem zou echter ondervangen worden wanneer er een extra arts gedurende de dienst enkel beschikbaar is op de kraamafdeling.

Dit onderzoek kent verschillende sterke en zwakke punten. In de enquête is er sprake van een hoge responsgraad van 76% (Exploratio, 2021). Dit geeft een goede afspiegeling van de werkelijkheid en zijn de resultaten naar de afdeling te generaliseren. Daarnaast zijn in het kwantitatieve onderzoek een arts, een verloskundige en een verpleegkundige betrokken waardoor alle betrokken zorgprofessionals gerepresenteerd zijn.

Er is echter gebruik gemaakt van een niet bestaande vragenlijst, waardoor de methodologische kwaliteit hiervan onbekend is. Daarnaast is de pilot uitgevoerd binnen een team dat weinig tot geen ervaring heeft met visite aan het bed. In deze opstartende fase kan deze vorm van visite af en toe nog veel tijd in beslag kan nemen, waardoor de hogere mate van efficiëntie mogelijk nog niet geheel tot uiting komt, wat op zijn beurt weer invloed kan hebben op het draagvlak dat bestaat voor invoering van visite aan het bed. In de toekomst zal de artsenvisite aan het bed verder gefinetuned worden en zullen de betrokken zorgprofessionals meer ervaring hierin opdoen. Ten slotte kan er sprake zijn van interviewer bias aangezien de interviews face-to-face zijn uitgevoerd door de onderzoeker.

4.2. Conclusie

Zowel uit de kwalitatief als kwantitatief verkregen data komt duidelijk naar voren dat er draagvlak is voor de invoering van artsenvisite aan het bed. Daarnaast laten de resultaten zien dat visite aan het bed zorgt voor een efficiëntere werkwijze met een duidelijke structuur op de kraamafdeling. De belemmeringen voor implementatie van visite aan het bed, zoals gebrek aan privacy op tweepersoonskamers en gebrek aan tijd van de arts zal in de toekomst aangepakt worden. Tevens zal verdere finetuning er in de toekomst voor zorgen dat de visite aan het bed nog beter verloopt.

5. Advies en inbedding

In dit hoofdstuk wordt het advies beschreven voor de opdrachtgever, over de invoering van visite aan het bed in het kader van efficiënt werken op de kraamafdeling. De adviezen zijn gebaseerd op de verkregen informatie uit literatuuronderzoek en deze studie.

5.1. Advies

Om inzicht te krijgen in de veranderbereidheid binnen de afdeling is er gebruik gemaakt van het DINAMO-model (Metselaar, Cozijnsen & van Delft, 1997) (Diagnostics Inventory for the Assessment of willingness to change among Management in Organisations). Het DINAMO-model brengt de bereidheid om te veranderen binnen een team of organisatie in kaart en geeft informatie over hoe de veranderbereidheid vergroot kan worden. Het model gaat uit van drie beïnvloedende factoren: willen, moeten en kunnen (Metselaar & Cozijnsen, 2016). Het DINAMO-model is verwerkt in de enquêtevragen waardoor de veranderbaarheid van zorgverleners in kaart gebracht kon worden (Metselaar & Cozijnsen, 2016). Het DINAMO-model is terug te vinden in bijlage 7.

Het advies is om visite aan het bed te implementeren, om op deze manier gestructureerd en efficiënt te werken binnen de kraamafdeling van het MUMC+. Om implementatie succesvol te laten verlopen zijn er een aantal aanbevelingen die gedaan worden. Afgeleid van de gegevens uit de literatuurstudie, de enquêtes, interviews en het DINAMO-model, worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Er zal een klinische les met goede uitleg over het belang en de voordelen van visite aan het bed worden verzorgd. Deze klinische les wordt bij de start op drie verschillende momenten aangeboden om zo alle zorgprofessionals die betrokken zijn te kunnen bereiken. Op deze manier worden collega's actief betrokken en is er ruimte voor wederzijdse discussie en vragen.
- Er dient een werkgroep 'visite aan het bed' samengesteld te worden. Deze groep omvat een verpleegkundige, een unitleider, een verloskundige en een arts, die onervaren collega's in hun vakgebied kunnen voorlichten en inwerken voor visite aan het bed te lopen.
- In de opstartfase dienen wekelijks knelpunten tijdens de visite gebundeld en besproken te worden met de verschillende disciplines om de visite aan het bed verder te finetunen. Implementatie dient volgens de PDCA-cyclus plaats te vinden.
- Wanneer er een werkgroep is samengesteld, dient deze een flowchart te ontwikkelen voor de verschillende disciplines die deelnemen aan visite aan het bed. Hierdoor is er

voor iedereen een duidelijk stappenplan voorhanden om ervoor te zorgen dat de visite efficiënt en gestructureerd verloopt. Dit zal zorgen voor tijdswinst.

- Indien mogelijk worden er eenpersoonskamers gecreëerd zodat de privacy van de patiënt gewaarborgd blijft tijdens de visite aan het bed.
- In overleg met de artsen en supervisors wordt er per september 2021 van maandag tot en met vrijdag een extra arts ingezet op enkel en alleen de kraamafdeling, welke ongestoord de visite aan het bed kan lopen.
- Om de patiënttevredenheid over de visite aan het bed in kaart te brengen zou een vervolgonderzoek naar patiënttevredenheid aanbevolen worden.

5.2. Inbedding

Om visite aan het bed binnen de kraamafdeling in te bedden dient er een werkgroep opgericht te worden. Deze werkgroep zal bestaan uit een arts, een verloskundige, een verpleegkundige, een unitleider en het afdelingshoofd. Door de verschillende disciplines in deze werkgroep te betrekken kunnen er juiste keuzes gemaakt worden betreffende het implementeren van visite aan het bed. Een van deze keuzes is om visite aan het bed uit te werken tot een vast onderdeel van de dagelijkse routine op de kraamafdeling. Als eerste zullen de resultaten van dit praktijkgericht onderzoek gedeeld worden binnen het team. Door visite aan het bed positief uit te dragen naar collega's worden ze gemotiveerd om visite aan het bed toe te passen op de werkvloer. In eerste instantie zal naast de verpleegkundige, de verloskundige en de arts, ook de unitleider aanwezig zijn tijdens de visite aan het bed om de tijd en structuur te bewaken. Maandelijks wordt er een evaluatiemoment gepland waarbij de bevorderende en belemmerende factoren worden besproken. Zodra het proces van visite aan het bed optimaal loopt, zal de unitleider niet meer hierbij aanwezig zijn. Het uiteindelijke doel is dat door visite aan het bed de artsenvisite sneller, gestructureerd en efficiënt verloopt en dat het een vast onderdeel wordt van het verpleegkundig proces binnen de kraamafdeling. Een punt van aandacht is dat de privacy van de patiënt altijd gewaarborgd moet blijven. Tevens dient er in de werkgroep voldoende aandacht te zijn voor het inlichten en informeren van collega's over het belang en de voordelen van visite aan het bed. Op deze manier zullen collega's gemotiveerd blijven om de artsenvisite aan het bed op de juiste wijze uit te voeren en dit tevens positief benaderen.

Literatuurlijst

- Anderson, C. D., & Mangino, R. R. (2006). Nurse Shift Report: Who Says You Can't Talk in Front of the Patient?. *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), pp. 112-122.
- Baarda, D.B. (2013). *Dit is onderzoek! Richtlijnen voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Baarda, D.B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek (4^e druk)*. Groningen/Utrecht, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., & Kalmijn, M. (2015). *Basisboek enquêteren: handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes (4^{de} druk)*. Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Clay-Williams, R., Plumb, J., Luscombe, G.M., Hawke, C., Dalton, H., Shannon, G. & Johnson, J. (2018). Improving Teamwork and Patient Outcomes with Daily Structured Interdisciplinary Bedside Rounds: A Multimethod Evaluation. *Journal of Hospital Medicine*, 13(5), pp.311-317.
- De Mast, Q., Schouten, I. & Smit, J. (2014). Visite aan het bed terug van weggeweest. Geraadpleegd op 16 juli 2021 via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/visite-aan-het-bed-terug-van-weggeweest.htm>
- Dingemanse, K. (2021). Topiclijst interview. Geraadpleegd op 14 juni 2021 via <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/voorbeeld-topiclijst-interview/>
- Exploratio (2021). De vier criteria. Geraadpleegd op 16 juli 2021 via <https://exploratio.nl/kennis/representatief-onderzoek/>
- Grimshaw, J., Hatch, D., Willard, M., & Abraham, S. (2016). A qualitative study of the change-of-shift report at the patients' bedside. *The Health Care Manger*, 35(4), 294–304.
- Halm, M., Goering, M. & Smith, M. (2003), "Interdisciplinary rounds impact on patients, families and staff", *Clinical Nurse Specialist*, 17(3), pp. 133-142.

- Herring, R., Desai, T. & Caldwell, G. (2011). Quality and safety at the point of care: how long should a ward round take? *Clinical Medicine*, 11(1), pp. 20-22.
- Johnson, J.K. & Batalden, P.B. (2013). Educating health professionals to improve care within the clinical microsystem. *McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement In Health Care*.
- Krul, A. (2021). *Zo doe je een literatuuronderzoek of literatuurstudie*. Geraadpleegd op 1 juni 2021, van <https://www.scribbr.nl/scriptie-structuur/hoe-doe-je-literatuuronderzoek/>
- Launer, J. (2013). What's wrong with ward rounds? *Postgrad Med*; 89:733-734
- Lees, L. (2013). The nurse's role in hospital ward rounds. *Nursing Times*, 102(12), pp. 12-14.
- Maastricht Universitair Medisch Centrum. (z.d.). *Dit is wat patiënten vinden van de visite aan bed*. Geraadpleegd op 27 mei 2021, via http://www.nazl.nl/sites/default/files/evaluatie_patienten_visite_aan_bed_website.pdf
- Manias, E. & Street, A. (2001). Nurse-doctor interactions during critical care rounds. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), pp. 442-450.
- Merten, H. (2018). *Verpleegkundige verdient grotere rol in artsenvisite*. Geraadpleegd op 9 september 2021, via <https://www.nursing.nl/verpleegkundige-verdient-grotere-rol-in-artsenvisite/>
- Metselaar, E., Cozijnsen, A. & van Delft, P. (1997). *Assessing the willingness to change: construction and validation of the DINAMO*. Amsterdam, Nederland: Vrije Universiteit.
- Metselaar, E. E., Cozijnsen, A. J., & Delft, P. (2016). *Van weerstand naar veranderbereidheid: Over willen, moeten en kunnen veranderen*. Amsterdam, Nederland: Reed Business Education.
- Migchelbrink, F.G.H.M. (2012). *Projectmatig werken en onderzoek doen: een handleiding voor professionals in onderwijs, zorg, welzijn en wonen*. Amsterdam: Nederland SWP.
- Moroney, N. & Knowles, C. (2006), "Innovation and teamwork: introducing multidisciplinary team ward rounds", *Nursing Management*, 13(1), pp. 28-31.

- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021). *Zorgproduct - DIS open data*. Geraadpleegd op 16 september 2021, van <https://www.opendisdata.nl/msz/zorgproduct/159899008>
- O'Leary, K.J., Wayne, D.B., Haviley, C., Slade, M.E., Lee, J. & Williams, M.V. (2010). Improving teamwork: Impact of structured interdisciplinary rounds on a hospitalist unit. *Journal of General Internal Medicine*, 25(8), pp. 826-832.
- O'Leary, K.J., Ritter, C.D., Wheeler, H., Szekendi, M.K., Brinton, T.S. & Williams, M.V. (2010). Teamwork on inpatient medical units: assessing attitudes and barriers. *Quality and Safety in Health Care*, 19(2), pp. 117-121.
- O'Mahony, S., Mazur, E., Charney, P., Wang, Y. & Fine, J. (2007). Use of multidisciplinary rounds to simultaneously improve quality outcomes, enhance resident education, and shorten length of stay. *Journal of General Internal Medicine*, 22(8), pp. 1073-1079.
- Parissopoulos, S., Timmins, F. and Daly, L. (2013). Re-exploring the ritual of the ward round, *Nursing in Critical Care*, 18(5), pp. 219-221.
- Perined (2020). Perinatale zorg in Nederland anno 2019: Landelijke perinatale cijfers en duiding. Utrecht 2020
- Roelofs, A. & Veldhuis, R. (2015). Verbeterplan zorgverbeteringsproject. Academisch Medisch Centrum.
- Royal College of Physicians and Royal College of Nursing (2012). *Ward Rounds in Medicine: Principles and Practice for Best Practice*. London: Royal College of Physicians.
- RVS. (2017). *Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: RVS.
- Seo, M., Tamura, K., Morioka, E. & Shijo, H. (2000). Impact of medical round on patients' and residents' perceptions at a university hospital in Japan. *Medical Education*, 34(5), pp. 409-411.
- Shankar, P.S. (2013). Ward rounds in medicine. *Rajiv Gandhi University of Health Sciences Journal of Medical Sciences*, 3(3), pp. 135-137.

- Soliman, A., Riyaz, S., Said, E., Hale, M., Mills, A. & Kapur, K. (2013). Improving the quality of care for medical inpatients by placing a higher priority on ward rounds. *Clinical Medicine*, 13(6), pp. 534-538.
- Stickrath, C., Noble, M., Prochazka, A., Anderson, M., Griffiths, M., Manheim, J., Sillau, S. and Aagaard, E. (2013). Attending rounds in the current era: what is and is not happening. *JAMA Internal Medicine*, 173(12), pp. 1084-1089.
- Swenne, C.L. & Skytt, B. (2014). The ward round – patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), pp. 297-304.
- Tidwell, T., Edwards, J., Snider, E., Lindsey, C., Reed, A., Scroggins, I., Zarski, C., Brigance, J. (2011). A Nursing Pilot Study on Bedside Reporting to Promote Best Practice and Patient/Family-Centered Care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(4).
- Townsend-Gervis, M., Cornell, P. & Vardaman, J.M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), pp. 917-928.
- Van Akkerveeken (2020). *Effectieve patiëntgerichte zorg*. Geraadpleegd op 14 jun 2021, via <http://www.pietervanakkerveeken.nl/klachten-ziekte-en-ziek-zijn/kwaliteit-van-zorg/>
- van Veenendaal, H., Rietmeijer, C., Voogdt-Pruis, H., & Raats, I. (2014). Samen beslissen is beter. *Huisarts En Wetenschap*, 57, 10, 524-527.
- van der Weijden, T., & Sanders-van Lennep, A. (2012). Keuzehulpen voor de patiënt. *Huisarts En Wetenschap*, 55, 11, 516-521.
- Verhaegh, K. J. M., Seller-Boersma, A., Simons, R., & Buurman, B. M. (2012). Multidisciplinaire visite: ontwikkeling en implementatie van een blauwdruk. *Tvz : Tijdschrift Voor Verpleegkundigen*, 122, 5, 51-55.
- Walton, V., Hogden, A., Johnson, J. & Greenfield, D. (2016). Ward rounds, participants, roles and perceptions: literature review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(4), pp. 364-379.

- Walton, J.M. & Steinert, Y. (2010). Patterns of interaction during rounds: implications for work-based learning. *Medical Education*, 44(6), pp. 550-558.
- Weber, H., Stockli, M., Nubling, M. & Langewitz, W.A. (2007). Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using rias. *Patient Education and Counseling*, 67(3), pp. 343-348.
- Wiklund, I., Sahar, Z., Papadopolou, M., & Löfgren, M. (2020). Parental experience of bedside handover during childbirth: A qualitative interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24.
- Wölfel, T., Beltermann, E., Lottspeich, C., Vietz, E., Fischer, M. R. & Schmidmaier, R. (2016). Medical ward round competence in internal medicine - an interview study towards an interprofessional development of an Entrustable Professional Activity (EPA). *BMC medical education*, 174.

Bijlagen

1. PIFF- vragenlijst

Informatie voor deelname aan:

“Efficiënt visite lopen doe je samen!”

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een onderzoek in het kader van de afstudeerstage van de opleiding hbo-V Deeltijd. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze brief omdat er een interview met u plaatsvindt om gegevens te verzamelen. Dit onderzoek zal plaatsvinden in Maastricht. Aan dit onderzoek zullen naar verwachting 40 personen meedoen.

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

1. Doel van het onderzoek

Binnen de kraamafdeling van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+) wordt er tot op heden niet gewerkt met een vaste structuur voor de artsensite en verlopen de visites niet gestructureerd. Hiervoor zijn een aantal oorzaken aan te wijzen, met name op organisatorisch niveau zoals het ontbreken van een vast tijdstip en tijdbestek waarin visite wordt gelopen. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de verschillende vormen van artsensite en om te kijken of er draagvlak is voor het veranderen van de huidige vorm van de artsensite op de kraamafdeling en een antwoord te kunnen geven op de gestelde hoofdvraag: ***“Is er draagvlak bij de betrokken zorgverleners voor invoering van de artsensite aan bed in het kader van efficiënt werken op de kraamafdeling?”***

2. Wat meedoen inhoudt

- De deelnemer moet een interview geven. Dit wordt face-to-face uitgevoerd op de kraamafdeling van het MUMC+.
- Het onderzoek loopt van mei 2021 tot en met september 2021, de duur van het interview zal maximaal 30 minuten in beslag nemen.

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

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek. Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u blijft meedoen.

4. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als:

- U uw bijdrage aan het onderzoek zoals hiervoor beschreven geleverd heeft;
- U zelf kiest om te stoppen;
- Het einde van het hele onderzoek zoals hiervoor beschreven is bereikt;
- De onderzoeker het beter voor u vindt om te stoppen.

Na het verwerken van alle gegevens informeert indien gewenst de onderzoeker u over de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek. Dit gebeurt ongeveer 3 maanden na uw deelname.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

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

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden.

Toegang tot uw gegevens voor controle

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

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

Bewaartermijn gegevens

Uw gegevens moeten 10 jaar digitaal worden bewaard op een beveiligde onderzoeklocatie en bij de opdrachtgever.

Bewaren en gebruiken van gegevens

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

Intrekken toestemming

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

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van [Autoriteit Persoonsgegevens](#) en de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen over uw rechten kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van de persoonsgegevens. Voor dit onderzoek is dat: Sanne Didden. Zie bijlage A voor contactgegevens.

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

6. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker.

Indien u algemene klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoeker of de docentbegeleider. Met vragen en klachten over de wetenschappelijke integriteit onderzoek kunt u terecht bij de Vertrouwenspersoon Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans. De vertrouwenspersoon probeert, als hij daartoe mogelijkheden ziet, te bemiddelen of de klacht anderszins in der minne op te lossen. Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot de klachtenfunctionaris van uw ziekenhuis/instituut. Alle gegevens vindt u in bijlage A: Contactgegevens.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

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

Dank voor uw aandacht.

Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens

Uitvoerende onderzoeker

Naam: Sanne Didden

Functie: Verpleegkundige in opleiding

Contactgegevens: sanne.didden@mumc.nl, 0640148679

Docentbegeleider

Naam: Pieter Eijgenraam

Functie: Docent Zuyd Hogeschool

Contactgegevens: pieter.eijgenram@zuyd.nl

Bereikbaarheid: maandag t/m vrijdag

Klachten

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

Wetenschappelijke Integriteit: prof. dr. Huub Spoormans.

E-Mail: huub.spoormans@ou.nl

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

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

Functionaris Gegevensbescherming (FG) van Zuyd Hogeschool

E-mail: functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl

Bijlage B: toestemmingsformulier proefpersoon

Titel onderzoek: "Efficiënt visite lopen doe je samen!"

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

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

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

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

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

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

2. Topiclijst interview

Hoofdvraag: “Is er draagvlak voor invoering van de artsenvisite aan bed in het kader van efficiënt werken op de kraamafdeling?”

Topic	Sub-topics	Vragen
1. Introductie	- Voorstellen - Toestemming opname - Anonimiteit - Doel gesprek - Duur gesprek	- Ik wil vooraf uw toestemming vragen om dit interview op te nemen en om het informed consent te tekenen - Uw anonimiteit wordt gewaarborgd - Toelichting onderzoek
2. Oude situatie	- Structuur oude vorm van visite/oude situatie in kaart brengen - Duur - Multidisciplinaire communicatie/overleg - Voor- en nadelen	- Voordat de pilot ‘visite aan het bed’ van start ging, had je het gevoel dat de visite gestructureerd verliep? - Kreeg je in de oude situatie de visite binnen een bepaald tijdsbestek afgerond - Hoe verliep de communicatie tussen de verpleegkundigen en de verloskundigen/artsen? - Had je het gevoel dat er alle zaken na de visite afgehandeld/afgerond waren? - Wat vond je voor- en nadelen van de ‘oude’ situatie?
3. Nieuwe situatie	- Structuur nieuwe vorm van visite/oude situatie in kaart brengen - Duur - Multidisciplinaire communicatie/overleg - Voor- en nadelen	- Hoe vind je de structuur van visite aan het bed? - Wordt bij visite aan het bed de visite binnen een vast tijdsbestek afgerond? - Hoe vind je de communicatie tussen de verschillende disciplines tijdens visite aan het bed?

		- Wat vind je van de rol van de verpleegkundige tijdens visite aan het bed? - Had je het gevoel dat er alle zaken na de visite afgehandeld/afgerond waren? - Wat zijn jouws inziens de voor- en nadelen van visite aan het bed?
Implementatie	- Belemmeringen voor implementatie - Draagvlak implementatie	- Wat is jouws inziens het belang van visite aan het bed? - Zijn er belemmeringen die je voorziet waarom visite aan het bed niet zou kunnen werken binnen de kraamafdeling? - Vind je dat na de pilot visite aan het bed, dit geïmplementeerd moet worden op de kraamafdeling? - Heb je het gevoel dat er draagvlak is voor de implementatie van visite aan het bed op de kraamafdeling? - Sta jij persoonlijk open voor implementatie van visite aan het bed en kun je dit verder toelichten?
Efficiëntie	- Efficiëntie	- Heb je het gevoel dat door visite aan het bed de zorg efficiënter verloopt, dit wil zeggen dat er geen overbodige handelingen uitgevoerd worden en dat het veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig en correct wordt uitgevoerd?

Afronding	- Onbesproken zaken - Bedanken	- Zijn er zaken die niet besproken zijn en welke je wel noodzakelijk vindt om te vertellen over dit onderwerp?
-----------	---	--

3. Codeboom interviews

Codeboom					
Structuur	Samenwerking	Efficiëntie	Voor- en nadelen	Draagvlak	Belemmeringen implementatie
Geen structuur ¹ Duur is te lang ¹ Geen vast tijdstip ¹ Dubbel werk ¹ Beleid onduidelijk ¹ Duurt lang ¹ Duidelijke taken ² Goede structuur ² Finetuning nodig ² Duidelijk beleid ² Duidelijke structuur ² Vast tijdsbestek ² Structuur ² Overzicht ² Beter overzicht ² Geen vast tijdsbestek ¹	Meer afstemming ² Alle disciplines zijn betrokken ² Iedereen weet wat er verwacht wordt ² Multidisciplinaire samenwerking ² Communicatie goed ¹ Multidisciplinaire kijk ontbreekt ¹ Communicatie is goed ¹ Rechtstreekste communicatie ² Verpleegkundige belangrijke rol ² Verpleegkundige betrokken ²	Veel terugkoppeling ¹ Veel dubbel benoemd ¹ Niet efficiënt ¹ Afbakenen tijd ² Vragen worden gelijk gesteld ² Niet zo efficiënt ¹ Nieuwe situatie is efficiënt ² Tijdsefficiënt ² Verbetering procesmatig werken ² Efficiënt ² Efficiënter ² Meer zaken afgerond ² Communicatie is direct ² Veel efficiënter ²	Veel ruis ¹ Onafgeronde zaken ¹ Geen voordelen ¹ Veel onduidelijkheden ¹ Alles wordt afgehandeld ² Duidelijk voor patiënt ² Betrokkenheid patiënt ² Duidelijke verwachtingen ² Vragen patiënt meteen beantwoord ² Onafgehandelde zaken ¹ Goed beeld patiënt ¹ Goed totaalplaatje ¹ Weinig tijd ¹ Overzicht voorgaande dagen ontbreekt ¹ Moeilijk om tijd te bewaken ²	Bereid voor verandering Goede ervaring met visite aan het bed Positieve ervaring Goede verandering voor de afdeling Draagvlak aanwezig Zeker implementeren Op langere termijn is visite aan het bed effectief en verloopt sneller Vóór implementatie Enthousiast voor implementatie Zeker draagvalk vanuit de staf 'Wil' is er	Veel taken voor de staf Fysieke aanwezigheid supervisor is soms lastig Extra personeel zou het beste zijn Privacy patiënt
Afspraken worden niet meteen vastgelegd ¹ Terugkoppeling niet gestructureerd ¹ Fijne structuur ² Tijdsbestek afhankelijk van verschillende variabelen ² Beschikbaarheid van mensen ² Discipline ²			Minder inbreng verpleegkundige ² Alles goed afgerond ² Aandacht voor patiënt ² Veel inzet supervisor ² Weinig ruimte voor persoonlijk gesprek ² Afstandelijk ² Een-op-een contract ontbreekt ² Duidelijk beleid ² Onpersoonlijk ² Veiliger ² Patiënt voelt zich serieus genomen ² Arts is op de hoogte ² Zaken worden afgerond ² Problemen met waarborgen privacy ² Gestoord worden ¹ Dubbel werk ¹ Veel vragen tussendoor ¹ Beter voorbereid ¹	Open voor implementatie	
			De visite duurde erg lang ¹ Korter tijdsbestek bij complexe patiënt ² Patiënt is gelijk op de hoogte ² Patiënt is betrokken ² Beter voor de kwaliteit van zorg ² Fungeert als een checklist ² Kwaliteit verhogen ²		

¹ Van toepassing op de oude situatie, ² van toepassing op de nieuwe situatie

4. Enquête visite aan het bed

Beste collega,

Alvast hartelijk dank dat je mij wilt helpen bij mijn afstudeeronderzoek door deze enquête in te vullen!

Momenteel zijn wij binnen de kraamafdeling bezig met een pilot 'visite aan het bed'. Door het afnemen van deze enquête hoop ik erachter te komen of de pilot 'visite aan het bed' een efficiëntere werkwijze creëert en of er draagvlak is op de afdeling om visite aan het bed in de toekomst te implementeren.

De enquête bestaat uit 13 vragen, het invullen van de enquête zal ongeveer 5 minuten in beslag nemen.

Met vriendelijke groet,

Sanne Didden

Antwoorden zijn niet naar een persoon te herleiden en worden vertrouwelijk verwerkt.

1. Voordat de pilot 'visite aan het bed' gestart werd, verliep de artsenvisite efficiënt (veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig en correct):
 - a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens

2. Ik vind het belangrijk dat de artsenvisite dagelijks op een vast tijdstip plaatsvindt:
 - a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens

3. Ik vind het belangrijk dat er tijdens de artsenvisite volgens een vaste structuur (zoals een vast tijdstip, vaste opbouw) gewerkt wordt:
 - a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens
4. Door de vaste structuur die tijdens de pilot “visite aan het bed” wordt gehanteerd verloopt de visite sneller:
 - a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens
5. De kwaliteit van zorg verbeterd als de visite aan het bed plaatsvindt:
 - a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens
6. Door de betrokkenheid van de patiënt bij visite aan het bed, heeft de patiënt achteraf minder vragen voor mij als verpleegkundige:
 - a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens
7. Ik vind de betrokkenheid van mij als verpleegkundige belangrijk bij ‘visite aan het bed’:
 - a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens

- e. Helemaal oneens
8. Ik kan de regie over mijn patiënten nemen (voor uit denken en zorg plannen) tijdens 'visite aan het bed':
- a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens
9. Sinds de start van de pilot 'visite aan het bed' verloopt de visite efficiënt (veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig en correct):
- a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens
10. Ik sta open voor verandering van de oude vorm van artsensite naar de nieuwe vorm: visite aan het bed:
- a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens
11. Ik ben op de hoogte van de voordelen die 'visite aan het bed' met zich meebrengt (vaste structuur/tijdsbestek, betrokkenheid patiënt, multidisciplinaire samenwerking):
- a. Helemaal eens
 - b. Eens
 - c. Neutraal
 - d. Oneens
 - e. Helemaal oneens

12. Ik vind dat 'visite aan het bed' geïmplementeerd moet worden op de kraamafdeling:

- a. Helemaal eens
- b. Eens
- c. Neutraal
- d. Oneens
- e. Helemaal oneens

13. Ik zie belemmeringen voor implementatie van 'visite aan het bed':

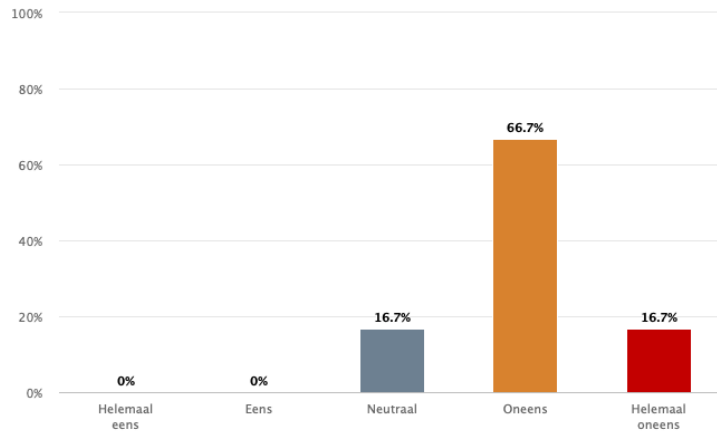
- a. Nee
- b. Ja

Zo ja, welke?: _____

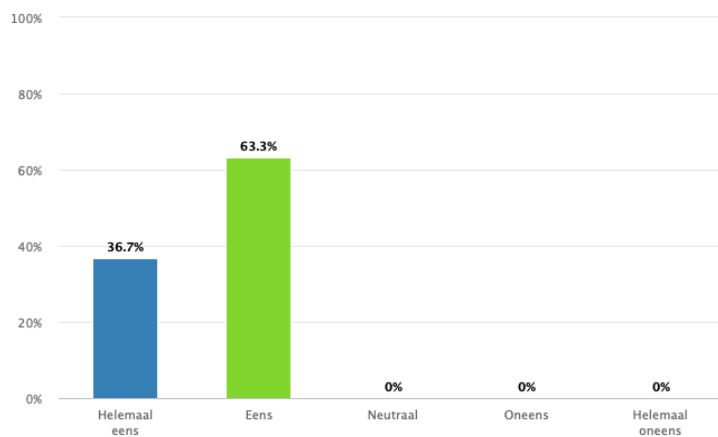
Aanvullingen/ opmerkingen:

5. Resultaten enquête

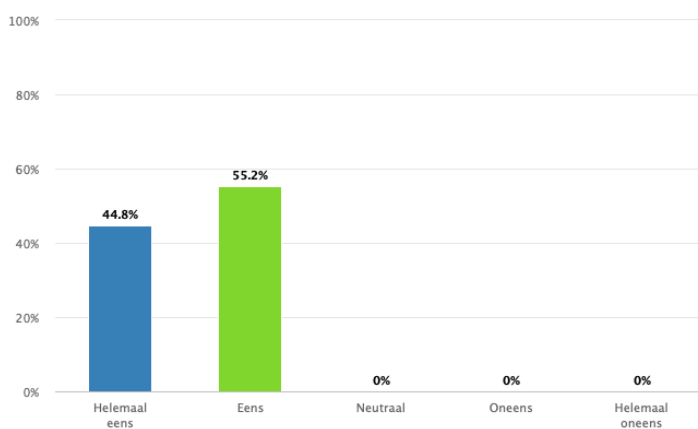
Voordat de pilot 'visite aan het bed' gestart werd, verliep de artsensite efficiënt (veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig en correct)?



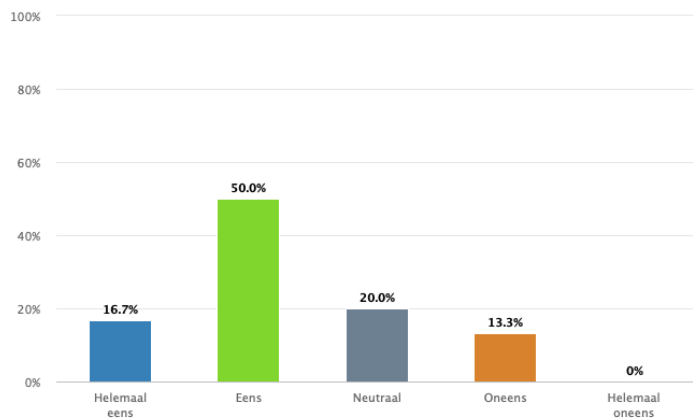
Ik vind het belangrijk dat de artsensite dagelijks op een vast tijdstip plaatsvindt?



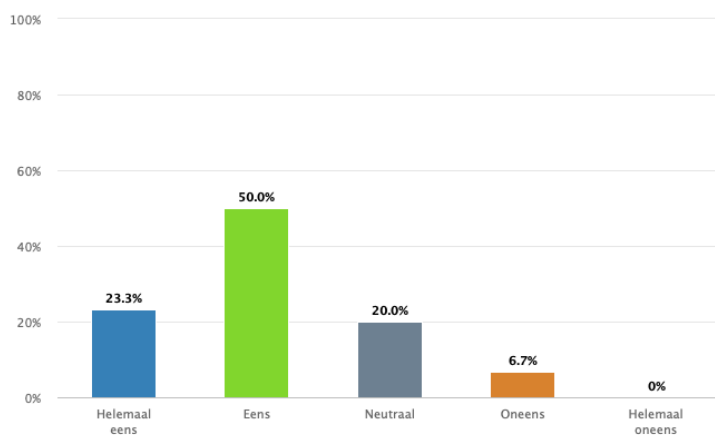
Ik vind het belangrijk dat er tijdens de artsensite volgens een vaste structuur (zoals een vast tijdstip, vaste opbouw) gewerkt wordt?



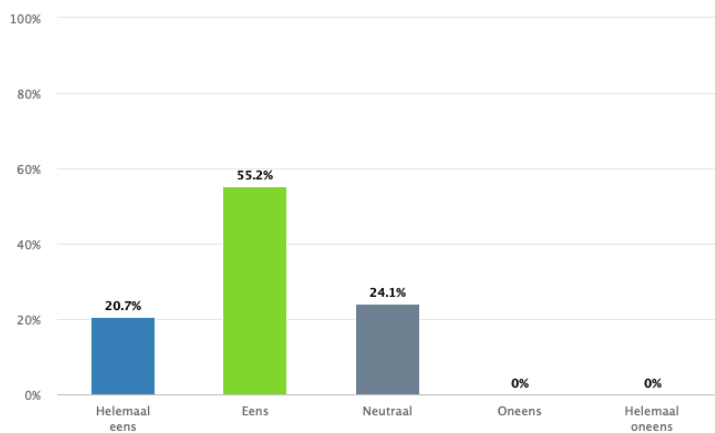
Door de vaste structuur die tijdens de pilot “visite aan het bed” wordt gehanteerd verloopt de visite sneller:



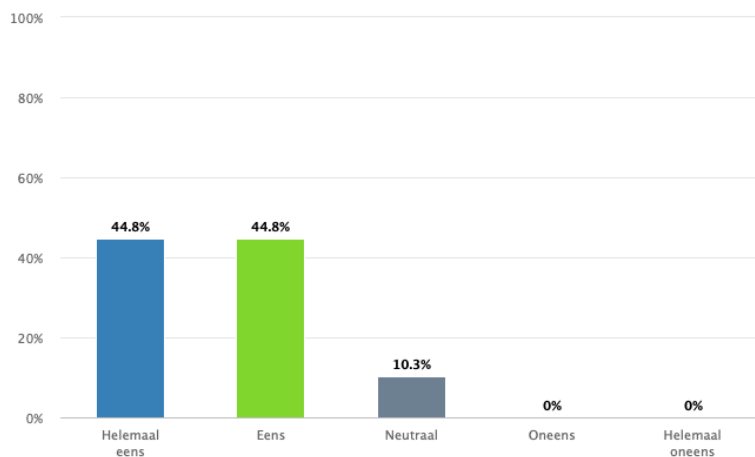
De kwaliteit van zorg verbeterd als de visite aan het bed plaatsvindt?:



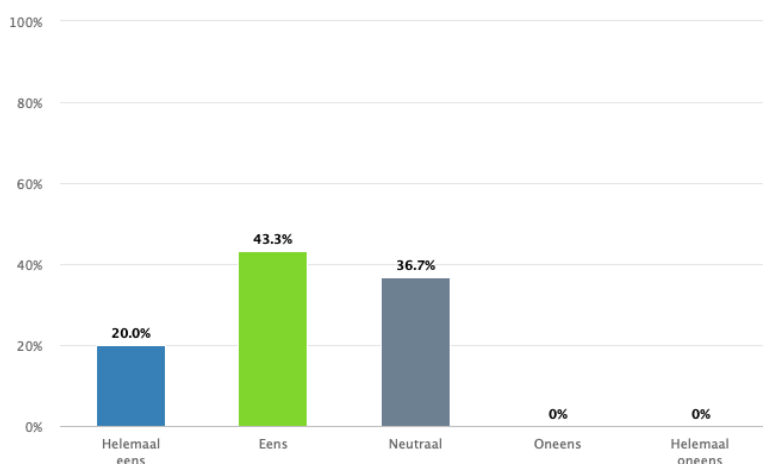
Door de betrokkenheid van de patiënt bij visite aan het bed, heeft de patiënt achteraf minder vragen voor mij als verpleegkundige?



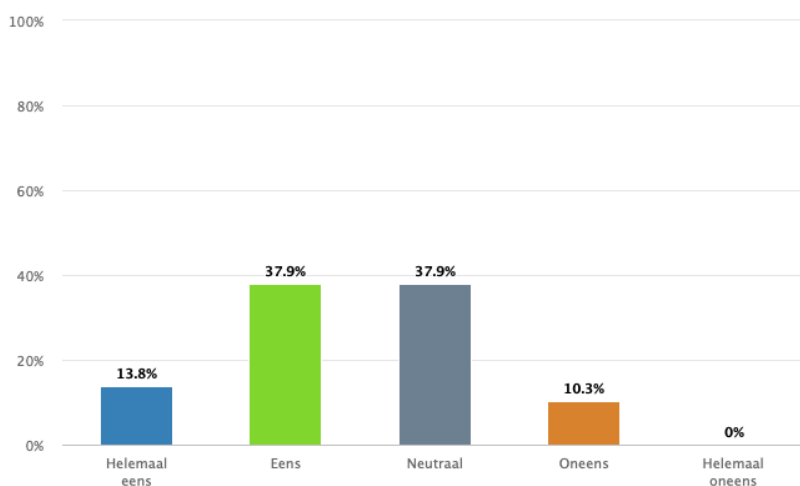
Ik vind de betrokkenheid van mij als verpleegkundige belangrijk bij 'visite aan het bed'?



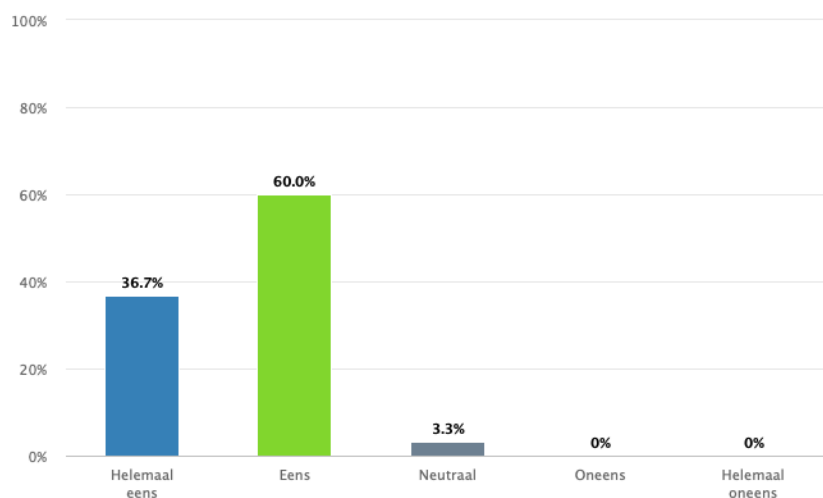
Ik kan de regie over mijn patiënten nemen (voor uit denken en zorg plannen) tijdens 'visite aan het bed'?



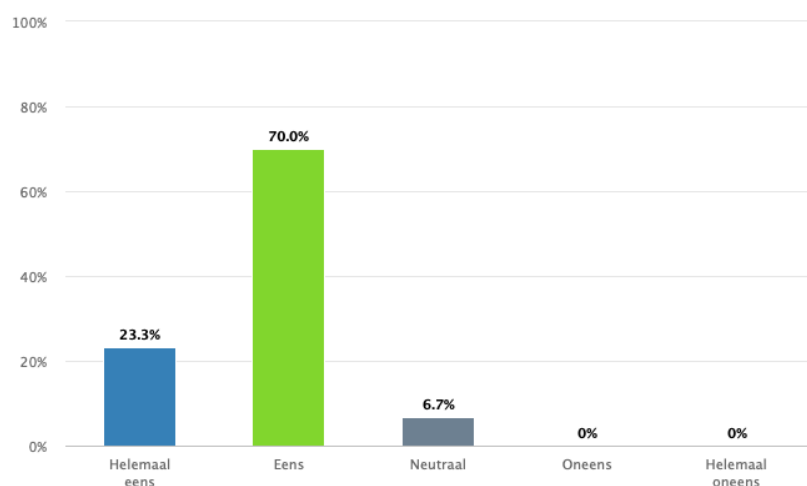
Sinds de start van de pilot 'visite aan het bed' verloopt de visite efficiënt (veilig, effectief, patiëntgericht, tijdig en correct)?



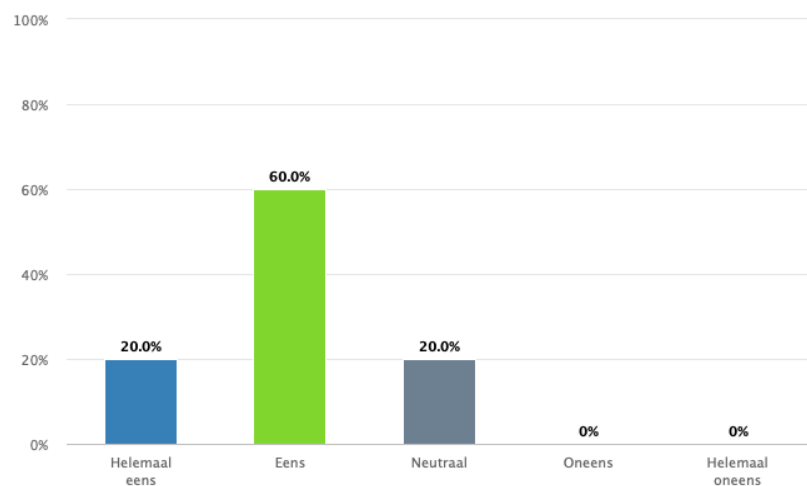
Ik sta open voor verandering van de oude vorm van
artsenvisite naar de nieuwe vorm: visite aan het bed?



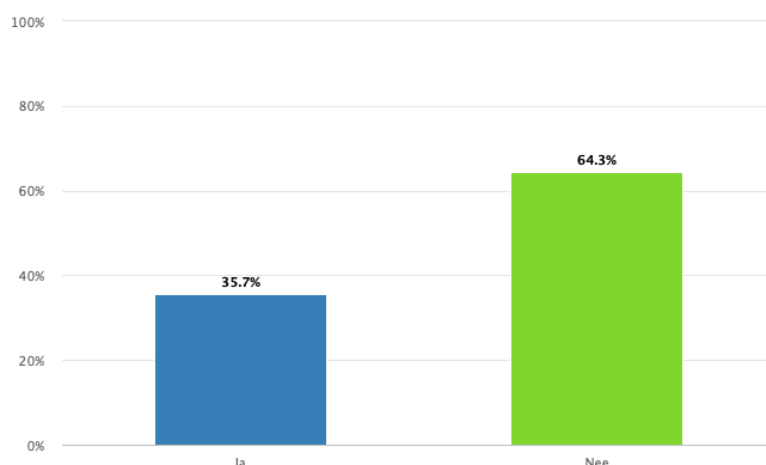
Ik ben op de hoogte van de voordelen die 'visite aan het bed' met zich meebrengt? (vaste structuur/tijdsbestek, betrokkenheid patiënt, multidisciplinaire samenwerking)



Ik vind dat 'visite aan het bed' geïmplementeerd moet worden op de kraamafdeling?



Ik zie belemmeringen voor implementatie van 'visite aan het bed'?



Indien je bij de vorige vraag 'ja' hebt geantwoord, welke belemmeringen voorzie jij dan?

Meerpersoonskamers en privacy van de patiënt.

Dat er te weinig artsen zijn om een vast tijdstip te kunnen borgen. Denk bijv. aan de dagen dat er een gynaecoloog de primaire sectio moet doen of een spoed op de vk waardoor de visite verplaatst wordt naar een later tijdstip

In het geval dat er 2 personen op de kamer liggen kan de privacy niet gewaarborgd worden.

waarborg van de privacy van de patiente op een 2-persoonskamer

Vind de "hoeveelheid" mensen die nu een kamer binnen komen erg veel.

Ik denk dat visite aan bed zeker efficiënter is en voor de patient en verpleegkundige veel beter. Ik heb alleen mijn bedenkingen over de tijd. We hebben tijdens de pilot nog geen visite gelopen over een volle afdeling. En dan zie ik toch wel beren op de weg. Uiteindelijk wanneer de unitleiders de visite "alleen" kunnen lopen zonder dienst oudste dan kan het wel efficiënt worden.

- Ik denk dat het heel belangrijk is dat op voorhand met de collega's wordt afgesproken dat zij bellen lopen zodra iemand bezig is met de visite aan bed. Tijdens de visite is het namelijk niet prettig om ook nog bellen te lopen. - Ik vraag me af wat de taak van de unitleiders precies is bij de visite? Bij problematische casustieken is het wenselijk natuurlijk, maar verder vraag ik me af of het niet te druk wordt op de kamers / privacy van patiënten niet gewaarborgd kan worden? Tot nu toe heb ik unitleiders nog geen inbreng zien hebben hierin. - Ik vraag me ook af of we wel visite moeten lopen op het moment dat moeder aan het kolven / voeden is. Als we de visite dan later doen, is er weer een risico dat de structuur onderbroken wordt en men dus alsnog langer bezig is met de visite dan gepland.

Het is even wennen, maar ik zie alleen voordelen

onvoldoende privacy voor de patient op een twee persoonskamer. Niet alle zaken die gevoelig zijn kunnen dan aan bod komen en burens krijgen alles mee.

Visite aan bed ben ik op zich voorstander van. Op mijn vorige afdeling waar ik werkzaam was werd dit ook gedaan. Maar bijvoorbeeld de secretaresse er veel meer bij betrokken. Bijvoorbeeld wanneer er lab en kweken moeten worden afgenomen, dit in de afsprakenlijst zetten zodat zij het vervolgens kunnen uitleggen en eventueel kweekbriefjes in de dienst aan bord ophangen zodat dat werk je al bespaard blijft wanneer het druk is en zo loopt de visite ook meer door. Ook ontslagbrieven zou de secretaresse kunnen uitprinten.

gezien niet iedereen zich bewust is van een goede voorbereiding van de visite komt de visite aan bed niet tot zijn recht

privacy is 1e prioriteit bij visite aan bed. en helaas is dat op n tweepersoonskamer niet mogelijk.

Heb je nog aanvullingen of opmerkingen?

Ik heb mog geen ervaring met visite aan bed . Heb steeds op vk gewerkt . Maar denk dat het efficiënter en fijner is voor patient . Op een 2 persoonskamer kan het een nadeel zijn wegens privacy .

Persoonlijk vind ik het fijner om de visite NIET aan bed te doen, maar in een rustige omgeving op kantoor.

In verband met mijn avond en nachtdiensten ben ik er nooit als de visite aan bed wordt gelopen

Nog geen visite aan bed gedaan ivm vele avonddiensten en als ik dan vroege heb sta ik altijd op vk

Hoe is de rol van de leiding in de visite? wordt deze straks overgenomen?

Verder erg enthousiast erover.

Ik vind dit een top onderwerp en zeker van meerwaarde voor de afdeling + kwaliteit van zorg!

Ik heb zelf nog geen visite aan bed gelopen.

Nog maar 1 keer visite aan bed gedaan Lijkt efficiënter te zijn dan de `oude` visites en meer betrokkenheid met de patient wat natuurlijk goed is. Enkel is mij het voordeel van de aanwezigheid van de unitleiding niet duidelijk, lijkt mij overbodig.

Structuur zoals vast tijdstip en duidelijkheid zijn altijd wenselijk bij artsenvisite. De betrokkenheid van de patiënt is een groot voordeel wat ik vanuit mijn vorige banen ken. Op sommige vragen kan ik alleen neutraal antwoorden aangezien ik nog niet op de kraam in het MUMC heb gewerkt.

Enige punt vind ik dat het soms erg lang duurt op de kamers. Het is zeker efficiënt, maar neemt soms nog veel tijd in beslag. Maar dat kan ook doordat het pas is opgestart.

goede voorbereiding zorgt dat er niet meer moet gevraagd worden naar controles die reeds in sap staan , waardoor de visite op een goed tempo kan verlopen en niet veel tijdverlies geeft op de kamer aanwezig is ik vind de visite aan bed goed maar kan beter neemt nog steeds te veel tijd in beslag voor mijn gevoel

meer structuur zou te bereiken zijn door een vast iemand (de unitleider) elke dag als vaste persoon de leiding over de visite zou hebben.

6. Codering enquête

Codering open vragen enquête		
<i>Efficiëntie en structuur</i>	<i>Draagvlak</i>	<i>Belemmeringen voor implementatie</i>
- Zeker efficiënt - Voor patiënt en verpleegkundige beter - Unitleiders visite alleen laten doen - Secretaresse erbij betrekken - Efficiënter en fijner voor patiënt - Nieuwe vorm lijkt efficiënter - Structuur is altijd wenselijk - Zeker efficiënt, kost soms nog veel tijd, opstartende fase - Meer structuur aanbrengen door unitleider visite te laten lopen	- Even wennen, maar alleen maar voordelen - Voorstaander van visite aan het bed - Enthousiast - Meerwaarde voor de afdeling - Meerwaarde in de kwaliteit van zorg - Betrokkenheid van de patiënt is goed - Betrokkenheid van de patiënt is een voordeel - Goede voorbereiding bespaart tijd	- Privacy patiënt - Te veel mensen - Vast tijdstip lastig te waarborgen - Te weinig artsen - Bellen tijdens de visite - Liever visite op een rustige plek zoals kantoor - Visite neemt nu nog veel tijd in beslag

7. DINAMO-model

Aspect	Beïnvloedende factoren	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Willen	<i>Gevolgen werk (8)</i>	- Door visite aan het bed zal de visite efficiënter en gestructureerd verlopen	- In de pilot fase duurt de visite soms nog lang omdat iedereen aan de nieuwe structuur moet wennen
	<i>Emoties (10)</i>	- 96,7% van de verpleegkundigen staat open voor veranderingen (36,7% helemaal eens, 760,0% eens) -80% vindt dat visite aan het bed geïmplementeerd moet worden (20% helemaal eens, 60% eens)	- 6,7% geeft neutraal als antwoord of zij op de hoogte zijn van de voordelen van visite aan het bed - 20% geeft neutraal aan op de vraag of visite aan het bed geïmplementeerd moet worden
	<i>Meerwaarde (5)</i>	- Alles wordt meteen afgehandeld en het beleid is duidelijk voor de patiënt - Beter voor de kwaliteit van zorg	- Minder ruimte voor een persoonlijk gesprek - een-op-een contact ontbreekt - minder persoonlijk doordat er computers in de kamer staan
	<i>Betrokkenheid (9)</i>	- patiënt is beter betrokken bij zorgproces	
Moeten	<i>Interne druk (3)</i>	- De organisatie wil graag visite aan het bed inzetten, MUMC+ wil dit ziekenhuisbreed	
	<i>Externe noodzaak (13)</i>	- 93% ziet de voordelen van het inzetten van visite aan het bed (23,3% helemaal eens, 70,0% eens) - Uiteindelijk zal visite aan het bed minder tijd kosten, waardoor er tijd over is voor andere zaken	
Kunnen	<i>Kennis en ervaring (11)</i>	Ervaren verpleegkundigen moeten de minder ervaren verpleegkundigen (welke vaak op verloskamer werken) informeren en begeleiden bij het uitvoeren van de visite aan het bed	Doordat sommige verpleegkundigen veel op de verloskamers werken hebben zij nog geen ervaring met visite aan het bed,
	<i>Aansturing (4)</i>	De unitleider zal in de beginfase de verpleegkundigen, verloskundigen en arts begeleiden zodat de juiste structuur en het juiste tijdsbestek gehanteerd wordt	- Sommige verpleegkundigen staan maar een enkele keer op de kraamafdeling waardoor zij niet eigen worden met de structuur van visite aan het bed
	<i>Informatie (2)</i>	- Door middel van een presentatie van de resultaten worden verpleegkundigen geïnformeerd en gemotiveerd om visite aan het bed op de juiste wijze toe te passen	- Moeilijk om op één moment alle verpleegkundigen te benaderen, daarom meerdere informatiesessies plannen
	<i>Verandervermogen (7)</i>	- Het team staat positief tegenover de verandering, het	35,7% voorziet belemmeringen bij het implementeren

		draagvlak voor verandering is aanwezig	
	<i>Timing (12)</i>	Meteen na de pilot wordt visite aan het bed geïmplementeerd als vast onderdeel	Door een personeelstekort komt er meer druk op de verpleegkundige, de implementatie van visite aan het bed kan daardoor ook als negatief ervaren worden, het kost weer extra energie
	<i>Complexiteit (1)</i>	- Tijdens de pilot is de verandering al ingezet, deze moet alleen verder uitgewerkt en gefinetuned worden	- verandering kost tijd, het heeft tijd nodig voordat visite aan het bed helemaal soepel verloopt