

“Voorkom onduidelijkheid na ontslag, dus voer een goed ontslaggesprek!”

“Prevent ambiguity after discharge, so enter a good discharge conversation!”

Aanbevelingen rondom het ontslaggesprek van de CVA patiënt.

Recommendations concerning the discharge interview of the CVA patient.



(Amsterdam UMC, 2019)

Bachelor thesis

Student: Nikki Klein,
1512129

Klas: VO424

Docentbegeleider:
Monique du Moulin

Tweede beoordelaar:
Herbert Habets

Peerassessor: Sanne
Tesselaar

Werkbegeleiders: Dennis
Brocaar, Nicky Poeth,
Romy Ruijters & Wendy
Smeets

Praktijkbegeleiders:
Roanne Fredrix & Annelies
Desplenter

Opleiding: HBO-V (duaal),
differentiatie 4

Faculteit:
Gezondheidszorg, Zuyd
Hogeschool Heerlen

Stageplek: Afdeling C5
(neurologie) MUMC+

Inleverdatum: 24-05-2019

Samenvatting

Uit cijfers is gebleken dat in Nederland elk jaar circa 43.000 mensen een Cerebro Vasculair Accident [CVA]/ beroerte krijgt, waarvan 20% een hersenbloeding heeft en 80% een herseninfarct. Een CVA staat bij vrouwen op de tweede plaats als meest voorkomende doodsoorzaak en bij mannen op de derde plaats in Nederland. Uit het jaarverslag van 2017 is gebleken dat er in het Maastricht Universitair Medisch Centrum + [MUMC+] 592 patiënten zijn opgenomen met een beroerte. Hiervan hadden 431 patiënten een herseninfarct, 76 patiënten een hersenbloeding en 85 patiënten een Transient Ischemic Attack [TIA]. Op afdeling C5 (neurologie) van het MUMC+ vindt bijna dagelijks een ontslaggesprek plaats met een CVA patiënt. Uit eerdere informele gesprekken blijkt echter dat de uitvoering van dit ontslaggesprek niet altijd even correct en consequent verloopt en is daarmee ook de aanleiding voor het schrijven van deze bachelor thesis. Het doel van deze bachelor thesis is om in het kader van kwaliteitsverbetering, aanbevelingen te geven aan de verpleegkundigen omtrent de kennis en uitvoering/ werkwijze van het ontslaggesprek van de CVA patiënt op de afdeling neurologie, zodat onduidelijkheid bij de patiënt en eventueel de familie wordt voorkomen. De hoofdvraag in deze bachelor thesis luidt al volgt: “Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om de kennis en werkwijze rondom het ontslaggesprek van de CVA patiënt te verbeteren, zodat onduidelijkheid uitblijft ten gevolge van een gebrekkig ontslaggesprek?” Het onderzoek van deze bachelor thesis is uitgevoerd aan de hand van het implementatiemodel van Wensing en Grol, waarbij de wenselijke en feitelijke situatie in kaart is worden gebracht. Aan de hand hiervan zijn een aantal bevorderende en belemmerende factoren naar voren gekomen. Vanuit de bevorderende en belemmerende factoren zijn een aantal strategieën en interventies opgesteld. Ook is er in deze bachelor thesis gebruik gemaakt van andere onderzoeksmethoden, zoals een literatuurstudie, een semigestructureerd interview, een enquête, een informeel gesprek en een observatie. Om het ontslaggesprek bij de CVA patiënt correcter en consequenter te laten verlopen, kan geconcludeerd worden dat er een aantal zaken dienen te veranderen op de afdeling neurologie. Door het ontslaggesprek in te plannen, heeft de verpleegkundige voldoende tijd om de familie/mantelzorger van de patiënt op voorhand te informeren. Het resultaat hiervan is dat familie aanwezig is bij het ontslaggesprek waardoor vragen/ onduidelijkheden worden voorkomen. Ook dient er kennisvergroting plaats te vinden bij de verpleegkundigen op de afdeling neurologie. Dit kan door het regelmatig geven van een presentatie/ klinische les en het toepassen van het ontslagprotocol van het MUMC+. Echter dient dit protocol wel aangepast te worden zodat dit toegespitst is op de CVA patiënt.

Abstract

Figures show that every year around 43,000 people in the Netherlands are hit by a stroke, of which 20% have a brain hemorrhage and 80% have a cerebral infarction. For women a CVA is in second place as the most common cause of death and for men on third place in the Netherlands. The 2017 annual report showed that 592 patients with a stroke were admitted to the Maastricht University Medical Center + [MUMC +]. 431 of these patients had a cerebral infarction, 76 patients had cerebral hemorrhage and 85 patients had a Transient Ischemic Attack [TIA]. At the department C5 (neurology) of the MUMC+ a discharge interview with a stroke patient is almost daily business. However, earlier informal interviews show that the execution of this discharge interview is not always correct and consistent and therefore this is the reason for writing this bachelor's thesis. The aim of this bachelor thesis is to give recommendations to the nurses regarding the knowledge and execution / working method of the discharge interview of the CVA patient in the neurology department, in order to improve the quality, so that ambiguity for the patient and possibly the family is prevented. The main question in this bachelor thesis is as follows: "What recommendations can be made to improve the knowledge and working method related to the discharge interview of the stroke patient, so that uncertainty does not arise as a result of a defective discharge interview?"

The execution of this bachelor thesis was carried out on the basis of the Wensing en Grol implementation model, whereby the desirable and factual situation was mapped. Because of this, several promoting and hindering factors have emerged. A number of strategies and interventions have been set up based on the promoting and hindering factors. Other research methods were also used in this bachelor thesis, such as a literature study, a semi-structured interview, a survey, an informal conversation and an observation. To make the discharge interview at the stroke patient more correct and consistent, it can be concluded that a few things need to change in the neurology department. By scheduling the discharge interview, the nurse has enough time to inform the patient's family/ caregiver in advance. The result of this is that family is present during the discharge interview, which prevents questions/ uncertainties. There must also be an increase in knowledge among the nurses in the neurology department. This can be done by regularly giving a presentation/ clinical lesson and applying the discharge protocol of the MUMC +. However, this protocol needs to be adjusted so that it is focused on the stroke patient.

Voorwoord

Vanaf 13 augustus 2018 ben ik werkzaam als vierdejaars student verpleegkundige op afdeling C5 in het MUMC+. In mijn differentiatie één heb ik hier ook stage gelopen en dat is mij zodanig goed bevallen dat ik ervoor heb gekozen om hier ook mijn afstudeerstage te gaan doen. In het kader van de differentiatie vier van de HBO-verpleegkunde van Zuyd Hogeschool te Heerlen heb ik een bachelor thesis gemaakt, welke tot stand is gekomen vanuit een vraagstuk in de praktijk. Dit eindproduct betreft een mogelijke implementatie rondom de kennis en uitvoering/ werkwijze van het ontslaggesprek van de CVA patiënt. Tijdens de differentiatie vier heb ik mij ook verder ontwikkeld in de rollen van zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar (Pool, 2013). Het tot stand brengen van dit eindproduct heeft in totaliteit 14 weken geduurd.

Mede wil ik mijn werkbegeleiders, collega's en praktijkbegeleider van afdeling C5 bedanken voor hun medewerking aan mijn onderzoek en alle feedback wat ik van hen heb mogen ontvangen bij het maken en het uitvoeren van mijn bachelor thesis. Ook wil ik een dankwoord uitspreken naar mijn docentbegeleider, peerassessor en overige medestudenten die mij geholpen hebben bij het schrijven en tot stand komen van deze bachelor thesis.

Ik wens u veel leesplezier!

Nikki Klein

Kerkrade, 22 mei 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	
Abstract.....	
Voorwoord.....	
Inleiding.....	1
Hoofdstuk 1: De wenselijke situatie.....	4
1.1 De methodiek.....	4
1.2 De resultaten.....	5
1.2.1 De literatuurstudie.....	5
1.2.2 Het interview.....	7
1.3 Doelstelling.....	8
1.4 Voorstel voor verbetering.....	9
1.5 Conclusie.....	9
Hoofdstuk 2: De feitelijke situatie.....	10
2.1 De methodiek.....	10
2.2 De resultaten.....	11
2.2.1 De enquête.....	11
2.2.2 De observatie.....	12
2.2.3 Het informeel gesprek.....	13
2.3 Verschil wenselijke- en feitelijke situatie.....	13
2.4 SMART doelen.....	14
2.5 Conclusie.....	14
Hoofdstuk 3: Probleemanalyse, doelgroep en setting.....	16
3.1 De methodiek.....	16
3.2 De resultaten.....	16
3.2.1 De setting.....	16
3.2.2 De doelgroep.....	17
3.2.3 De segmenten van de doelgroep.....	18
3.3 De bevorderende en belemmerende factoren.....	18
3.4 Conclusie.....	20

Hoofdstuk 4: Strategieën en interventies.....	21
4.1 De methodiek.....	21
4.2 De resultaten.....	21
4.3 Conclusie.....	23
Nabeschouwing.....	24
Conclusie.....	24
Discussie.....	24
Aanbevelingen.....	25
Literatuurlijst.....	27
Bijlagen.....	31
Bijlage 1: Reflectie volgens de STARRT-methode.....	31
Bijlage 2: Zoekstrategie.....	36
Bijlage 3: Enquête.....	40
Bijlage 4: Resultaten enquête.....	46
Bijlage 5: Criterialijst voor het opstellen van de enquête.....	57
Bijlage 6: Topiclijst en vragen interview.....	60
Bijlage 7: Codeboom interview.....	62
Bijlage 8: Observatieformulier met bijbehorende resultaten.....	64
Bijlage 9: Begrippen segmenten.....	66
Bijlage 10: Voorstel bachelor thesis.....	67
Bijlage 11: Toestemmingsformulier start bachelor thesis.....	79
Bijlage 12: Adviesbeoordeling bachelor thesis D4 door werkbegeleider.....	80
Bijlage 13: Beoordeling bachelor thesis D4 door peerassessor.....	82
Bijlage 14: Beoordeling bachelor thesis D4 door eerste/ tweede beoordelaar...100	

Inleiding

Dagelijks vindt er in het ziekenhuis een ontslaggesprek plaats. Een ontslaggesprek is een wezenlijk onderdeel van de ontslagprocedure. Een ontslaggesprek is zeer belangrijk voor de patiënt, zodat hij/zij goed voorbereid met ontslag gaat (Berendsen et al., 2009; NHG, 2019). Uit een onderzoek blijkt dat nagenoeg alle patiënten (97%) het belangrijk vinden om afdoende informatie te ontvangen als zij met ontslag gaan (Hesselink, Schoonhoven, Vernooij-Dassen & Wollersheim, 2013). Hesselink et al. (2013) concluderen in hun onderzoek dat er diverse factoren zijn die het ontslaggesprek in een ziekenhuis kunnen belemmeren. Factoren die zij benoemen zijn tijdsgesprek, dienstwissel onder de verpleegkundigen en beddendruk. Deze factoren hebben een grote invloed op het ontslaggesprek van de patiënt. Door deze belemmerende factoren is er vaak te weinig tijd voor het ontslaggesprek en wordt er niet gecontroleerd of de patiënt (en familie) de verkregen informatie wel heeft begrepen (Hesselink et al., 2013; Nursing, 2013). Ook kan uit het onderzoek van Hesselink et al. (2013) geconcludeerd worden dat de patiënt niet structureel betrokken wordt bij het plannen van het ontslag en het coördineren van de nazorg. Patiënten hebben na het ontslaggesprek nog veel vragen omtrent hun ziekte, herstelperiode en prognose omdat zij hierover te weinig zijn geïnformeerd tijdens het ontslaggesprek, blijkt uit een onderzoek van Spreeuwenberg (2008). Tijdens een ontslaggesprek dient de informatie die verstrekt wordt patiëntgericht te zijn. Ieder individu die een CVA heeft doorgemaakt, heeft andere zorgbehoeften en het ontslaggesprek moet hierop worden aangepast (Van Duin, Veldboom, & Van der Wal, 2017). Leefstijlregels of regels omtrent het autorijden worden tijdens het ontslaggesprek maar af en toe uitgelegd aan de patiënt, terwijl uit onderzoek blijkt dat patiënten sterk de behoefte hebben aan informatie hierover (Van Duin et al., 2017). Op afdeling C5 van het MUMC+ worden dagelijks patiënten opgenomen die een CVA hebben doorgemaakt. Deze CVA patiënten worden op de "stroke unit" opgenomen en worden door diverse disciplines behandeld en begeleid tot aan het ontslag. In het jaar 2017 zijn er in het MUMC+ 592 patiënten opgenomen die een CVA hebben doorgemaakt (Jaarverslag CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland, 2017). Er worden niet alleen dagelijks CVA patiënten opgenomen in het MUMC+ maar er gaan ook dagelijks een aantal CVA patiënten met ontslag. Van de 592 CVA patiënten wat in 2017 zijn opgenomen is 51% met ontslag naar huis gegaan vanuit het ziekenhuis. 10% van de patiënten ging met ontslag naar Adelante MSR revalidatie, 15% naar AZM herstel GRZ, 1% ging naar een verpleegkliniek permanent, 1% ging terug naar een verzorgingstehuis waar zij al woonachtig waren, 4% ging naar een hospice, 5% van de patiënten ging met ontslag naar een buiten regio (ziekenhuis- revalidatie) en 7% is in het ziekenhuis overleden (Jaarverslag CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland, 2017). Afhankelijk van het natraject van de patiënt

vindt er een uiteenlopend ontslaggesprek plaats. De ontslagpapieren die een CVA patiënt tijdens het ontslaggesprek meekrijgt zijn van wezenlijk belang voor de verdere toekomst van de patiënt. De papieren dienen dan ook één voor één uitgelegd te worden aan de patiënt en/of de familie. Binnen het opleidingsportaal van het MUMC+ is een protocol te vinden omtrent het ontslaggesprek bij een patiënt (Maastricht UMC+, 2017). Echter wordt dit protocol op afdeling C5 niet toegepast wanneer je als leerling verpleegkundige het ontslaggesprek wilt laten toetsen. Tevens ontbreekt er in dit protocol diverse informatie zodra het gaat om een ontslag bij de CVA patiënt. Uit eerdere observaties en informele gesprekken is gebleken dat de uitvoering van dit ontslaggesprek niet verloopt zoals het zou moeten verlopen en is hiermee de aanleiding voor het schrijven van deze bachelor thesis. Het doel van dit onderzoek is om in het kader van kwaliteitsverbetering aanbevelingen te geven aan de verpleegkundigen op afdeling C5 van het MUMC+, omtrent de kennis en uitvoering/werkwijze van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Hierdoor zal onduidelijkheid bij de patiënt en eventueel de familie worden voorkomen. Om tot antwoorden te komen over dit onderwerp is aan de hand van de PI(C)O de volgende hoofdvraag opgesteld: "Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om de kennis en werkwijze rondom het ontslaggesprek van de CVA patiënt te verbeteren, zodat onduidelijkheid uitblijft ten gevolge van een gebrekkig ontslaggesprek?" Middels deze hoofdvraag zijn de volgende bijbehorende deelvragen opgesteld in de rol van ontwerper:

- Wat is de wenselijke situatie omtrent de kennis en werkwijze voor het uitvoeren van een goed ontslaggesprek bij de CVA patiënt? (Stap 0 en 1 van Wensing en Grol, 2017)
- Wat is de feitelijke situatie omtrent de kennis en werkwijze van een ontslaggesprek bij de CVA patiënt op de afdeling neurologie in het MUMC+? (Stap 2 van Wensing en Grol, 2017)
- Wat zijn de belangrijkste verschillen en overeenkomsten tussen de praktijk (feitelijk) en de literatuur (wenselijk) en welke maatregelen omtrent dit onderwerp dienen toegepast te worden op de afdeling zodat onduidelijkheid na een ontslaggesprek geminimaliseerd en/of voorkomen wordt? (Stap 2 van Wensing en Grol, 2017)
- Wat is de doelgroep en setting rondom deze mogelijke implementatie en welke bevorderende en belemmerende factoren spelen hierin een rol? (Stap 3 van Wensing en Grol, 2017).
- Welke strategieën en interventies worden toegepast om in de toekomst het ontslaggesprek bij de CVA patiënt zo optimaal mogelijk te laten verlopen? (Stap 4 van Wensing en Grol, 2017)

De eerste vier stappen van Wensing en Grol (2017) zijn gebruikt om deze bachelor thesis vorm te geven. De richtlijn "Zwart op Wit" van Hans Bremmers (2013) is toegepast op dit verslag. Om de hoofdvraag en de deelvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt

van een literatuurstudie door evidence based literatuur te bestuderen. Ook zijn er diverse andere onderzoeksmethoden gebruikt zoals een enquête, een interview, observaties en een informeel gesprek. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek zijn dus allebei aan de orde in deze bachelor thesis (Baarda, 2014). De evidence based literatuur is afkomstig uit diverse databanken zoals Springerlink, Pubmed, Google scholar en Google. Bij het zoeken naar literatuur is er gebruikt gemaakt van de booleaanse operatoren 'AND' en 'OR'. Voor dit onderzoek is ook gebruikt gemaakt van interne databanken van Zuyd Hogeschool en het MUMC+.

In hoofdstuk één wordt de keuze voor het onderwerp benoemd en wordt de wenselijke situatie in kaart gebracht middels een literatuurstudie, een interview en informele gesprekken. In hoofdstuk twee wordt de feitelijke situatie in kaart gebracht door middel van een enquête, observaties en informele gesprekken. Het verschil tussen de wenselijke- en feitelijke situatie wordt in dit hoofdstuk ook beschreven. In hoofdstuk drie wordt de doelgroep en setting van dit onderzoek in kaart gebracht met de daarbij bevorderende en belemmerende factoren. Hierbij wordt ook het openstaan tot veranderingen op de afdeling neurologie volgens het implementatiemodel van Rogers (2003) toegepast. In hoofdstuk vier worden de strategieën en interventies beschreven, welke zijn voortgevloeid uit de bevorderende en de belemmerende factoren. Tot slot volgt de nabeschuiving met daarin een conclusie, discussie en aanbevelingen die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Bijgevoegd zijn ook de literatuurlijst en diverse bijlagen.

Hoofdstuk 1: De wenselijke situatie

In dit hoofdstuk wordt de wenselijke situatie beschreven omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt op de afdeling neurologie van het MUMC+. Dit is de eerste stap van het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017). Allereerst wordt in dit hoofdstuk de methodiek beschreven die gebruikt is om de wenselijke situatie in kaart te brengen. Hierna volgen de resultaten die zijn gevonden middels de gebruikte methodiek. Tot slot eindigt het hoofdstuk met een conclusie welke gebaseerd is op de gevonden resultaten.

1.1 De methodiek

Er zijn diverse onderzoeksmethoden gebruikt om de wenselijke situatie omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt in kaart te kunnen brengen. De toegepaste onderzoeksmethoden zijn een literatuurstudie en een semigestructureerd interview. De literatuurstudie is gebruikt om zo te onderzoeken wat de evidence zegt omtrent de kennis en het uitvoeren van een concreet en volledig ontslaggesprek. De literatuur is afkomstig uit externe databanken als Springerlink, PubMed, Google Scholar en Google. Ook is er gebruik gemaakt van interne databanken om literatuur te zoeken, namelijk Odin binnen het opleidingsportaal van het MUMC+ en de Doorzoek informatiebronnen Zuyd [DiZ] van Hogeschool Zuyd. Bij het zoeken naar literatuur zijn Engels- en Nederlandstalige zoektermen gebruikt als: "Discharge", "Patient discharge", "Stroke patients", "Hospital discharge", "Patient care", "Care provider", "Ontslaggesprek", "Ontslaggesprek ziekenhuis" en "CVA patiënt". Bij het zoeken naar literatuur in de diverse databanken is er gebruik gemaakt van de booleaanse operatoren 'AND' en 'OR'. Ook werden er inclusie- en exclusiecriteria toegepast, waardoor de betrouwbaarheid werd verhoogd. Inclusiecriteria waren: Engels- en Nederlandstalige artikelen, full-text artikelen en artikelen met een publicatiedatum tussen 2009 en 2019. Exclusiecriteria waren: geen full-text artikelen en artikelen die ouder zijn dan tien jaar. Om de wenselijke situatie nog beter in kaart te brengen heeft er naast het literatuuronderzoek ook kwalitatief onderzoek plaatsgevonden middels een semigestructureerd interview met de CVA verpleegkundige van het MUMC+ (Baarda, 2014). Er is voor de CVA verpleegkundige gekozen omdat zij veel weet betreffende het onderwerp, betrokken is bij de verschillende ontslagprocedures en ook na het ontslag nog contact heeft met de CVA patiënt en evt. de familie. De keuze voor een semigestructureerd interview is gemaakt omdat zo afgeweken kan worden van de opgestelde topics (Baarda & Van der Hulst, 2017). Ook kan bij een semi gestructureerd interview de volgorde van de topics/vragen veranderen als dit vanzelfsprekender zou zijn (Baarda & Van der Hulst, 2017). De vooraf opgestelde topics van het interview zijn: algemeen, wenselijke situatie, persoonlijke ervaring en informatievoorzienig. Middels deze topics is de wenselijke situatie omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt in kaart gebracht. Vooraf aan het interview is

toestemming gevraagd aan de CVA-verpleegkundige om het interview op te nemen door middel van een audio-opname. Hierbij is toegelicht dat de resultaten anoniem worden verwerkt. Allereerst is het interview letterlijk getranscribeerd om zo de open coderingen te kunnen opstellen. Na het opstellen van de open coderingen zijn de open codes gerangschikt tot de axiale coderingen. De open- en axiale codes zijn terug te vinden in de codeboom in bijlage 7. Om de betrouwbaarheid en de validiteit van het interview te vergroten heeft er peer debriefing plaatsgevonden (Baarda, 2014). De opgestelde topics en vragen van het interview zijn vooraf voorzien van feedback door de werkbegeleider, docentbegeleider en de medestudenten. Om te controleren of het getranscribeerde interview overeenstemt met datgene wat de CVA-verpleegkundige heeft verteld tijdens het interview, is er gebruik gemaakt van memberchecking.

1.2 De resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van de literatuurstudie en het interview beschreven.

1.4.1 De literatuurstudie

Dagelijks vindt er in het ziekenhuis een ontslaggesprek plaats. Een ontslaggesprek is een wezenlijk onderdeel van de ontslagprocedure. Een ontslaggesprek is zeer belangrijk voor de patiënt zodat hij/zij goed voorbereid met ontslag gaat (Berendsen et al., 2009). Chimatiro, Rhoda, en De Wit (2018) concluderen in hun onderzoek dat het ontslaggesprek bij de CVA patiënt een zeer belangrijke interventie is omdat het CVA, in de meeste gevallen, cognitief letsel met zich meebrengt bij de patiënt. Het ontslaggesprek dient dan ook toegespitst te worden op het individu, zodat de kwaliteit van leven van de patiënt wordt verhoogd (Chimatiro et al., 2018; Van Duin et al., 2017). Tijdens het ontslaggesprek dient de patiënt uitleg te krijgen over zijn of haar ziekte en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn in het dagelijks leven van de patiënt (Mistiaen, Duijnhouwer, Wijkkel, De Bont, & Veeger, 2008). Naast het medische ontslaggesprek, wat door de behandelend arts wordt gedaan, dient een verpleegkundige ook altijd een verpleegkundig ontslaggesprek te voeren (Maastricht UMC+, 2018). Een verpleegkundige hoort goede patiëntenzorg te leveren en hiertoe behoort ook het ontslaggesprek. Door de patiënt (en evt. de familie) bij het ontslag te betrekken, staan de behoeften, capaciteiten en voorkeuren van de patiënt voorop en voelt de patiënt zich betrokken in zijn/ haar ontslag (Hesselink et al., 2012). Een voor de patiënt duidelijk en concreet ontslaggesprek draagt bij aan de kwaliteit van zorg (Spreeuwenberg, 2008). Uit cijfers is gebleken dat in Nederland elk jaar circa 43.000 mensen een CVA/ beroerte krijgt, waarvan 20% een hersenbloeding heeft en 80% een herseninfarct (Hartstichting, 2019). Een CVA kan ingrijpende gevolgen met zich meebrengen voor de patiënt en/of de familie. Het is daarom voor de verpleegkundige van groot belang om de patiënt en/of de familie goed te informeren tijdens het ontslaggesprek, zodat zij met geen/ zo weinig mogelijk vragen met

ontslag gaan (Hartstichting, 2019). De verpleegkundige dient tijdens het ontslaggesprek van de CVA patiënt het beroerte alarm te benoemen. Door de patiënt (en de familie) hierop te attenderen worden eventuele volgende signalen van een beroerte direct herkend en kan er spoedig 112 worden gebeld. Hoe sneller de patiënt in het ziekenhuis is, hoe eerder de behandeling kan worden gestart en hoe groter de kans is op herstel (Hartstichting, 2019). Een CVA kan op de lange termijn ook niet-zichtbare gevolgen met zich meebrengen, zoals moeite met het uitvoeren van bepaalde handelingen, moeite met het verwerken van prikkels en het begrip- en leervermogen kan aangetast zijn. Het is van belang om als verpleegkundige dit ook te benoemen tijdens het ontslaggesprek (Hartstichting, 2019). Bij het voortdoen van deze niet-zichtbare gevolgen dient de patiënt contact op te nemen met de huisarts (Jaarverslag CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland, 2017). Ook informatieverstrekking over bepaalde leefregels dienen benoemt te worden tijdens het ontslaggesprek. Zo mag een CVA patiënt twee weken niet autorijden na een beroerte. Als er na deze twee weken nog klachten aanwezig zijn die de rijvaardigheid beïnvloeden mag de patiënt 3 maanden niet autorijden. Bij twijfel kan de patiënt altijd contact opnemen met het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen [CBR]. Het CBR beoordeelt vervolgens de rijgeschiktheid van de patiënt (Maastricht UMC+, 2017). Ook dient de verpleegkundige, bij een patiënt die bekend is met roken, de patiënt te adviseren om te stoppen met roken. Roken is een van de belangrijkste oorzaken voor het krijgen van een beroerte (Maastricht UMC+, 2017). Na het ontslaggesprek dient er nog tijd zijn voor de patiënt zodat hij/zij nog eventueel vragen kan stellen over onderwerpen waar hij/ zij niet over wordt geïnformeerd tijdens het ontslaggesprek (Maastricht UMC+, 2018; Mistiaen et al., 2008). Door een, op het individu aangepast, volledig ontslaggesprek te voeren gaat een patiënt goed geïnformeerd en zonder vragen met ontslag. Hierdoor kunnen onnodige heropnames gereduceerd worden, is er een betere doorstroom van patiënten, worden levensbedreigende situaties voorkomen en worden vermijdbare behandelingen verminderd (Maastricht UMC+, 2018; Hesselink et al., 2013). Het ontslag dient dagelijks tijdens de artsensite geëvalueerd te worden zodat de patiënt hier ook op de hoogte van is. Hierdoor wordt de efficiëntie en de kwaliteit van zorg na het ontslag verhoogd (Erasmus MC, 2019; Chimatiro et al., 2018). Zodra de ontslagdatum van de patiënt bekend is, kan de nazorg in gang worden gezet. De behandelend arts is verantwoordelijk voor het klaarmaken van alle medische ontslagpapieren. De verpleegkundige dient ook een aantal belangrijke zaken te regelen voor het ontslag (Maastricht UMC+, 2019). De verpleegkundige zorgt voor de verpleegkundige overdracht indien de patiënt naar een andere instelling gaat of met thuiszorg naar huis gaat (Maastricht UMC+, 2017). De verpleegkundige contacteert de familie van de patiënt zodat zij ook op de hoogte zijn van het ontslag en regelt het vervoer voor de patiënt. Een taak van de verpleegkundige is om voor het ontslaggesprek alle ontslagpapieren nogmaals te controleren

en te kijken of deze compleet zijn (Maastricht UMC+, 2017). Als er geen familie bij het ontslaggesprek aanwezig is, dient de verpleegkundige zich af te vragen of er een telefonisch “nazorg-gesprek” moet plaatsvinden afhankelijk van de situatie of de cognitie van de patiënt (Zuyderland Medisch Centrum, 2019).

1.4.2 Het interview

Om de wenselijke situatie beter in kaart te kunnen brengen heeft er een interview plaatsgevonden met de CVA verpleegkundige van het MUMC+. Op basis van dit interview zijn er een aantal belangrijke thema's naar voren gekomen die bijdragen aan de verandering van het ontslaggesprek van de CVA patiënt. De vier cruciale thema's zijn: de voorbereiding, de procedure, kennis en de belemmerende factoren. Voorbereiding, procedure en kennis zijn de drie thema's die de wenselijke situatie van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt in kaart brengen. Voor het ontslaggesprek bij de CVA patiënt kunnen er een aantal voorbereidingen worden getroffen waardoor het ontslaggesprek beter kan worden uitgevoerd. Onder deze voorbereidingen valt onder andere het ontslaggesprek plannen. Door een ontslaggesprek in te plannen kan worden gewaarborgd dat er bijna altijd een familielid/ mantelzorger aanwezig is bij het ontslaggesprek. Dit werd door de CVA verpleegkundige als volgt benoemt: *“Het ontslaggesprek hoeft niet persé op de dag van het ontslag plaats te vinden. Waarom zou je het ontslaggesprek niet een dag van te voren kunnen doen of drie dagen van te voren als dan wel de mantelzorger aanwezig kan zijn bij het ontslaggesprek.”* Zeker bij een patiënt waarbij de cognitie niet in orde is, is het van groot belang dat er een familielid/ mantelzorger aanwezig is bij het ontslaggesprek. *“Deze patiënten nemen weinig op van zo'n ontslaggesprek”,* aldus de CVA verpleegkundige. Door een ontslaggesprek in te plannen is er voldoende tijd om het ontslaggesprek uit te voeren. Hiermee wordt voorkomen dat belangrijke zaken tijdens het ontslaggesprek vergeten worden waardoor de patiënt en/of familie achteraf ook geen vragen meer hebben. Een voorbeeld hiervan werd door de CVA verpleegkundige als volgt weergegeven: *“Ik kreeg vorige week nog een telefoontje van een patiënt, waarin de patiënt vertelde: Ja, ik kreeg een artsengesprek en in dat artsengesprek bleek dat ik ook eigenlijk meteen naar huis mocht en achteraf had ik eigenlijk nog heel veel vragen dus daarvoor bel ik u. Gelukkig hebben wij een bel uur ingericht om op dit soort vragen terug te komen. Hiermee kom je toch weer op dat stukje het ontslag plannen.”* Volgens de CVA verpleegkundige dienen de verpleegkundigen naast het ziekenhuisbrede ontslaggesprek, ook inhoudelijke kennis te hebben over de informatie die zich in de ontslagenvelopen bevindt, zoals het beroerte-alarm, leefregels na een CVA en een verwijzing naar eerstelijns therapeuten. In de ontslagenvelop zit ook een algemene informatiebrief waarop belangrijke telefoonnummers staan verwezen. Hier moet de verpleegkundige de patiënt ook op attenderen. Tot slot zit er in de ontslagenvelop een

boekje 'Wegwijzer patiënten met een beroerte en hun mantelzorgers'. Bij dit boekje kan de verpleegkundige toelichten dat hier diverse informatie in staat die de patiënt en de familie thuis kunnen doornemen. Essentieel is dat alle items in deze envelop kort worden benoemd gedurende het ontslaggesprek (procedure). Dit werd door de CVA verpleegkundige als volgt verteld: *"De items in de ontslagenvelop dienen één voor één kort benoemd te worden zodat de patiënten op de hoogte zijn van hun leefregels en de klachten waar zij op moeten letten"*. Het kennistekort omtrent de inhoud van de ontslagenvelopen kan mede komen doordat er geen protocol aanwezig is omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt, waardoor uniformiteit ontbreekt. Zoals hierboven al benoemd, heeft het MUMC+ wel een ziekenhuis breed protocol omtrent het ontslaggesprek, echter ontbreekt er informatie aan dit protocol als het gaat om een ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Aan dit bestaande protocol zou informatie toegevoegd moeten worden zoals het inplannen van een ontslaggesprek, zorgen dat er een familielid/ mantelzorger aanwezig is bij het ontslaggesprek en informatieverstrekking omtrent de inhoud van de ontslagenvelopen. Dit werd door de CVA verpleegkundige als volgt weergegeven: *"Ik ben bezig met het schrijven van een verpleegkundige protocol rondom de CVA zorg. Hierin staat bijvoorbeeld wel dat je effectief als verpleegkundige mee akkoord kan gaan in het ontslag van de patiënt. Dus dan ga je als verpleegkundige ook effectief zeggen van, morgen gaat de patiënt met ontslag. Nou dan ga ik zorgen dat ook de mantelzorger, zeker bij cognitieve problemen, geïnformeerd is op voorhand zodat je wel aan iemand die informatie kan overdragen."* Het creëren van een rustige omgeving en een correcte tijdsplanning maken het mogelijk dat het ontslaggesprek zo optimaal mogelijk verloopt. *"Het ontslaggesprek moet in een rustige omgeving plaatsvinden. Hiermee wordt nagestreefd dat de patiënt zelf zoveel mogelijk meekrijgt. Geef de patiënt ook altijd de ruimte om vragen te stellen. Misschien heeft hij/zij nog vragen terwijl die niet benoemd zijn gedurende het ontslaggesprek."* Ter afsluiting benoemt de CVA verpleegkundige dat het frequent geven van een presentatie/ klinische les omtrent het ontslaggesprek van een CVA patiënt een bijdrage kan leveren aan de kennisvergroting van de verpleegkundigen. De belemmerende factoren die door de CVA verpleegkundige worden benoemd worden in paragraaf 2.3 van het volgende hoofdstuk weergegeven.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om in het kader van kwaliteitsverbetering aanbevelingen te geven rondom het ontslaggesprek bij de CVA patiënt zodat vragen/ onduidelijkheden bij de patiënt en/of familie worden voorkomen. Deze aanbevelingen leveren een bijdrage aan de kwaliteit van zorg omdat patiënten goed geïnformeerd zijn en zonder vragen met ontslag gaan. Daardoor worden onnodige heropnames gereduceerd en is er een betere doorstroom van patiënten. Om het doel van deze mogelijke implementatie te behalen dienen de

verpleegkundigen van afdeling C5 mee te werken, om zo te trachten naar kennisvergroting omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt, waardoor het ontslaggesprek op een correcte en consequente manier wordt uitgevoerd.

1.4 Voorstel voor verbetering

Om aan te tonen dat deze mogelijke implementatie leidt tot beoogde resultaten wordt in onderstaande tabel bondig de innovatie besproken van het voorstel voor verbetering.

Tabel 1: Voorstel voor verbetering.

Voordeel	Een onvolledig en inconsequent ontslaggesprek leidt tot veel vragen/ onduidelijkheden bij de patiënt en/of familie. Omdat het ontslaggesprek niet verloopt zoals het zou moeten verlopen dienen er diverse items worden aangepast omtrent de uitvoering/ werkwijze van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Een voor de patiënt duidelijk en concreet ontslaggesprek draagt bij aan de kwaliteit van zorg.
Passendheid	Afdeling C5 van het MUMC+ streeft naar een zo'n goed mogelijke doorstroom op de "stroke unit". Door de patiënt (en evt. familie) goed te informeren tijdens het ontslaggesprek wordt het herstel van de patiënt bevorderd. Hiermee worden onnodige heropnames gereduceerd en is er een betere doorstroom van patiënten.
Complexiteit	Er moet meer bewustwording plaatsvinden omtrent de inhoud van de ontslagenveloppen. De informatie in deze ontslagenveloppen zijn essentieel voor het herstel van de CVA patiënt. Het geven van een presentatie/ klinische kan hier een bijdrage aan leveren. Ook zorgt het hanteren van het huidige ontslagprotocol voor meer uniformiteit omtrent het ontslaggesprek. Echter dient dit protocol wel aangepast te worden zodat dit toepasbaar is op de CVA patiënt. Kennisvergroting en bewustwording zorgen ervoor dat interventies beter worden ingevoerd.
Probeerbaarheid	Het regelmatig geven van een presentatie/ klinische les kan een bijdrage leveren aan de uitvoering van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Door dit regelmatig te geven zijn alle verpleegkundigen (i.o.) van afdeling C5 hiervan op de hoogte. Het aanpassen van het huidige ontslagprotocol of het ontwikkelen van een nieuw ontslagprotocol voor de CVA patiënt biedt structuur en uniformiteit.
Zichtbaarheid	Deze mogelijke implementatie is voor alle verpleegkundigen van afdeling C5 duidelijk en bereikbaar. In samenwerking met de CVA verpleegkundige van het MUMC+ kunnen de doelen nagestreefd en waargemaakt worden.

1.7 Conclusie

Vanuit de wenselijke situatie kan worden geconcludeerd dat patiënten (en familie) structureel betrokken moeten worden bij het ontslaggesprek. Ook dient het ontslaggesprek op ieder individu te worden aangepast zodat de wensen en behoeften van de patiënt voorop staan. Door een volledig en concreet ontslaggesprek uit te voeren, wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd en gaat de patiënt goed geïnformeerd met ontslag. De informatie uit de literatuur komt overeen met hetgeen wat uit het interview naar voren is gekomen. Door het ontslaggesprek in te plannen, is er voldoende tijd om het ontslaggesprek uit te kunnen voeren en kan worden nagestreefd dat de mantelzorger van de patiënt hierbij aanwezig is. Door het regelmatig geven van een presentatie/ klinische les vindt er kennisvergroting plaats omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt.

Hoofdstuk 2: De feitelijke situatie

In dit hoofdstuk wordt de feitelijke situatie beschreven omtrent het huidige ontslaggesprek bij de CVA patiënt op de afdeling neurologie van het MUMC+. Dit is de tweede stap van het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017). Allereerst wordt in dit hoofdstuk de methodiek beschreven die gebruikt is om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Hierna volgen de resultaten die zijn gevonden middels de gebruikte methodiek. Tot slot eindigt het hoofdstuk met een conclusie welke gebaseerd is op de gevonden resultaten.

2.1 De methodiek

Om inzicht te krijgen in de feitelijke situatie omtrent het huidige ontslaggesprek bij de CVA patiënt is er gebruikt gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, namelijk een enquête, een observatie en een informeel gesprek. Voor het kwantitatief onderzoek is een enquête opgesteld (Baarda, 2014). De enquête is opgesteld aan de hand van literatuuronderzoek. In de enquête is o.a. gevraagd naar de kennis, de uitvoering en de inhoud van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. De resultaten van de enquête zijn anoniem verwerkt. Er is gekozen om de enquêtes persoonlijk uit te delen aan de verpleegkundigen (i.o.) van afdeling C5, zodat onderling overleg niet mogelijk was. Aan het einde van de enquête is aan de respondent de mogelijkheid gegeven om opmerkingen neer te schrijven m.b.t. de vragen in de enquête. Er is voor een enquête gekozen omdat zo de verpleegkundigen (i.o.) op afdeling C5 hun kennis en mening kunnen laten horen op een naar verhouding makkelijke wijze en in een kort tijdsbestek (Baarda, Goede & Kalmijn, 2015). In de enquête zijn open-, gesloten- en meerkeuzevragen gesteld. Om de betrouwbaarheid en de validiteit van de enquête te vergroten heeft er peer debriefing plaatsgevonden. De enquête is eerst voorzien van feedback door zowel de docentbegeleider/ medestudenten als de werkbegeleider voordat de enquête op de afdeling is uitgedeeld (Baarda et al., 2015). Bij het uitzetten van de enquête zijn er inclusie- en exclusiecriteria worden gesteld. Inclusiecriteria waren alle gediplomeerd verpleegkundigen ($n = 18$) en de vierde jaars leerling verpleegkundigen ($n = 2$). De vierdejaars leerlingen mogen zelfstandig een ontslaggesprek voeren. Exclusiecriteria waren de eerste-, tweede- en derdejaars leerlingen. De enquête en de resultaten van de enquête zijn terug te vinden in de bijlage 3 en 4. Ook is er gebruikt gemaakt van een niet participerende observatie middels een observatielijst. Er is gekozen voor een niet participerende observatie om zo te controleren of de verkregen antwoorden in de enquête betrouwbaar zijn en niet sociaal wenselijk. Er zijn in totaal 10 gediplomeerd verpleegkundigen van afdeling C5 geobserveerd terwijl zij een ontslaggesprek uitvoerde bij de CVA patiënt op de afdeling neurologie van het MUMC+. De verpleegkundigen die werden geobserveerd wisten niet dat zij geobserveerd

werden. Hierdoor werd de validiteit en betrouwbaarheid aannemelijk verhoogd. Vijf ontslaggesprekken vonden in de ochtend plaats (gedurende de artsenvisite), twee ontslaggesprekken vonden in de middag plaats (vlak voor de dienstwissel) en drie ontslaggesprekken vonden op een rustig moment plaats. Ook bij deze onderzoeksmethode heeft er peer debriefing plaatsgevonden. De observatielijst is vooraf voorzien van feedback door de werkbegeleider en de docentbegeleider wat ervoor zorgt dat de validiteit en de betrouwbaarheid aanmerkelijk wordt verhoogd. Daarnaast is er ook feitelijke informatie verkregen via een informeel gesprek met een verpleegkundige van afdeling C5, welke ook betrokken is bij de CVA nazorg poli. Er is gebruik gemaakt van een informeel gesprek omdat hierbij geen specifieke vraagstelling/ structuur van toepassing is. Het informele gesprek ging met name over de belemmerende factoren omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Ook hierbij werd de anonimiteit gewaarborgd.

2.2 De resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van de enquête, de observatie en het informeel gesprek beschreven.

2.2.1 De enquête

De enquête is ingevuld door de verpleegkundigen (i.o.) van afdeling C5 van MUMC+. De enquête is door 20 respondenten ingevuld. 18 respondenten (90%) zijn gediplomeerd verpleegkundige en twee respondenten (10%) zijn vierdejaars leerling verpleegkundigen. Een respons van 20 was echter ook het maximale aantal die een enquête konden invullen. Dit in verband met de eerste-, tweede- en derdejaars leerlingen die nog geen ontslaggesprek mogen uitvoeren en langdurig zieken op de afdeling. In dit onderzoek geldt dus (N = 20) met een responspercentage van 74%. Van de 20 respondenten zijn 10 respondenten (50%) gediplomeerd verpleegkundige mbo, drie respondenten (15%) zijn gediplomeerd verpleegkundige hbo, één respondent (5%) is gediplomeerd verpleegkundige mbo en daarbij ook teamleider van de afdeling en drie respondenten (15%) zijn gediplomeerd verpleegkundige hbo en daarbij ook teamleider van de afdeling. Van de overige drie respondenten zijn twee respondenten leerling verpleegkundigen, één mbo-student (leerjaar vier) (5%) en één hbo-student (leerjaar vier) (5%). Eén respondent is gediplomeerd verpleegkundige A2 (5%). De volledige uitwerking is terug te vinden in bijlage vier. Op de vraag: "Vindt u dat u voldoende tijd heeft om het ontslaggesprek bij de CVA patiënt te kunnen uitvoeren?", geven 11 respondenten (55%) aan dat zij niet voldoende tijd hebben om een ontslaggesprek te voeren, omdat een ontslaggesprek vaak in de ochtend plaatsvindt en het dan druk is op de afdeling omdat dan ook de artsenvisite bezig is, de medicatieronde plaatsvindt waardoor een ontslaggesprek maar snel wordt gedaan. Ook zijn er vaak

meerdere ontslagen tegelijkertijd. De overige negen respondenten (45%) geven aan dat zij wel genoeg tijd hebben omdat je tijd voor een ontslaggesprek moet maken en het belangrijk is om een patiënt goed geïnformeerd met ontslag te laten gaan. Ook is uit de enquête gebleken dat geen enkele respondent alle ontslagmogelijkheden/ natrajecten weet te benoemen. Het is voor de verpleegkundige van groot belang om te weten welk natraject een patiënt ingaat, want bij ieder natraject zitten andere ontslagpapieren. Op de vraag: “Weet u welke formulieren er zitten in de ontslagenvelop voor een CVA patiënt die met ontslag gaat naar een revalidatieplaats?”, geven 14 respondenten (70%) aan dat zij weten welke formulieren er in de ontslagenvelop zitten. Echter is er van deze 14 respondenten (70%) geen enkele respondent die alle formulieren in de ontslagenvelop weet te benoemen. Zes respondenten (30%) geven aan het niet te weten omdat zij de ontslagenvelop eigenlijk gewoon overhandigen aan de patiënt en/of familie en hierbij vertellen dat er informatie inzit die zij thuis kunnen doornemen.

2.2.2 De observatie

Er hebben in totaal tien observaties plaatsgevonden, waarbij tien gediplomeerd verpleegkundigen zijn geobserveerd. Op het moment van onderzoek was er geen leerling verpleegkundige die het ontslaggesprek ging uitvoeren bij de CVA patiënt. Middels deze onderzoeksmethode is gebleken dat 40% van de verpleegkundigen alle papieren uit de ontslagenvelop haalt, 60% deed dit niet. Hierdoor werden belangrijke items zoals de algemene informatiebrief, het beroerte-alarm, het stoppen met roken, het beleid omtrent het autorijden en het boekje “Wegwijzer patiënten met een beroerte en hun mantelzorgers” niet benoemd. Sommige verpleegkundigen benoemden een van bovenstaande items wel, maar dan zonder de informatie uit de ontslagenvelop te halen. De informatie omtrent het autorijden en het stoppen met roken werd maar door 30% toegelicht, ook al was deze informatie uit de envelop gehaald. De algemene ontslagpapieren, zoals de poli-afspraken, de recepten, het medicatieoverzicht, de medische- en verpleegkundige overdracht en een eventuele eerstelijns verwijzing voor bijv. de fysiotherapie, werden wel één voor één door iedere verpleegkundige uitgelegd aan de patiënt en/of familie. Bij twee observaties (20%) werd er geen familie gecontacteerd na afloop van het ontslaggesprek, terwijl dit in deze situaties van cruciaal belang was. Bij beide patiënten was er geen familielid/ mantelzorger aanwezig gedurende het ontslaggesprek en beide patiënten hadden cognitieve problemen waardoor ze vrijwel niks meekregen van het ontslaggesprek. 30% vraagt aan de patiënt of zij nog feedback hebben ten aanzien van de afdeling, 70% deed dit niet. Kenmerkend is dat er weinig aandacht wordt besteed aan het ontslaggesprek als het ontslaggesprek plaatsvindt gedurende de artsenvisite of in de middag als er een aantal opnames zijn en dienstwissel plaatsvindt. De observatielijst met bijbehorende resultaten zijn terug te vinden in bijlage 8.

2.2.3 Het informeel gesprek

Uit het informele gesprek met een verpleegkundige van afdeling C5 is gebleken dat er te weinig inhoudelijke kennis is bij de verpleegkundigen (i.o.) van afdeling C5 omtrent de inhoud van de ontslagenvelop. De verpleegkundigen zijn wel op de hoogte dat er in de ontslagenvelop informatiepapieren zitten, maar zij weten niet precies wat hierin staat. Hierdoor hebben ze te weinig kennis om de papieren één voor één in eigen woorden toe te lichten aan de patiënt en/of de familie. De ontslagenvelop bevat veel belangrijke informatie wat zeker benoemd moet worden tijdens het ontslaggesprek van de CVA patiënt. Het ontbreken van deze inhoudelijke kennis zou kunnen komen doordat in het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ geen informatie hierover staat. Als het huidige ontslagprotocol aangepast wordt met informatie over de inhoud van de papieren in de ontslagenvelop, kan dit protocol toegepast worden bij de CVA patiënt. Op dit moment wordt het ontslaggesprek gedurende de opleiding tot verpleegkundige niet getoetst, zoals dit bijvoorbeeld bij een verpleegtechnische handeling wel wordt gedaan. Hierdoor voert iedere verpleegkundige het ontslaggesprek op zijn/haar eigen manier uit, en is er geen uniformiteit omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. De CVA verpleegkundige van het MUMC+ heeft ook al eens een klinische les gegeven op afdeling C5 omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt, echter was hier niet iedere verpleegkundige bij aanwezig en komen er steeds nieuwe leerlingen die hier dan niet op de hoogte van zijn.

2.3 Verschil wenselijke- en feitelijke situatie

Nu de wenselijke en de feitelijke situatie in kaart zijn gebracht, kunnen er diverse verschillen geconstateerd worden. Hieronder, in tabel twee, worden de belangrijkste verschillen bondig toegelicht.

Tabel 2: Verschillen wenselijke en feitelijke situatie.

Wenselijke situatie	Feitelijke situatie
Over voldoende inhoudelijke kennis beschikken, met name over de inhoud van de papieren in de ontslagenvelop (leefregels, beroerte-alarm, beleid omtrent autorijden etc.) zodat de patiënten goed worden geïnformeerd tijdens het ontslaggesprek. Hierdoor heeft de patiënt achteraf ook geen/ tot weinig vragen.	Te weinig kennis over de uitvoering/ werkwijze van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt, waardoor patiënten niet goed geïnformeerd met ontslag gaan. Patiënten hebben achteraf nog diverse vragen die eigenlijk voorkomen hadden kunnen worden.
Een protocol/ richtlijn ontwikkelen omtrent het ontslaggesprek van de CVA patiënt of het bestaande ontslagprotocol van het MUMC+ aanpassen en toespitsen op de CVA patiënt. Voor verpleegkundigen (i.o.) zijn de protocollen makkelijk te vinden binnen het opleidingsportaal.	In het MUMC+ is er een protocol aanwezig omtrent het ontslaggesprek. Echter wordt dit protocol niet toegepast op afdeling C5 en ontbreekt er diverse informatie (zoals de inhoud van de ontslagenvelop, het inplannen van een ontslaggesprek, het contacteren van familie etc.) aan dit protocol als het gaat om een ontslag bij de CVA patiënt. Hierdoor ontbreekt er uniformiteit.
Het ontslaggesprek plannen zodra de ontslagdatum bekend is. Hierdoor kan familie wel bij het ontslaggesprek aanwezig zijn,	Het ontslaggesprek wordt altijd op de dag van het ontslag gedaan. Familie is niet altijd in staat om op deze dag aanwezig te zijn. Vooral bij

terwijl op de dag van het ontslag dit misschien niet lukt.	patiënten die cognitief niet goed zijn wordt dan belangrijke informatie niet onthouden.
Voor het ontslaggesprek dient de verpleegkundige voldoende tijd te nemen zodat alle ontslagpapieren duidelijk kunnen worden uitgelegd. Ook dient er na het ontslaggesprek nog ruimte te zijn zodat de patiënt nog vragen kan stellen over onduidelijke zaken of items die niet besproken zijn gedurende het gesprek. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg.	Vaak vindt het ontslaggesprek plaats gedurende de artsensite of onder dienstwissel. Hierdoor is er tijdstekort en wordt het ontslaggesprek maar vlot uitgevoerd waardoor belangrijke zaken worden vergeten te benoemen.

2.4 SMART doelen

Na het in kaart brengen van de wenselijke en feitelijke situatie kunnen er een aantal doelen worden opgesteld, welke Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden [SMART] geformuleerd zijn. Met onderstaande SMART doelen wordt geprobeerd om de huidige, feitelijke, situatie te verbeteren naar de toekomstige, wenselijke, situatie.

Tabel 3: SMART doelen voor deze mogelijke implementatie.

Over 12 weken heeft iedere verpleegkundige (i.o.) van afdeling C5 bijscholing gehad omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt middels een presentatie/ klinische les. Hierdoor hebben de verpleegkundigen meer inhoudelijke kennis omtrent de inhoud van de ontslagenvelop, zijn de verpleegkundigen op de hoogte dat zij een ontslaggesprek moeten inplannen en weten de verpleegkundigen dat ze effectief kunnen meebeslissen in het ontslag van een patiënt.
Over 12 weken is het ziekenhuisbrede ontslagprotocol van het MUMC+ aangepast zodat dit protocol ook toegepast kan worden bij een ontslaggesprek van de CVA patiënt. In het bestaande protocol dient informatie toegevoegd te worden zoals de inhoud van de ontslagenvelop (algemene informatiebrief, leefregels, beroerte-alarm), het ontslag inplannen en het mee akkoord kunnen gaan in het ontslag van een patiënt als verpleegkundige.
Over 12 weken wordt het ontslaggesprek bij de CVA patiënt vooraf ingepland. Hiermee wordt nagestreefd dat er een familielid/ mantelzorger van de patiënt bij het ontslaggesprek aanwezig is.
Over 12 weken haalt iedere verpleegkundige (i.o.) van afdeling C5 alle informatie uit de ontslagenvelop en wordt deze informatie één voor één kort benoemd.
Over 12 weken is er voldoende tijd om het ontslaggesprek uit te voeren. Dit wordt bereikt door een tijdsplanning te maken waarin 15 minuten worden uitgereikt voor een ontslaggesprek uit te voeren zodat de patiënt (en familie) ruimte hebben voor het stellen van vragen.
Over 6 weken wordt er gewaarborgd dat het ontslaggesprek in een rustige ruimte/ omgeving plaatsvindt. Het ontslaggesprek kan bijvoorbeeld plaatsvinden in de loft (dit is een aparte ruimte naast de afdeling waar verder geen andere patiënten komen) of op kamer 26 (dit is een kamer waar alleen patiënten komen voor een dag opname, deze patiënten zijn overdag veel weg voor hun onderzoeken en is deze ruimte dus leeg).

2.5 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat er bij de verpleegkundigen van afdeling C5 kennisvergroting moet plaatsvinden omtrent de inhoudelijke kennis van de informatie uit de ontslagenvelop. Ook dient het ontslaggesprek ingepland te worden zodat er bijna altijd een familielid/ mantelzorger aanwezig kan zijn bij het ontslaggesprek. Tevens vereist het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ een aantal aanpassingen, zodat dit ingezet en toegepast

kan worden bij een ontslaggesprek van de CVA patiënt. Door over dit onderwerp regelmatig een presentatie/ klinische les te geven kan worden gewaarborgd dat het ontslaggesprek bij de CVA patiënt correct en consequent verloopt.

Hoofdstuk 3: Probleemanalyse, doelgroep en setting

Wensing en Grol (2017) beschrijft dat er verscheidene factoren zijn die van invloed kunnen zijn op een onderzoek, zoals de doelgroep, de setting en de segmenten van een doelgroep. In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar deze factoren en zullen de bevorderende en de belemmerende factoren in kaart worden gebracht die van invloed kunnen zijn op het ontslaggesprek van de CVA patiënt op de afdeling neurologie in het MUMC+. Om te beginnen wordt de methodiek beschreven die is gebruikt om de gegevens te verzamelen en daarna de resultaten die hieruit zijn voortgekomen. Hierna volgen de bevorderende en de belemmerende factoren en tot slot wordt er een conclusie gedaan gebaseerd op de verkregen resultaten.

3.1 De methodiek

Om gegevens te verzamelen over de doelgroep en de segmenten van de doelgroep van de afdeling is er gebruik gemaakt van een aantal vragen uit de enquête over de feitelijke situatie, omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. In de enquête waren vragen opgenomen die gebaseerd zijn op het innovatiemodel van Rogers (2003), om zo de veranderbaarheid in kaart te kunnen brengen. De bevorderende en de belemmerende factoren zijn in kaart gebracht door een aantal vragen hierover op te nemen in de enquête over de feitelijke situatie omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt en middels het interview over de wenselijke situatie met de CVA verpleegkundige. Om informatie te verkrijgen van de setting is gebruik gemaakt van de introductiegids van afdeling C5 en de site van het MUMC+. Deze introductiegids is terug te vinden op Odin binnen het opleidingsportaal van het MUMC+. De methodiek van de enquête, de analyse en de anonimiteit staat uitgebreid beschreven in paragraaf 2.1 van hoofdstuk 2.

3.2 De resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van de setting, de doelgroep en de segmenten van de doelgroep beschreven.

3.2.1 De setting

Het MUMC+ is de setting van dit onderzoek, betreffende afdeling C5 neurologie. Het MUMC+ is een academisch ziekenhuis en dat wil zeggen dat het zorg biedt aan patiënten met een zeer hoog complex ziektebeeld (Maastricht UMC+, 2019). Op afdeling C5 worden patiënten opgenomen met een neurologische aandoening zoals een beroerte, epilepsie, parkinson, polyneuropathie, hersentumoren etc. (Maastricht UMC+, 2019). Verpleegafdeling C5 is onderverdeeld in twee units, namelijk een linker- en een rechterunit. De linkerunit bestaat uit vier tweepersoonskamers en twee éénpersoonskamers. De rechterunit heeft twee

vierpersoonsskamers en twee tweepersoonsskamers. Op de rechterunit is van één vierpersoonsskamer en één tweepersoonsskamer een “stroke unit” gemaakt. Dat wil zeggen dat op deze twee kamers alleen patiënten liggen die een CVA (beroerte) hebben doorgemaakt. Uit cijfers van 2017 is gebleken dat er in het MUMC+ 592 patiënten zijn opgenomen met een beroerte (Jaarverslag CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland, 2017). Op dit moment wordt het ontslaggesprek bij de CVA patiënt uitgevoerd gedurende andere bezigheden, bijvoorbeeld tijdens de artsenvisite of onder dienstwissel. Het ontslaggesprek vindt altijd op de kamer van de patiënt plaats, ook als dit een vierpersoonsskamer is. De standaard ontslagpapieren, zoals de poli-afspraken en de recepten worden wel door de verpleegkundigen toegelicht aan de patiënt en evt. de familie. Echter wordt de inhoud van de ontslagenvolop niet door de verpleegkundigen benoemd en toegelicht tijdens het ontslaggesprek.

3.2.2 De doelgroep

Het team van afdeling C5 in het MUMC+ bestaat uit één afdelingshoofd, 21 gediplomeerd verpleegkundigen (welke hbo en mbo geschoold zijn), zes leerling verpleegkundigen (hbo- en mbo-studenten), drie afdelingsassistenten en twee secretaresses. Van de gediplomeerd verpleegkundigen zijn vier verpleegkundigen gespecialiseerd tot teamleider. Om de continuïteit van zorg te waarborgen, wordt er voor gezorgd dat iedere vroege dienst één teamleider aanwezig is. Deze verpleegkundige is dan dag verantwoordelijke, regelt de opnames/ ontslagen van de afdeling, stuurt het team aan en regelt de supervisie etc. De belangen van de verpleegkundigen bij dit voorstel voor verbetering is dat zij goede zorg bieden. Hierbij behoort ook een concreet en volledig ontslaggesprek voeren. Door duidelijk te communiceren en uitleg te geven over de ontslagpapieren wordt voorkomen dat de patiënt en de familie nog vragen hebben na het ontslag. De belangen van de patiënten bij dit voorstel voor verbetering is dat zij zich gehoord voelen en dat er na het ontslaggesprek nog tijd over is om vragen te kunnen stellen die tijdens het ontslaggesprek niet zijn besproken. Ook de privacy wordt gewaarborgd als het ontslaggesprek niet op de patiëntenkamer plaatsvindt. De verpleegkundigen op de afdeling werken nauw samen met de neurologen, neurologen i.o. en de supervisor van de afdeling. Op afdeling C5 wordt ook multidisciplinair samengewerkt met andere disciplines zoals neurochirurgen en internisten. In het belang van de artsen wordt een ontslaggesprek na dit voorstel voor verbetering ingepland. Hierdoor vinden ontslagen niet meer acuut plaats en kunnen zij ook een betere planning maken om de ontslagpapieren in orde te maken. De kwaliteit van zorg wordt hiermee verhoogd. Ook komen er op afdeling C5 dagelijks fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten langs om het herstel van de CVA patiënt zo optimaal mogelijk te bevorderen. De belangen van deze disciplines bij dit voorstel voor verbetering is dat zij weten wanneer een

patiënt met ontslag gaat. Hiermee wordt voorkomen dat zij op de afdeling komen voor de patiënt terwijl de patiënt dan al met ontslag is.

3.2.3 De segmenten van de doelgroep

In de enquête over de feitelijke situatie werden aan de verpleegkundigen (i.o.) ook vragen gesteld met betrekking tot het omgaan met veranderingen op de afdeling. Op de vraag of de verpleegkundigen het noodzakelijk vinden dat de uitvoering rondom het ontslaggesprek bij de CVA patiënt moet veranderen geven 14 respondenten (70%) aan dat zij dit noodzakelijk vinden. Zes respondenten (30%) geven aan dat zij dit niet noodzakelijk vinden. Volgens het model van Rogers (2003) kunnen individuen onderverdeeld worden in bepaalde subgroepen. Deze subgroepen hebben eigen kenmerken en zijn altijd aanwezig bij een onderzoeksproces. Van de 20 respondenten geven acht respondenten (40%) aan dat zij zichzelf een innovator vinden als het gaat om veranderingen die op de afdeling plaatsvinden. Een innovator is iemand die met nieuwe ideeën komt en bereid is om risico's te nemen. Acht respondenten (40%) geven aan dat zij een kartrekker/ pionier zijn. Een kartrekker/ pionier is iemand die als referentiepunt fungeert. Dat wil zeggen dat iemand actief reageert en participeert op nieuwe ideeën. De overige vier respondenten (20%) geven aan een meeloper te zijn. Een meeloper laat zich meeslepen door de kartrekker/ pionier van de afdeling. In bijlage 9 worden alle vijf de begrippen van Rogers (2003) beschreven.

3.3 De bevorderende en belemmerende factoren

In onderstaande tabel (tabel 4) zijn de bevorderende en de belemmerende factoren weergegeven op individueel, sociaal, organisatorisch en maatschappelijk gebied (Wensing en Grol, 2017).

Tabel 4: Bevorderende en belemmerende factoren (Wensing & Grol, 2017).

Factor	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Individueel	- 70% geeft aan het noodzakelijk te vinden dat het ontslaggesprek bij de CVA patiënt verandert. - Het team van afdeling C5 bestaat vooral uit innovators en kartrekkers/pioniers. Dit is zeer positief als het gaat om kwaliteitsverbetering. - Het team van afdeling C5 geeft aan dat er rondom het ontslaggesprek bij de CVA patiënt nog veel te bereiken valt. - Het team van afdeling C5 is zeer gemotiveerd en heeft veel werkervaring.	- Het ontslaggesprek wordt op afdeling C5 niet getoetst aan de hand van een protocol, zoals dit bijvoorbeeld bij een verpleegtechnische handeling wel wordt gedaan. - De verpleegkundigen van afdeling C5 hebben geen inhoudelijke kennis omtrent de inhoud van de ontslagenvelop. Hierdoor wordt deze belangrijke informatie niet overgedragen aan de patiënt (en familie).
Sociaal	- Er hangt een positieve sfeer binnen het	- De verpleegkundigen van afdeling C5 geven in de enquête

	team op afdeling C5. - De verpleegkundigen op afdeling C5 werken goed samen. - Het team van afdeling C5 is zeer positief over nieuwe ideeën, waaronder de verbetering van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. - De verpleegkundigen van afdeling C5 bestaan grotendeels uit innovators en kartrekkers, dit is een goede samenstelling om de mogelijke veranderingen te kunnen realiseren (Rogers, 2003). - Op afdeling C5 wordt er goed samengewerkt met de CVA verpleegkundige en het transferpunt. Onderling is er een duidelijk overzicht van het aantal ontslagen.	aan dat zij behoefte hebben aan extra informatie omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. - De mogelijke implementatie kan door de verpleegkundigen van afdeling C5 ook als lastig worden ervaren omdat er tijd en moeite aan besteed moet worden. - De verpleegkundigen van afdeling C5 dienen zich aan de planning en bepaalde regels te houden bij de nieuwe werkwijze voor het ontslaggesprek van de CVA patiënt. Dit is niet altijd even makkelijk omdat de oude manier van het ontslaggesprek een routine is wat al jaren zo wordt uitgevoerd door de verpleegkundigen.
Organisatorisch	- Er is een protocol in het MUMC+ over de ontslagprocedure, alleen dient hieraan informatie toegevoegd te worden zodat deze toespitst is op de CVA patiënt. - Er is ruimte voor de student om een klinische les te geven betreffende het ontslaggesprek bij de CVA patiënt.	- Het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ dient aangepast/herzien te worden, zodat dit protocol toepasbaar is bij de CVA patiënt. Doordat er nu geen protocol wordt gebruikt ontbreekt er uniformiteit. - Tot op heden is er nog geen 'innovator' geweest op afdeling C5 die het ontslaggesprek bij de CVA patiënt heeft willen veranderen of het ontslagprotocol heeft willen herzien. - Het ontslaggesprek vindt vaak in de ochtend plaats gedurende andere bezigheden (artsenvisite, medicatieronde, meerdere ontslagen tegelijkertijd). Hierdoor is er eigenlijk geen tijd om het ontslaggesprek uit te voeren en verloopt het ontslaggesprek niet zoals het zou moeten verlopen. - Het ontslaggesprek vindt vaak op een onjuist moment (vlak voor/ onder dienstwissel) plaats waardoor het ontslaggesprek maar snel en niet zoals het zou moeten wordt uitgevoerd. - Ontslagen vinden acuut/ plots plaats (tijdens de artsensite wordt verteld dat een patiënt met ontslag mag), waardoor het voor een familielid/ mantelzorger soms onmogelijk is om dan bij het ontslaggesprek aanwezig te zijn.
Maatschappelijk	- Door kennisvergroting omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd en zijn er achteraf weinig tot geen onduidelijkheden bij de patiënt en/of familie. Hierdoor kunnen het aantal vragen op het CVA spreekuur beperkt worden.	- Het aanpassen/ herzien van het huidige ontslagprotocol kan financiële kosten met zich meebrengen.

3.4 Conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat er veel bevorderende factoren aanwezig zijn die deze mogelijke implementatie laten slagen. Het verpleegkundig team van afdeling C5 is sterk gericht op kwaliteitsverbetering (Rogers, 2003) en zij vinden het noodzakelijk dat de uitvoering rondom het ontslaggesprek van de CVA patiënt verandert. Uit de resultaten van de enquête is gebleken dat de verpleegkundigen van afdeling C5 behoefte hebben aan extra informatie omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt omdat hun kennis hierover niet optimaal is. Zowel uit de enquête als uit het interview is gebleken dat het plannen van een ontslaggesprek een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van het ontslaggesprek en daarmee bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Ook zijn er een aantal belemmerende factoren aanwezig bij deze mogelijke implementatie. Zo vergt het aanpassen/ herzien van het huidige ontslagprotocol veel tijd en kan deze aanpassing/ herziening financiële kosten met zich meebrengen.

Hoofdstuk 4: Strategieën en interventies

In dit hoofdstuk worden de strategieën en interventies beschreven die toegepast worden bij de mogelijke implementatie omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Dit is de vierde stap van het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017). Allereerst wordt in de hoofdstuk de methodiek beschreven die gebruikt is om de strategieën en interventies in kaart te kunnen brengen. Hierna volgen de resultaten die zijn gevonden middels de gebruikte methodiek. Tot slot eindigt het hoofdstuk met een conclusie welke gebaseerd is op de gevonden resultaten.

4.1 De methodiek

Wensing en Grol (2017) beschrijven in hun implementatiemodel het Effective Practice and Organization of Care Group [EPOC] model. Het EPOC model is een uitgebreide gebruikte taxonomie om de veranderstrategieën met bijbehorende interventies in kaart te kunnen brengen. De strategieën en interventies die worden gebruikt zijn gebaseerd op de bevorderende en de belemmerende factoren die benoemd staan in paragraaf 3.3 van hoofdstuk 3. De keuze voor bepaalde strategieën en interventies zijn gecontroleerd samen met de CVA verpleegkundige van het MUMC+.

4.2 De resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van de strategieën en interventies beschreven. Deze resultaten worden volgens het EPOC model weergegeven in tabel 5 (Wensing en Grol, 2017).

Tabel 5: Strategieën en interventies gebaseerd op het EPOC model.

Domein	EPOC strategie	Link met beïnvloedende factoren	Interventie in de praktijk
Professionele maatregelen	Verspreiding van educatief materiaal	- Afdeling C5 is niet op de hoogte van het ontslagprotocol dat te vinden is op Odin binnen het opleidingsportaal van het MUMC+. De afdeling maakt dus ook geen gebruik van dit protocol.	Het protocol wordt verspreid via de mail naar de verpleegkundigen en de verpleegkundigen worden erop geattendeerd waar zij dit protocol kunnen vinden. Ook wordt het protocol uitgeprint en geplastificeerd zodat dit op de zusterpost kan worden opgehangen en snel toegankelijk is voor de verpleegkundigen. <i>Uit de enquête en het interview is naar voren gekomen dat een protocol uniformiteit biedt bij het uitvoeren van een ontslaggesprek.</i>
	Educatieve bijeenkomst	- Middels de enquête, het interview en het informele gesprek is gebleken dat er een inhoudelijk kennistekort is omtrent de inhoud van de ontslagenvelop.	Het regelmatig geven van een presentatie/ klinische les over de inhoud van het ontslaggesprek bij een CVA patiënt.

	Educatief praktijkbezoek	+ De CVA verpleegkundige kijkt achter de schermen mee naar het verloop van het ontslaggesprek. De verpleegkundigen staan in nauw verband met de CVA verpleegkundige waardoor de samenwerking goed verloopt.	De student evalueert wekelijks met de CVA verpleegkundige over de uitvoering van de ontslaggesprekken. <i>Door te evalueren met de expert kunnen de belemmerende factoren in kaart worden gebracht en vervolgens worden opgepakt, zodat continu de kwaliteit rondom het ontslaggesprek wordt verbeterd.</i>
	Toetsing en terugkoppeling (feedback)	- Het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ is niet toegespitst op de CVA patiënt, waardoor het protocol niet toegepast kan worden in de praktijk. Het aanpassen/ herzien van het huidige ontslagprotocol vergt veel tijd en inspanning.	Het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ wordt aangepast/herzien. <i>Deze aanpassing heeft betrekking op de inhoud van de ontslagenvelop, het als verpleegkundige mee akkoord kunnen gaan in het ontslag van een CVA patiënt en een ontslaggesprek kunnen inplannen.</i>
	Herinneringen (reminders)	- Het is een gewoonte van de verpleegkundigen om het ontslaggesprek uit te voeren op de huidige manier, omdat zij dit zo al jaren op deze manier doen.	Herinneringen rondsturen. <i>Door het huidige ontslagprotocol en later het aangepaste ontslagprotocol maandelijks door te mailen naar de verpleegkundigen worden zij op dit protocol geattendeerd. Het protocol wordt ook op de zusterpost opgehangen zodat de verpleegkundigen hier snel op kunnen terugblikken zonder eerst de computer op te starten. Ook de informatie/ PowerPoint die gebruikt wordt voor de presentatie/ klinische les wordt doorgemailed naar de verpleegkundigen en op de harde schijf gezet zodat zij hier altijd op terug kunnen vallen. Door de informatie wekelijks mondeling toe te lichten, gedurende de bordbespreking, wordt bovendien de bewustwording vergroot.</i>
Organisatorische strategieën (patiënt gerichte interventies/ zorgverlener gerichte interventies/ structurele interventies)	Herziening van professionele rollen	- Onder de verpleegkundigen van afdeling C5 is er nog geen innovator/kartrekker geweest die het initiatief heeft genomen om het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ te herzien zodat dit toegespitst is op de CVA patiënt.	Protocol herzien. <i>Er wordt door de verpleegkundigen van afdeling C5 tijd en mankracht vrijgemaakt om het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ te herzien zodat dit protocol ook toegepast kan worden bij de CVA patiënt.</i>
	Continuïteit van zorg	- Het ontslaggesprek vindt vaak op een onjuist moment plaats (gedurende de artsensite, tijdens dienstwissel, meerdere ontslagen tegelijkertijd). - Het ontslaggesprek vindt vaak plots/ acuut plaats.	Het ontslaggesprek inplannen zodra de ontslagdatum bekend is. <i>Door een ontslaggesprek in te plannen kan het ontslaggesprek bijv. ook de dag van te voren plaatsvinden. Hierdoor is er voldoende tijd om het ontslaggesprek uit te voeren en kan worden gewaarborgd dat een familielid/ mantelzorger aanwezig</i>

		- Op de dag van het ontslag kan familie vaak niet aanwezig zijn.	<i>is. Vooral bij patiënten met cognitieve problemen is dit van groot belang omdat anders belangrijk informatie wordt gemist.</i>
--	--	--	---

4.3 Conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat er een aantal strategieën en interventies toegepast kunnen worden op afdeling C5 waarbij er rekening is gehouden met de belemmerende factoren. Door deze belemmerende factoren aan te pakken middels bovengenoemde strategieën en interventies kan de mogelijke implementatie rondom het ontslaggesprek bij de CVA patiënt slagen. De verpleegkundigen van afdeling C5 voeren deze strategieën en interventies uit. Daarom is het van groot belang om de mogelijke implementatie te evalueren met de verpleegkundigen, zodat eventuele belemmerende factoren worden besproken om hier vervolgens een oplossing voor te bedenken.

Nabeschouwing

Conclusie

Op basis van diverse onderzoeksmethoden kan er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag: *“Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om de kennis en werkwijze rondom het ontslaggesprek van de CVA patiënt te verbeteren, zodat onduidelijkheid uitblijft ten gevolge van een gebrekkig ontslaggesprek?”*. Uit de enquête is naar voren gekomen dat de verpleegkundigen van afdeling C5 een kennistekort hebben omtrent de inhoudelijke informatie van de ontslagenvelop. Dit wordt ook beaamd door de CVA verpleegkundige en door de verpleegkundige welke werkzaam is op de CVA nazorg poli. Ook dient het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ herzien te worden zodat dit specifiek toepasbaar is bij de CVA patiënt en er meer eenduidig en uniform gewerkt wordt. Hiermee wordt de informatievoorziening naar de patiënten toe verbeterd waardoor de patiënten achteraf weinig tot geen vragen meer hebben. Bovendien dient het ontslaggesprek in de toekomst ingepland te worden zodat er voldoende tijd is om het ontslaggesprek uit te voeren en een familielid/ mantelzorger aanwezig kan zijn bij het ontslaggesprek. De informatievoorziening voor de verpleegkundigen betreft het regelmatig bijwonen van een klinische les, het ontslagprotocol maandelijks rondmailen en het aangepaste ontslagprotocol wordt op de zusterpost opgehangen, zodat de verpleegkundigen hier snel op kunnen terugblikken. Tot slot is het van groot belang dat de patiënt aan het einde van het ontslaggesprek vragen kan stellen die in het ontslaggesprek niet aan de orde zijn gekomen.

Discussie

Door zowel Berendsen et al. (2009), Chimatiro et al. (2018) en Van Duin et al. (2017) wordt geconcludeerd dat het ontslaggesprek bij de CVA patiënt een zeer belangrijke interventie is. Het ontslaggesprek dient op het individu aangepast te worden zodat de patiënt de uitleg over zijn/ haar ziekte begrijpt. Hierdoor voelt de patiënt zich betrokken en staan de eigen behoeften, capaciteiten en voorkeuren van de patiënt voorop. Dit wordt tevens beaamd door Hesselink et al. (2012). Bovenstaande literatuur wordt ook bevestigd door de CVA verpleegkundige en de verpleegkundige die werkzaam is op de CVA nazorgpoli. Voor dit onderzoek is zowel Nederlandstalige als Engelstalige literatuur gebruikt die afkomstig zijn uit diverse databanken zoals Pubmed, Google Scholar en Springerlink. Echter zijn er een tweetal artikelen gebruikt die het criterium van tien jaar overschrijden (Mistiaen et al., 2008; Spreeuwenberg, 2008). Omdat de informatie overeenstemde met de recente artikelen is ervoor gekozen om deze artikelen mee te nemen in het onderzoek. Aansluitend kan ook de enquête ter discussie worden gesteld. Bij het invullen van de enquête kan het zijn dat de respondenten mogelijk sociaal-wenselijke antwoorden hebben gegeven. Zo kan een sociaal

wenselijk antwoord zijn dat de verpleegkundigen alle ontslagpapieren één voor één uitleggen aan de patiënt en/of de familie, terwijl dit in de werkelijkheid niet altijd gebeurt. Dit betekent mogelijk voor de resultaten dat deze niet volledig naar waarheid zijn ingevuld. Ook bestaat er een discrepantie in de enquête omtrent de kennis over het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. 13 respondenten (65%) geven aan de hand van een gesloten vraag aan dat hun kennis over het voeren van een ontslaggesprek bij de CVA patiënt goed is. Echter is uit een tweetal open vragen gebleken dat geen enkele respondent alle ontslagmogelijkheden/natrajecten weet te benoemen en kan geen enkele respondent alle formulieren benoemen die zich in de ontslagenvlop bevinden. Het responspercentage van de enquête in dit onderzoek bedraagt 74%, wat als redelijk goed mag worden beschouwd (Baarda et al., 2015). Daaropvolgend kunnen ook de observaties ter discussie worden gesteld. De verpleegkundigen wisten niet dat zij werden geobserveerd, echter het feit dat de observator altijd in de kamer aanwezig was als er een ontslaggesprek met een CVA patiënt werd uitgevoerd, is mogelijk door hen opgemerkt. Bij dit vermoeden kan het zijn dat de verpleegkundigen zich mogelijk anders hebben gedragen. Om de validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten is er bij het interview, met toestemming van de CVA verpleegkundige, gebruik gemaakt van een audio-opname. Hiermee is het interview letterlijk getranscribeerd en middels memberchecking door de CVA verpleegkundige werd het transcript gecontroleerd. Verder is er geen proef interview afgenomen vanwege tijdsgedbrek. Het gevolg hiervan kan zijn dat de CVA verpleegkundige de vragen niet helemaal begrepen heeft, waardoor er mogelijk foutieve antwoorden zijn gegeven. Tenslotte, om de validiteit en de betrouwbaarheid te vergroten heeft er bij het opstellen van de enquête, de observatielijst en de topics/ vragen voor het interview peer debriefing plaatsgevonden. Hierna zijn diverse onderdelen aangepast, zoals onder andere enkele vraagstellingen in de opgestelde enquête.

Aanbevelingen

Om in de toekomst het ontslaggesprek bij de CVA patiënt zo correct en consequent mogelijk te laten verlopen kunnen er een aantal aanbevelingen worden gedaan. Middels deze aanbevelingen wordt gestreefd naar een betere uitvoering van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt door de verpleegkundigen van afdeling C5.

- Om kennisvergroting onder de verpleegkundigen van afdeling C5 te kunnen realiseren wordt er aanbevolen om regelmatig een klinische les te geven omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt, wordt het ontslagprotocol maandelijks toegestuurd naar de verpleegkundigen van afdeling C5 zodat zij hierop geattendeerd worden en wordt het

ontslagprotocol geplastificeerd zodat dit op de zusterpost kan worden opgehangen. Hierdoor is het protocol snel binnen handbereik.

- Om het huidige ontslagprotocol van het MUMC+ toe te kunnen passen bij de CVA patiënt wordt er aanbevolen om een aantal innovators/ kartrekkers binnen het team van afdeling C5 aan te wijzen, die het huidige ontslagprotocol herzien, zodat dit protocol specifiek toepasbaar is bij de CVA patiënt. Het huidige ontslagprotocol voldoet niet aan de specifieke populatie binnen de afdeling. In het herziene protocol moet onder andere te komen staan dat een ontslaggesprek wordt ingepland, dat verpleegkundigen mee akkoord kunnen gaan in het ontslag van een CVA patiënt en informatie omtrent de inhoud van de ontslagenvelop (algemene informatiebrief, leefregels, beroerte-alarm). Dit zorgt voor uniformiteit rondom het ontslaggesprek bij de CVA patiënt.

- Er wordt aanbevolen om een goede tijdsplanning te maken, zodat de ontslaggesprekken worden ingepland en familie hiervan tijdig op de hoogte kunnen worden gebracht. Binnen het team van afdeling C5 wordt één innovator aangewezen die de planning van deze ontslaggesprekken maakt en hierin ook de continuïteit en consequentheid van bewaakt.

- Ter afsluiting wordt aanbevolen om de ontslaggesprekken regelmatig te evalueren zodat eventuele verbeterpunten kunnen worden opgepakt.

Literatuurlijst

Amsterdam UMC. (2019). *Onderzoekers praten donateurs bij over MS, dementie en kanker.*

Geraadpleegd op 14 mei 2019, van

<https://www.vumc.nl/nieuws/nieuwsdetail/onderzoekers-praten-donateurs-bij-over-ms-dementie-en-kanker.htm>

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek.*

Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Baarda, 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.*

Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Baarda, B., & Van der Hulst, M. (2017). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews.* Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Berendsen, A.J. (2013, 6 augustus). Ontslag uit het ziekenhuis: kink in de keten. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 157(6394), 1-2. Geraadpleegd van

<https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a6394.pdf>

Berendsen, A.J., De Jong, G. M., Schuling, J., Bosveld, H. E. P., De Waal, M. W. M., Mitchell, G. K., . . . De Meyboom-Jong, B. (2009, 22 juli). Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: A survey. *Elsevier*, 79(7), 100-105. Geraadpleegd van https://ac.els-cdn.com/S073839910900336X/1-s2.0-S073839910900336X-main.pdf?_tid=2c4b6fcf-3997-493a-8330-e4d558088a47&acdnat=1552912166_ae64b2943c1fc48ab9e01a43252e1c19

Bremmers, H. (2013). *Zwart op wit: Richtlijnen voor schriftelijke werkstukken aan de faculteit gezondheidszorg, verpleegkunde.* Heerlen: Zuyd Hogeschool.

Chimatiro, G.L., Rhoda, A.J., & De Wit, L. (2018, september). *Stroke patients' outcomes and satisfaction with care at discharge from four referral hospitals in Malawi: A cross-sectional descriptive study in limited resource.* Geraadpleegd van

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30627348>

CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland. (2017). *Jaarverslag 2017.* Geraadpleegd op 22 oktober 2018, van

<file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/Jaarverslag%202017%20Keten%20CVA%20Maastricht%20en%20Heuvelland.pdf>

- Grol, R. & Wensing, M. (2017). *Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. (zevende druk, herziende druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hartstichting. (2019). *Cijfers hart- en vaatziekten*. Geraadpleegd op 1 februari 2019, van <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/feiten-en-cijfers-hart-en-vaatziekten/feiten-en-cijfers-over-beroerte>
- Hartstichting. (2019). *Gevolgen van een beroerte*. Geraadpleegd op 1 februari 2019, van <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/beroerte/gevolgen-van-een-beroerte>
- Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., . . . Wollersheim, H. (2012). *Are patients discharge with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers*. Geraadpleegd op 4 februari 2019, van https://qualitysafety.bmj.com/content/21/Suppl_1/i39
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Vernooij-Dassen, M., & Wollersheim, H. (2013, 6 augustus). *Worden patiënten met zorg ontslagen?** I Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Geraadpleegd op 28 februari 2019, van <https://www.ntvg.nl/artikelen/worden-pati%C3%ABnten-met-zorg-ontslagen/volledig>
- Maastricht UMC+. (2017). *Autorijden na een beroerte of TIA*. Geraadpleegd op 11 april 2019, van <https://portal.mumc.nl/uniquesig24f4b176bf6a63f1843b544a11859cdc/uniquesig1/iProva/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=98ca9d92-2dae-4aa8-b13b-45632e0f6dab&NavigationHistoryID=9192915&PortalID=301&Query=autorijden+na+een+beroerte>
- Maastricht UMC+. (2018). *Hulpkaart verpleegkundig ontslaggesprek*. Geraadpleegd op 20 maart 2019, van <https://portal.mumc.nl/uniquesig24f4b176bf6a63f1843b544a11859cdc/uniquesig1/iProva/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=070c6f08-46c7-4689-bc01-d81f13d913b9&NavigationHistoryID=9092759&PortalID=301&Query=ontslaggesprek>
- Maastricht UMC+ (2017). *Ontslagprocedure patiënten azM: Hoofddocument*. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <https://portal.mumc.nl/uniquesig24f4b176bf6a63f1843b544a11859cdc/uniquesig1/iProva/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=8e1634a7-3aaa->

- 480e-8dde-56d2865bf44e&NavigationHistoryID=9093276&PortalID=301&Query=ontslagprocedure
- Maastricht UMC+. (2019). *Over neurologie*. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <https://www.mumc.nl/patienten-en-bezoekers/specialisme/neurologie/over-neurologie>
- Maastricht UMC+. (2017). *Stoppen met roken – persoonlijke begeleiding*. Geraadpleegd op 11 april 2019, van <https://portal.mumc.nl/uniquesig24f4b176bf6a63f1843b544a11859cdc/uniquesig1/iProva/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=21c17637-44d8-4cc9-afa7-7e1906a5438f&NavigationHistoryID=9192973&PortalID=301&Query=stoppen+met+roken+poli>
- Maastricht UMC+. (2019). *Zorg na ontslag*. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <https://www.mumc.nl/patienten-en-bezoekers/uw-opname/ontslag/naar-huis>
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkkel, D., De Bont, M., & Veeger, A. (2008, 28 juni). *The problem of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting*. Geraadpleegd op 4 februari 2019, van <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251233.x#accessDenialLayout>
- NHG. (2019). *Standaard beroerte*. Geraadpleegd op 5 februari 2019, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte>
- Pool, A. (2013). *Met het oog op de toekomst*. Utrecht: Vilans
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Simon & Schuster Ltd.
- Spreeuwenberg, C. (2008, juli). Ontslag uit het ziekenhuis. *Huisarts en Wetenschap*, 51(8), 412. Geraadpleegd van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F03086854.pdf>
- Van Duin, F., Veldboom, S., & Van der Wal, F. (2017, juni). *Schriftelijke informatievoorziening na een CVA*. Geraadpleegd op 2 februari 2019, van [file:///C:/Users/Gebruiker/Documents/Afdeling%20C5%20MUMC+%20\(diff%203-diff%204\)/Duin2017_Article_SchriftelijkeInformatievoorzie.pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/Documents/Afdeling%20C5%20MUMC+%20(diff%203-diff%204)/Duin2017_Article_SchriftelijkeInformatievoorzie.pdf)
- Zuyderland Medisch Centrum. (2019). *Ontslag van een patiënt*. Geraadpleegd op 23 maart 2019, van <https://iprova.atriummc.nl/iDocument/Viewers/Frameworks/ViewDocument.aspx?DocumentID=a6f4c79d-718a-45f2-b1f0->

b3ffacbdb9dc&NavigationHistoryID=6737326&PortalID=103&Query=ontslag+van+een+pa
ti%C3%8Bnt

Bijlagen

Bijlage 1: Reflectie volgens de STARRT-methode

Situatie

Vanaf 13 augustus 2018 ben ik werkzaam als vierdejaars student verpleegkundige op afdeling C5 (neurologie) in het MUMC+. In september 2018 ben ik gestart met mijn differentiatie drie. Tijdens de differentiatie drie heb ik een praktijkproef gemaakt in de rol van zorgverlener, regisseur en beroepsbeoefenaar en deze heb ik met een voldoende afgerond. Gedurende de differentiatie drie werd ook het voorstel van de bachelor thesis geschreven. Dit voorstel is goedgekeurd door zowel stage als door school. In november 2018 ben ik vervolgens gestart met mijn minor High Care klinische zorg. Deze minor duurde in totaliteit 10 weken. In deze 10 weken was ik ook gewoon werkzaam op de afdeling neurologie en heb ik 10 dagen stage gelopen op de Medium Care van de afdeling neurologie. Ik heb mijn minor ook met een voldoende afgerond. In februari 2019 ben ik gestart met mijn differentiatie vier. In het kader van de differentiatie vier van de hbo-verpleegkunde van Zuyd Hogeschool te Heerlen heb ik deze bachelor thesis gemaakt. De bachelor thesis is tot stand gekomen vanuit een vraagstuk in de praktijk. De bachelor thesis gaat over het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Dit ontslaggesprek verloopt op dit moment niet zoals het zou moeten verlopen. In het kader van kwaliteitsverbetering wordt er middels deze bachelor thesis aanbevelingen gegeven aan de verpleegkundigen van afdeling C5 van het MUMC+, omtrent de kennis en uitvoering/ werkwijze van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt.

Taak

Ik heb het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017) gebruikt bij het schrijven van deze bachelor thesis. Na het schrijven van het voorstel van de bachelor thesis, welke geschreven is tijdens de differentiatie drie, heb ik diverse onderzoeksmethoden toegepast om zo de bachelor thesis te kunnen schrijven. Bij deze bachelor thesis heb ik gekeken naar de wenselijke en feitelijke situatie omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Hieruit zijn een aantal beïnvloedende factoren tot stand gekomen. Deze beïnvloedende factoren kunnen met de opgestelde strategieën en interventies worden aangepakt.

Actie

In februari 2019 ben ik gestart met het schrijven van mijn bachelor thesis. In het voorstel van de bachelor thesis is een hoofdvraag met bijbehorende deelvragen worden opgesteld. Aan de hand van deze hoofdvraag ben ik onderzoek gegaan naar evidence-based literatuur omtrent mijn onderwerp om zo te onderzoeken wat de wenselijke situatie is omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Ook heb ik een interview gehouden met de CVA

verpleegkundige van het MUMC+ om de wenselijke situatie nog beter in kaart te kunnen brengen. Ik heb voor de CVA verpleegkundige gekozen omdat zij gespecialiseerd is in het ziektebeeld CVA en de ontslagen uit het ziekenhuis coördineert. Om de feitelijke situatie in kaart te kunnen brengen heb ik ervoor gekozen om een enquête uit te zetten onder de verpleegkundigen van afdeling C5. Ik heb voor een enquête gekozen omdat zo de verpleegkundigen (i.o.) op afdeling C5 hun kennis en mening kunnen laten horen op een naar verhouding makkelijke wijze en in een kort tijdsbestek. Ook heb ik ervoor gekozen om de enquêtes persoonlijk uit te delen, zodat onderling overleg niet mogelijk was. In de enquête waren ook vragen opgenomen waarmee de veranderbaarheid van het team in kaart kon worden gebracht (Rogers, 2003). Om te controleren of de verkregen antwoorden in de enquête niet sociaal wenselijk zijn heb ik ervoor gekozen om nog een observatie te doen. Hierbij wisten de verpleegkundigen die werden geobserveerd niet dat zij geobserveerd werden. Ik ben op dat moment bijvoorbeeld de kamer gaan poetsen of even bij een andere patiënt op die kamer gaan zitten. Ik heb ervoor gekozen om op verschillende dagen en op verschillende momenten de verpleegkundigen te observeren. Wat betreft de momenten heb ik vijf ontslaggesprekken in de ochtend geobserveerd (gedurende de artsensite), twee ontslaggesprekken in de middag geobserveerd (vlak voor dienstwissel) en drie ontslaggesprekken vonden op een rustig moment plaats. Tevens heb ik een informeel gesprek gevoerd met een verpleegkundige van de afdeling die ook werkzaam is op de CVA nazorg poli. Vooraf aan het opstellen van de enquête heb ik een eigen criterialijst gemaakt waaraan de enquête moest voldoen. Deze criterialijst is opgesteld aan de hand van literatuur en goedgekeurd door mijn werkbegeleider alvorens de enquêtes uit te delen op de afdeling. Ook de criterialijst voor de observatie is eerst beoordeeld en goedgekeurd door mijn werkbegeleider en mentor alvorens te starten met de observaties. Bij het schrijven van de bachelor thesis ben ik begonnen met een lay-out te maken en heb ik allereerst de inleiding geschreven. De inleiding was voor een gedeelte al gemaakt omdat dit ook beschreven moet worden in het voorstel van de bachelor thesis. Aan de hand van de diverse onderzoeksmethoden hierboven heb ik hoofdstuk één, twee en drie geschreven. Na het schrijven van de eerste drie hoofdstukken kon ik strategieën en interventies opstellen welke het probleem zouden aanpakken. Het opstellen van strategieën en interventies is de vierde stap van het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017). De vier hoofdstukken werden naar mijn mentor gestuurd zodra ik deze klaar had. Ik heb feedback over deze vier hoofdstukken mogen ontvangen en deze feedback heb ik verwerkt in mijn bachelor thesis. Vervolgens heb ik de nabeschuiving en de samenvatting/ abstract geschreven. Tot slot zijn er diverse bijlagen geschreven en toegevoegd.

Resultaten

Door het gebruik van de diverse onderzoeksmethoden ben ik naar mijn mening tot een concreet en volledig onderzoek gekomen. Ik heb middels deze bachelor thesis antwoorden kunnen geven op de opgestelde hoofdvraag en concrete verbeterdoelen kunnen opstellen om deze mogelijke implementatie te laten slagen.

Reflectie

Voordat ik aan de bachelor thesis ben begonnen heb ik een tijdsplanning gemaakt waarin ik voor mezelf deadlines heb opgesteld wanneer ik bepaalde hoofdstukken af wilde hebben. Ik heb me aan deze deadlines gehouden en ben dan ook niet in tijdnood gekomen. Ik heb mijn bachelor thesis drie weken voor de inleverdatum op school ingeleverd bij de werkbegeleiding van de afdeling en mijn peerassessor. Ik heb hiervoor gekozen omdat ik zo de verkregen feedback van de werkbegeleider en de peerassessor nog kan verwerken in mijn bachelor thesis alvorens deze op school in te leveren. Ik ben zeer tevreden over het proces van mijn bachelor thesis. In overleg met de werkbegeleiding en met mijn mentor wist ik precies welke onderzoeksmethoden ik allemaal wilde gebruiken om mijn onderzoek uit te voeren. Ik was optijd met het uitzetten van mijn onderzoeken en ik ben ook direct aan de slag gegaan met de uitwerking van de resultaten. Wat ik zeer fijn vond tijdens de onderwijsbijeenkomsten [OWG] op school was dat we allemaal onze enquête, observatielijst en topiclijst/ vragen voor het interview mochten inbrengen. Zo kon iedereen aan elkaar feedback en tips geven waar jezelf misschien niet aan had gedacht. Ook mijn werkbegeleiders hebben mijn goed geholpen als ik vragen had waardoor ik erna weer verder kon gaan met het schrijven van mijn bachelor thesis. Gedurende het schrijven van de bachelor thesis heb ik mij ook verder kunnen ontwikkelen als hbo-verpleegkundige. Ik heb meermaals verantwoordelijke diensten gedraaid en dit gaat goed. Ik neem de regie over een gang en ik ben eindverantwoordelijke van die dag. In het begin vond ik het nogal lastig om taken te delegeren. De enige feedback die ik meekreeg van mijn verantwoordelijke diensten was dan ook meer delegeren. Na een aantal verantwoordelijke diensten te hebben gedraaid gaat ook het delegeren steeds beter. Ik krijg dan ook als feedback dat ik hierin gegroeid ben. Deze verantwoordelijke diensten vond ik zeer leerzaam.

Transfer

Niet alleen tijdens mijn differentiatie vier, maar gedurende mijn hele opleiding tot hbo-verpleegkundige, ben ik enorm gegroeid in mijn hbo-competenties. Middels mijn bachelor thesis heb ik aangetoond dat ik initiatief neem voor kwaliteitsverbetering op afdelingsniveau. Door onderzoek te doen op de afdeling heb ik verbeterdoelen opgesteld omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Ook ben ik momenteel bezig met het participeren in de

ontwikkeling en vaststelling van protocollen en richtlijnen. Samen met de CVA verpleegkundige en een aantal collega's van de afdeling wordt er een protocol gemaakt omtrent de zorg bij een CVA patiënt. Ik ben hierbij betrokken omdat ik onderzoek heb gedaan naar het ontslaggesprek. Ook dit zal meegenomen worden bij de ontwikkeling van het nieuwe CVA protocol. Bij het schrijven van de bachelor thesis heb ik ook laten zien dat ik opensta voor de deskundigheid van andere disciplines. Ik heb een interview gehouden met de CVA verpleegkundige om zo de wenselijke situatie nog beter in kaart te kunnen brengen. Ik heb laten zien dat ik bondig mondeling en schriftelijk kan formuleren en in staat ben feedback te geven en te ontvangen. Tijdens de OWG op school heb ik medestudenten feedback gegeven en de bachelor thesis van mijn peerassessor voorzien van feedback. Ook heb ik andere studenten op de werkvloer begeleid en uitleg gegeven zover ik kon. Ik heb op de werkvloer laten zien dat ik mijn verantwoordelijkheid kan dragen op een professionele verantwoorde wijze. Mijn werkbegeleiders hebben mij hierop beoordeeld aan de hand van een criterialijst "kan dit zelfstandig uitvoeren als 'gediplomeerde'". Hierbij heb ik laten zien dat ik uit eigen initiatief primaire, secundaire en tertiaire preventie toepas. Zo schakel ik bijvoorbeeld uit mezelf de decubitusverpleegkundige in bij een patiënt met een decubituswond. Ik geef voorlichting/ uitleg aan de patiënt en eventueel de familie bij een opnamegesprek, een operatie of bij een ontslaggesprek. Ook neem ik de regie voor het uitvoeren van de artsenvisite en de overdracht naar de avonddienst. De feedback die ik van collega's krijg is zeer positief. Ik functioneer prima op de afdeling en ik geef altijd tijdig mijn leerdoelen aan. In onderstaande tabel (tabel 6) staat per rol weergegeven welke werkzaamheden ik zelfstandig op de afdeling verricht.

Tabel 6: Beroepscompetenties van Pool (2013).

Rollen	Werkzaamheden
Zorgverlener	- Basiszorg verrichten/ ADL zorg coördineren; - Verpleegtechnische handelingen uitvoeren; - Opnamegesprekken uitvoeren + uitwerken in het SAP; - Empathie tonen; - Patiënten aansporen en instructies geven; - Informatie verstrekken aan patiënten + benaderen/ motiveren; - Verdiepen in de ziektebeelden van de afdeling; - Meetinstrumenten toepassen op de afdeling (mews/ emv/ mrc/ must/ prepurse/ dos); - Primaire, secundaire en tertiaire preventie toepassen.
Regisseur	- Regie voeren en initiatief nemen; - De regie nemen in acute situaties; - Hele gang/ unit coördineren; - Artsenvisite lopen aan het bed volgens de SBARR-methode + artsenvisite uitwerken in het SAP; - Overdragen naar de avonddienst volgens de SBARR-methode; - Opnames en overnames coördineren;

	- Een ontslag regelen en coördineren; - Een ontslaggesprek uitvoeren + het ontslag verwerken in het SAP; - Taken delegeren; - Andere disciplines inschakelen/ samenwerken met andere disciplines.
Ontwerper	- Kritisch kijken naar protocollen en richtlijnen; - Participeren in de ontwikkeling en vaststelling van protocollen en richtlijnen; - Initiatief nemen voor kwaliteitsverbetering op afdelingsniveau; - Openstaan voor de deskundigheid van andere disciplines; - Bondig mondeling en schriftelijk formuleren; - Pauzes coördineren en overzicht houden; - Bordplanning maken voor de volgende dag.
Coach	- Leerlingen begeleiden op de afdeling; - Feedback geven aan andere leerlingen; - Waakt voor voldoende begeleiding voor leerlingen; - Medestudenten op school feedback geven en hierbij ook feedback ontvangen; - Feedback geven aan mijn peerassessor over de bachelor thesis.
Beroepsbeoefenaar	- Een levenslange leerhouding aannemen en mij hierin steeds verder ontwikkelen; - Grenzen aangeven en bewaken; - Ik houd me aan de regels van het verpleegkundig beroep; - Ik houd me aan de waarden en normen van het verpleegkundig beroep.

Bijlage 2: Zoekstrategie

Tabel 7: Zoekstrategieën

Waar gezocht?	Hoe? Trefwoorden afbakening	Hits	Gebruikte literatuur	Motivatatie voor gebruikte literatuur
Pubmed	'Stroke patient' AND 'discharge'	12.276 resultaten (2 ^e link)	Chimatiro, G.L., Rhoda, A.J., & De Wit, L. (2018, september). <i>Stroke patients' outcomes and satisfaction with care at discharge from four referral hospitals in Malawi: A cross-sectional descriptive study in limited resource.</i>	Een recent artikel dat de verpleegkundige zorg beschrijft voor het ontslag van een CVA patiënt. Dit artikel was zeer toepasbaar bij de bachelor thesis.
	'Patient' AND 'patient discharge' OR 'hospital discharge'	3.155 resultaten (3 ^e link)	Berendsen, A.J., De Jong, G. M., Schuling, J., Bosveld, H. E. P., De Waal, M. W. M., Mitchell, G. K., . . . De Meyboom-Jong, B. (2009, 22 juli). Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: A survey. <i>Elsevier</i> , 79(7), 100-105.	Dit artikel beschrijft o.a. dat er diverse informatie verstrekt moet worden gedurende het ontslaggesprek en dat dit patiëntgericht moet zijn.
	'Patient care' AND 'Care provider' AND 'patient discharge'	1.082 resultaten (5 ^e link)	Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., . . . Wollersheim, H. (2012). <i>Are patients discharge with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers.</i>	Een artikel waarin wordt beschreven dat patiënten vaak niet goed worden ontslagen. De informatie is vaak onvolledig en niet duidelijk voor de patiënt.
	'Discharge' OR 'patient discharge' AND 'Care provider'	1.353 resultaten (3 ^e link)	Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkel, D., De Bont, M., & Veeger, A. (2008, 28 juni). <i>The problem of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting.</i>	Dit artikel beschrijft een aantal belemmerende factoren omtrent een ontslag. Het artikel past goed binnen deze bachelor thesis.
Springerlink	Ziekenhuis + opname	3.860 resultaten (7 ^e link)	Spreeuwenberg, C. (2008, juli). Ontslag uit het ziekenhuis. <i>Huisarts en Wetenschap</i> , 51(8), 412. Geraadpleegd van https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF03086854.pdf	In dit artikel wordt beschreven welke onderdelen bij een ontslaggesprek aan bod moeten komen zodat de patiënt goed geïnformeerd met ontslag gaat.
	Ontslag + informatie + CVA	190 resultaten (12 link)	Van Duin, F., Veldboom, S., & Van der Wal, F. (2017, juni). <i>Schriftelijke informatievoorziening na een CVA.</i>	In dit artikel wordt de optimale informatievoorziening beschreven die een CVA

	Beroerte	1.223 resultaten (6 ^e link)	NHG. (2019). <i>Standaard beroerte</i> .	patiënt met ontslag moet meekrijgen. Een recente bron over het ziektebeeld CVA.
Google	Cijfers beroerte	131.000 resultaten (4 ^e link)	Hartstichting. (2019). <i>Cijfers hart- en vaatziekten</i> .	Twee recente bronnen die beschrijven hoe vaak een beroerte voorkomt en wat de gevolgen van een beroerte zijn in het dagelijks leven.
	Gevolgen beroerte	222.000 resultaten (1 ^e link)	Hartstichting. (2019). <i>Gevolgen van een beroerte</i> .	
	Ontslag + ziekenhuis	710 resultaten (1 ^e link)	Berendsen, A.J. (2013, 6 augustus). Ontslag uit het ziekenhuis: kink in de keten. <i>Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde</i> , 157(6394), 1-2.	Een studie waarin de knelpunten van een ontslag worden beschreven. Hierin wordt beschreven wat door de verpleegkundigen vaak wordt vergeten tijdens een ontslaggesprek. Zeer toepasbaar bij deze bachelor thesis.
	Ontslag + ziekenhuis	710 resultaten (3 ^e link)	Hesselink, G., Schoonhoven, L., Vernooij-Dassen, M., & Wollersheim, H. (2013, 6 augustus). <i>Worden patiënten met zorg ontslagen?</i> * I Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.	Een onderzoek waarin wordt beschreven welke oorzaken/ factoren een patiëntgericht ziekenhuisontslag belemmeren.
Zuyd bibliotheek	Baarda + onderzoek	-	Baarda, B. (2014). <i>Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek</i> . Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.	Deze literatuur werd aanbevolen door de docentbegeleider en de medestudenten. De bronnen zijn betrouwbaar en relevant voor een onderzoek.
	Baarda + enquête	-	Baarda, B., de Goede, M. P. M., & Kalmijn, M. (2015). <i>Basisboek enquêteren: Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes</i> . Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.	
	Baarda + interview	-	Baarda, B., & Van der Hulst, M. (2017). <i>Basisboek interviewen: Handleiding</i>	

	Wensing en Grol		voor het voorbereiden en afnemen van interviews. Houten: Noordhoff Uitgevers B.V. Grol, R. & Wensing, M. (2017). Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg Rogers, E.M. (2003). Diffusion of innovations. New York: Simon & Schuster Ltd.	De bachelor thesis is geschreven aan de hand van deze methodiek. Om de veranderbaarheid in kaart te kunnen brengen is de innovatietheorie van Rogers gebruikt.
	Pool	-	Pool, A. (2013). <i>Met het oog op de toekomst</i> . Utrecht: Vilans	Betrouwbare bron voor de HBO-competenties in kaart te brengen.
	Zwart op wit	-	Bremmers, H. (2013). <i>Zwart op wit: Richtlijnen voor schriftelijke werkstukken aan de faculteit gezondheidszorg, verpleegkunde</i> . Heerlen: Zuyd Hogeschool.	De bachelor thesis is geschreven conform de richtlijnen van 'Zwart op Wit'.
Odin (opleidingsportaal MUMC+)	Ontslagprocedure	34 resultaten (3 ^e link)	Maastricht UMC+. (2017). <i>Ontslagprocedure patiënten azM: Hoofddocument</i> .	Dit zijn recente protocollen van het MUMC+ die betrouwbare informatie geven over het ontslaggesprek.
	Ontslaggesprek	141 resultaten (1 ^e link)	Maastricht UMC+. (2018). <i>Hulpkaart verpleegkundig ontslaggesprek</i> .	
	CVA + autorijden	11 resultaten (1 ^e link)	Maastricht UMC+. (2017). <i>Autorijden na een beroerte of TIA</i> .	
	CVA + roken	24 resultaten (2 ^e link)	Maastricht UMC+. (2017). <i>Stoppen met roken – persoonlijke begeleiding</i> .	
Online site MUMC+	Neurologie	-	Maastricht UMC+. (2017). <i>Over neurologie</i> .	Op de website van het MUMC+ is recente en relevante informatie te vinden over het ziektebeeld neurologie en welke zorg en door de verpleegkundigen geleverd moet worden voor na
	Ontslag	-	Maastricht UMC+. (2019). <i>Zorg na ontslag</i> .	

				het ontslag.
MUMC+ mail (verkregen via CVA verpleegkundige)	-	-	CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland. (2017). <i>Jaarverslag 2017</i> .	In dit jaarverslag worden de cijfers weergegeven van het aantal patiënten met een CVA die in het jaar 2017 met ontslag zijn gegaan.

Bijlage 3: Enquête

De kennis en uitvoering/ werkwijze van het ontslaggesprek van de CVA patiënt.

Beste collega's,

Mijn naam is Nikki Klein. Ik ben momenteel vierdejaars leerling hbo-verpleegkundige op Hogeschool Zuyd te Heerlen. Ik ben op dit moment bezig met het maken van mijn bachelor thesis in de rol van ontwerper in het kader van mijn differentiatie vier. Met het oog op de bachelor thesis heb ik ervoor gekozen om een enquête op te stellen omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt op de afdeling neurologie. Op de afdeling neurologie voeren wij als verpleegkundigen bijna dagelijks een ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Echter verloopt de uitvoering van dit ontslaggesprek niet altijd even correct en consequent. Hierdoor treden er onduidelijkheden op bij de patiënt en eventueel de familie van de patiënt. Om dit te voorkomen ga ik middels mijn bachelor thesis onderzoeken welke verbeteringen er kunnen optreden zodat onduidelijkheid uitblijft ten gevolge van een gebrekkig ontslaggesprek.

Om in kaart te brengen welke kennis er bij de verpleegkundigen binnen de afdeling neurologie aanwezig is over het ontslaggesprek bij de CVA patiënt en hoe de uitvoering/ werkwijze van het ontslaggesprek verloopt, wil ik u graag vragen om deze enquête in te vullen. Ik verwacht van u dat u de enquête naar eerlijkheid invult om zo een goede bijdrage te kunnen leveren aan mijn onderzoek. Ook zal ik aan u vragen om de enquête direct in te vullen, zodat onderling overleg niet mogelijk is, om een zo effectief mogelijk resultaat te krijgen voor mijn onderzoek. Het invullen van de enquête duurt omstreeks tien minuten. Na het invullen van de enquête mag u de enquête weer terug aan mij overhandigen. De enquêtes kunnen tot uiterlijk woensdag 13 maart worden ingevuld. Hierna zal ik de resultaten gaan bekijken en geef ik een terugkoppeling wanneer ik alle resultaten in kaart heb gebracht.

De gegevens in deze enquête worden anoniem verwerkt. Als er vragen of onduidelijkheden zijn dan kunt u contact met mij opnemen via: nikki.klein@mumc.nl

Alvast hartelijk bedankt voor jullie medewerking aan mijn onderzoek!

Met vriendelijke groet,

Nikki Klein

Afdeling C5, neurologie

MUMC+

Vragen omtrent de doelgroep van de afdeling

Vraag 1: Wat is uw geslacht?

- ☐ Vrouwelijk
- ☐ Mannelijk

Vraag 2: Wat is uw leeftijd?

- ☐ < 20 jaar
- ☐ 20 – 25 jaar
- ☐ 26 – 30 jaar
- ☐ 31 – 35 jaar
- ☐ 36 – 40 jaar
- ☐ > 41 jaar

Vraag 3: Wat is uw functie op de afdeling neurologie?

(Streep hierbij door wat niet van toepassing is)

- ☐ Gediplomeerd verpleegkundige (mbo/ hbo)
- ☐ Leerling verpleegkundige (mbo/ hbo) (leerjaar)
- ☐ Teamleider
- ☐ Anders, namelijk

Vraag 4: Hoe lang bent u al werkzaam op de afdeling neurologie?

- ☐ Minder dan 1 jaar
- ☐ 1 – 3 jaar
- ☐ 3 – 5 jaar
- ☐ 5 – 7 jaar
- ☐ 7 – 10 jaar
- ☐ Meer dan 10 jaar

Vragen omtrent de kennis en werkwijze van het ontslaggesprek van de CVA patiënt

Vraag 5: Vindt u dat u voldoende tijd heeft om het ontslaggesprek bij de CVA patiënt te kunnen uitvoeren? *(leg uit waarom)*

- Ja, want.....
.....
- Nee, want.....
.....

Vraag 6: Als u de ontslagpapieren aan de patiënt overhandigt, legt u dan alle papieren die erbij zitten een voor een uit aan de patiënt en/of familie?

- Ja
- Nee

Vraag 7: Vraagt u aan de patiënt en/of de familie of hij/zij de uitleg van de papieren heeft begrepen?

- Ja
- Nee

Vraag 8: Welk cijfer geeft u aan het huidige ontslaggesprek bij de CVA patiënt op afdeling C5? *(Hierbij wordt een schaal gebruikt van 0 tot 10, waarbij 0 zeer slecht is en 10 zeer goed)*

- Vul hier uw cijfer in:

Vraag 9: Benoem hieronder zo veel mogelijk verschillende natrajecten/ontslagmogelijkheden die er zijn bij een CVA patiënt.

- 1:
- 2:
- 3:
- 4:
- 5:
- 6:

Vraag 10: Weet u welke formulieren er zitten in de ontslagenvelop voor een CVA patiënt die met ontslag gaat naar een revalidatieplaats?

- ☐ Ja dat weet ik, namelijk:

.....

.....

.....

.....

- ☐ Nee dit weet ik niet

Vraag 11: Mijn kennis (denk aan mogelijke natrajecten, leefregels, inhoud van de ontslagenvelop) voor het voeren van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt is:

- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Onvoldoende

Vraag 12: Vindt u dat het ontslaggesprek altijd op het juiste moment plaatsvindt?

- ☐ Ja dat vind ik, omdat.....
- ☐ Nee dat vind ik niet, omdat.....

Het volgende moment zou ik beter vinden:

Vraag 13: Als de ontslagdatum van de patiënt bekend is, geeft u dit dan altijd door aan de patiënt en/of familie?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Vraag 14: Als er geen familie aanwezig is bij het ontslaggesprek van de patiënt en de patiënt heeft ten gevolge van zijn CVA een afasie of andere cognitieve restverschijnselen waardoor hij/ zij de informatie niet kan begrijpen, hoe voert u dan het ontslaggesprek uit?

.....

.....

.....

Vraag 15: Welke belemmerende factoren zijn er volgens u op afdeling C5 voor het voeren van een volledig ontslaggesprek: *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Uniformiteit ontbreekt
- Geen protocol/ richtlijn
- Te druk op de afdeling om er voldoende tijd aan te besteden
- Kennis tekort
- Onjuist moment voor het uitvoeren van het ontslaggesprek
- Anders, namelijk:

Vraag 16: Vindt u dat er op de afdeling neurologie informatie (bijv. een richtlijn) verstrekt moet worden omtrent het ontslaggesprek van de CVA patiënt aan de verpleegkundige (i.o.)?

- Ja, door bijvoorbeeld:
.....
.....
.....
- Nee, want:
.....
.....
.....

Vragen omtrent het omgaan met veranderingen op de afdeling

Vraag 17: Vindt u het noodzakelijk dat de uitvoering rondom het ontslaggesprek van de CVA patiënt verandert?

- Ja
- Nee

Vraag 18: Volgens het model van Rogers (2003) kunnen individuen onderverdeeld worden in bepaalde subgroepen. Deze subgroepen hebben eigen kenmerken en zijn altijd aanwezig bij een onderzoekproces. Als het gaat om veranderingen die op de afdeling plaatsvinden, dan bent u een:

- Innovator (iemand die met nieuwe ideeën komt)
- Kartrekker/ pionier (iemand die als referentiepunt fungeert)
- Meeloper (je laat je meeslepen door de kartrekker van de afdeling)
- Sceptisch persoon (terughoudend t.o.v. veranderingen op de afdeling)
- Tegenspreker (wanneer je veel weerstand biedt tegen veranderingen op de afdeling)

Tot slot

Vraag 19: Bij eventuele vragen en/of opmerkingen kunt u deze hieronder neerschrijven:

.....

.....

.....

.....

Dit is het einde van mijn enquête. Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

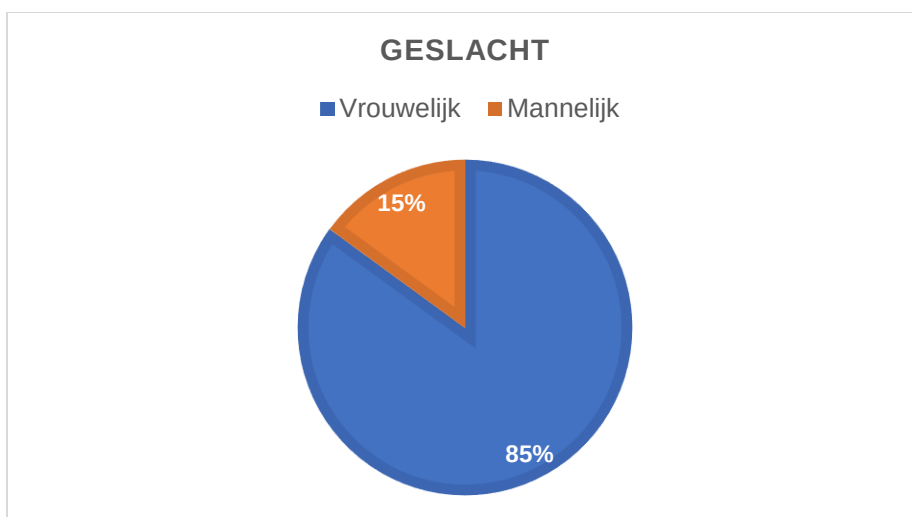
Nikki Klein

Bijlage 4: Resultaten enquête

In onderstaande tabellen zijn de resultaten van de enquête weergegeven.

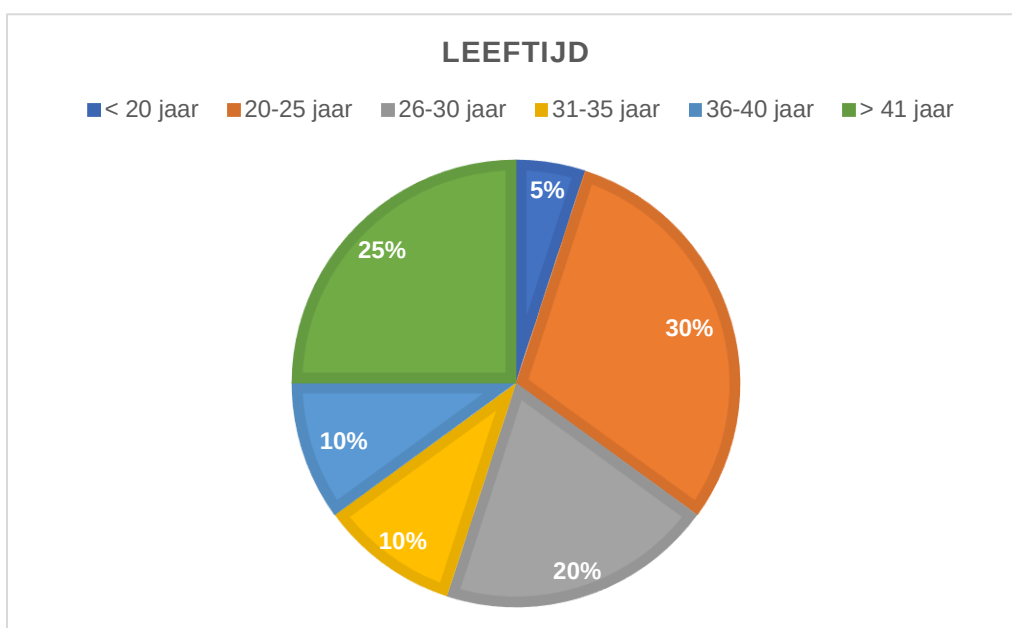
Vraag 1: Wat is uw geslacht?

De enquête is door 20 respondenten ingevuld, hiervan zijn 27 respondenten vrouwelijk (85%) en 3 respondenten (15%) zijn mannelijk.



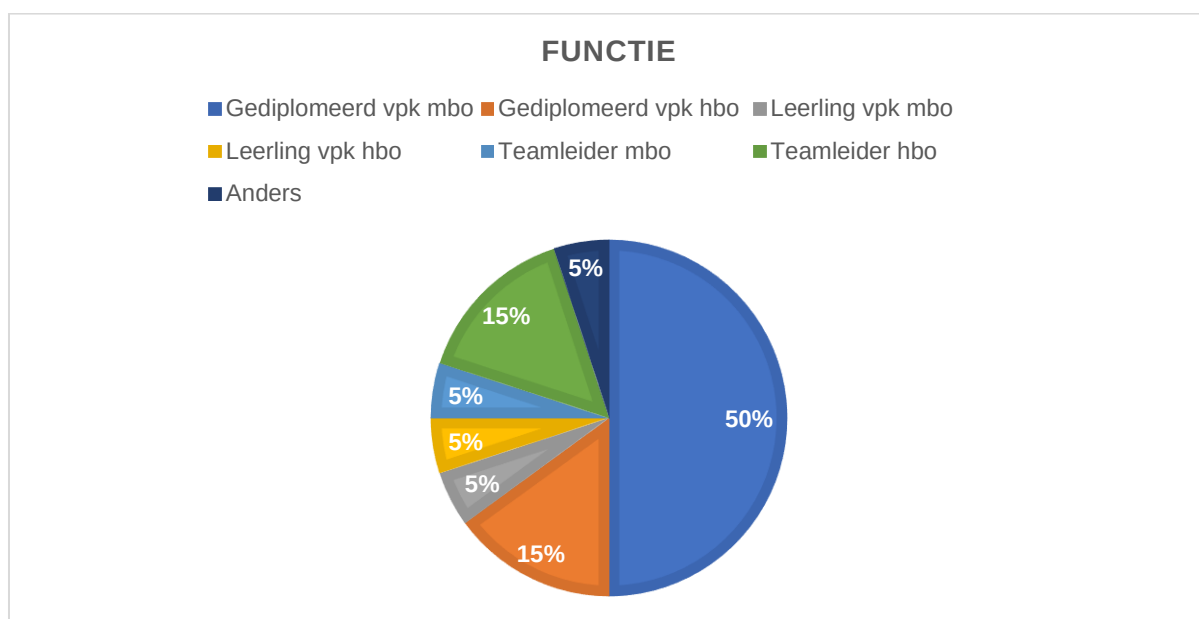
Vraag 2: Wat is uw leeftijd?

Van de 20 respondenten is 1 respondent jonger dan 20 jaar (5%), 6 respondenten zijn tussen de 20-25 jaar (30%), 4 respondenten zijn tussen de 26 en 30 jaar (20%), 2 respondenten zijn tussen de 31 en 35 jaar (10%), 2 respondenten zijn tussen de 36 en 40 jaar (10%) en 5 respondenten zijn ouder dan 41 jaar (25%).



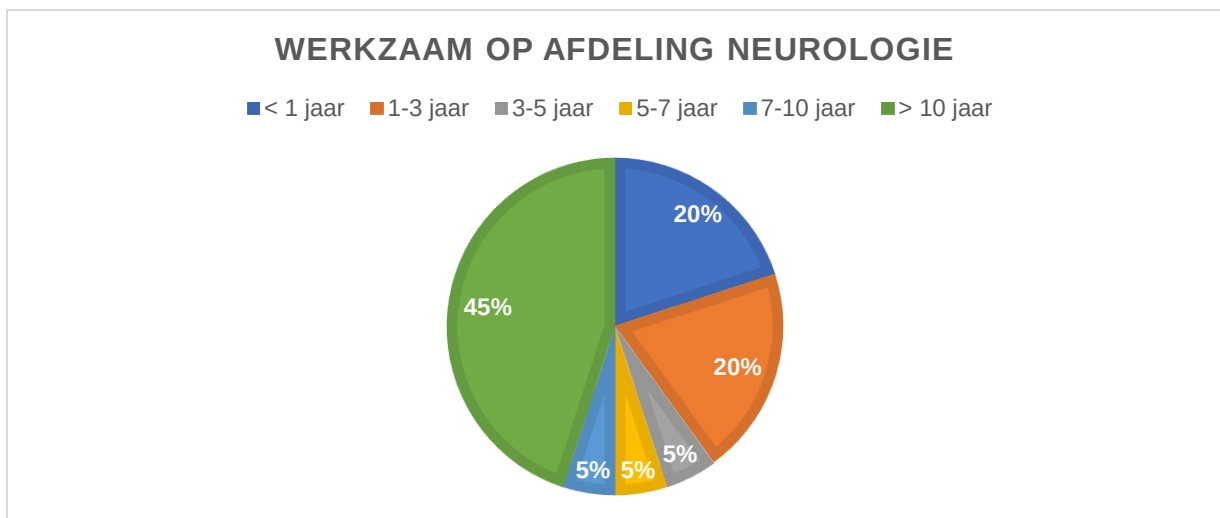
Vraag 3: Wat is uw functie op de afdeling neurologie?

Van de 20 respondenten zijn 10 respondenten gediplomeerd verpleegkundige mbo (50%), 3 respondenten gediplomeerd verpleegkundige hbo (15%), 1 respondent leerling verpleegkundige mbo (leerjaar 4) (5%), 1 respondent leerling verpleegkundige hbo (leerjaar 4) (5%), 1 respondent is gediplomeerd verpleegkundige mbo en daarbij teamleider van de afdeling (5%), 3 respondenten zijn gediplomeerd verpleegkundige hbo en daarbij teamleider van de afdeling (15%) en 1 respondent gaf anders aan, namelijk gediplomeerd verpleegkundige A2 (5%).



Vraag 4: Hoe lang bent u al werkzaam op de afdeling neurologie?

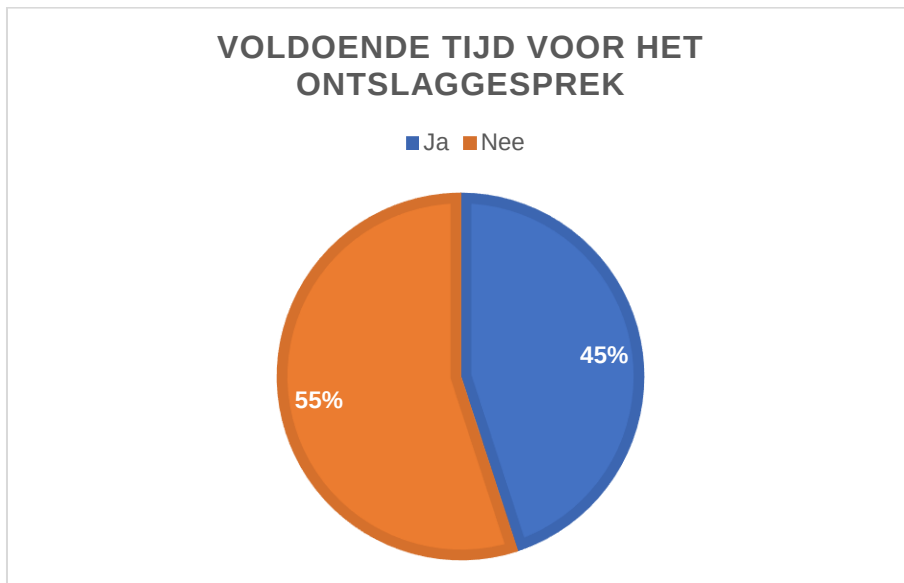
Van de 20 respondenten werken 4 respondenten minder dan 1 jaar op de afdeling neurologie (20%), 4 respondenten werken tussen de 1-3 jaar op de afdeling neurologie (20%), 1 respondent werkt tussen de 3-5 jaar op de afdeling neurologie(5%), 1 respondent werkt tussen de 5-7 jaar op de afdeling neurologie(5%), 1 respondent werkt tussen de 7-10 jaar op de afdeling neurologie en 9 respondenten werken al meer dan 10 jaar op de afdeling neurologie (45%).



Vraag 5: Vindt u dat u voldoende tijd heeft om het ontslaggesprek bij de CVA patiënt te kunnen uitvoeren? (leg uit waarom)

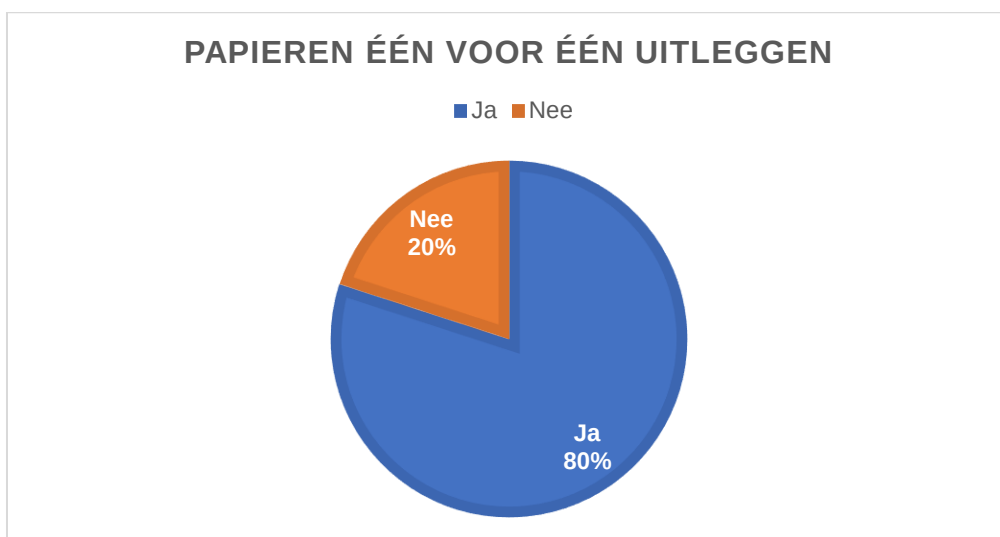
Van de 20 respondenten geven 9 respondenten (45%) aan dat ze vinden voldoende tijd te hebben om het ontslaggesprek te voeren. De meest voorkomende redenen die hiervoor worden gegeven zijn: je moet gewoon tijd maken/nemen voor een ontslaggesprek te voeren, het hoort erbij om mensen goed te informeren als ze met ontslag gaan, je kunt het ontslaggesprek zelf inplannen, in de vroege dienst is er wel voldoende tijd echter in de late dienst is het wel soms moeilijk en ik ervaar geen tijdsgebrek maar wel kennistekort. 11 respondenten (55%) geven aan dat ze vinden niet voldoende tijd te hebben om een ontslaggesprek te kunnen voeren. Redenen die hiervoor worden gegeven zijn: vaak is het te druk in de ochtend en wordt er maar snel een ontslaggesprek gedaan, ontslaggesprekken worden vaak tussen alle dingen door gedaan, patiënt en familie worden op een bepaald tijdstip ergens verwacht waardoor zij ook snel willen gaan, geregeld zijn er meerdere ontslaggesprekken in de ochtend, ontslagen vinden tijdens de artsenvisite plaats en het ontslag gebeurt vaker in de middag en wanneer je dan als verpleegkundige alleen op de hele

unit staat is het vaak hectisch waardoor bepaalde zaken vaker vergeten worden tijdens het ontslaggesprek.



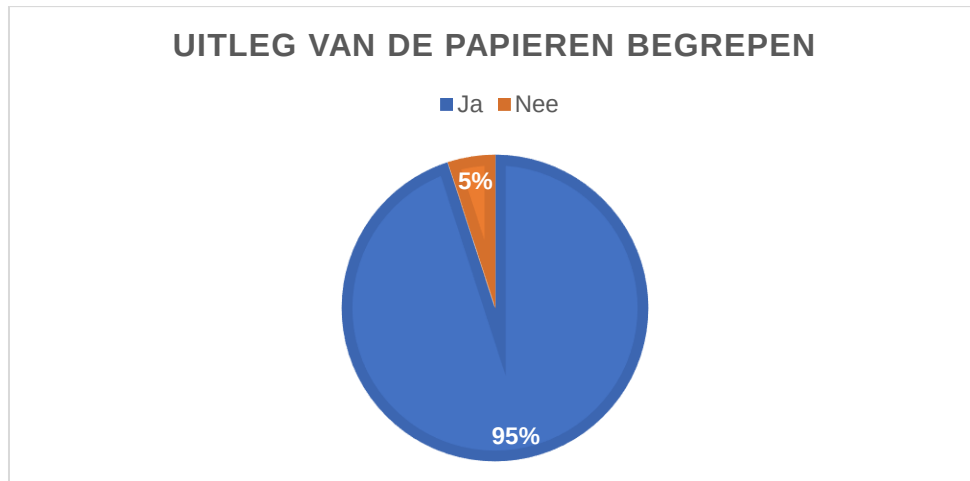
Vraag 6: Als u de ontslagpapieren aan de patiënt overhandigt, legt u dan alle papieren die erbij zitten een voor een uit aan de patiënt en/of familie?

Van de 20 respondenten geven 16 respondenten (80%) aan dat zij tijdens het ontslaggesprek alle papieren één voor één uitleggen aan de patiënt. Wel wordt door sommige respondenten 'ja' aangegeven, maar schrijven hier dan achter wel summier of soms. Respondenten gaven ook aan ja, maar het ligt ook aan de toestand van de patiënt. 4 respondenten (20%) geven aan dat zij tijdens het ontslaggesprek niet alle papieren een voor een uitleggen. Zo wordt aangegeven dat zij de envelop niet openen maar alleen aangeven dat hier informatie inzit voor de patiënt die zij thuis kunnen doornemen.



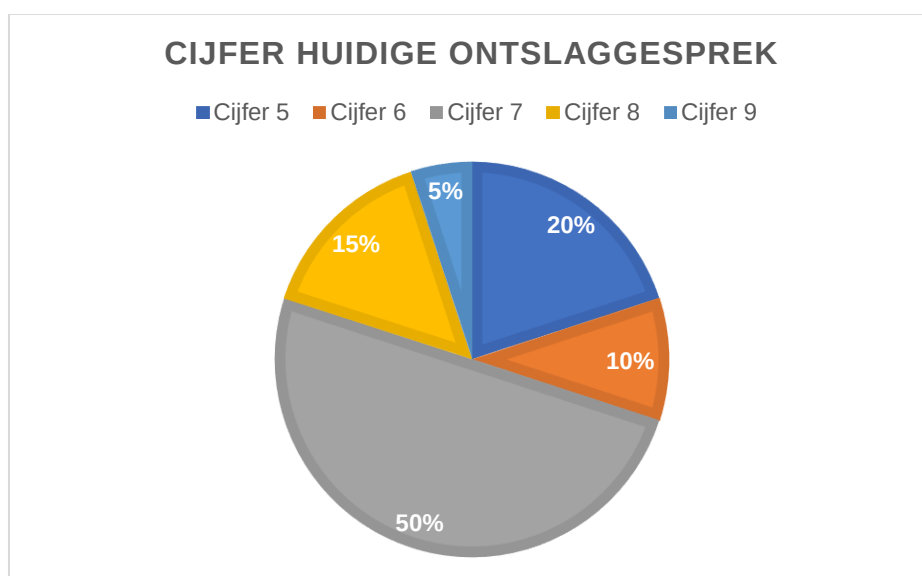
Vraag 7: Vraagt u aan de patiënt en/of familie of hij/zij de uitleg van de papieren heeft begrepen?

19 respondenten (95%) beantwoorden deze vraag met een ja. 1 respondent (5%) geeft aan dat dit ook wel eens vergeten wordt.



Vraag 8: Welk cijfer geeft u aan het huidige ontslaggesprek bij de CVA patiënt op afdeling C5? (Hierbij wordt een schaal gebruikt van 0 tot 10, waarbij 0 zeer slecht is en 10 zeer goed)

Van de 20 respondenten geven 4 respondenten (20%) het huidige ontslaggesprek een cijfer 5. Het cijfer 6 werd door 2 respondenten gegeven (10%). 10 respondenten (50%) geven het huidige ontslaggesprek een cijfer 7. Het cijfer 8 wordt door 3 respondenten (15%) gegeven en het cijfer 9 door 1 respondent (5%).



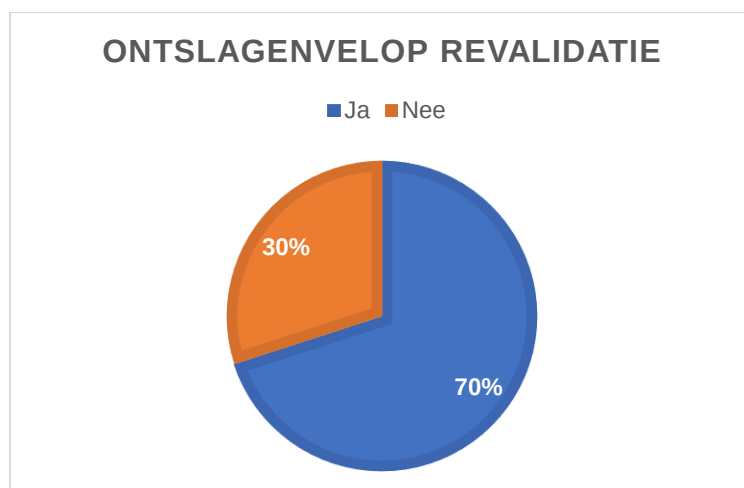
Vraag 9: Benoem hieronder zo veel mogelijk verschillende natrajecten/ ontslagmogelijkheden die er zijn bij een CVA patiënt.

Er zijn in totaal 8 verschillende natrajecten/ ontslagmogelijkheden bij een CVA patiënt. Hieronder worden ze alle 8 benoemd. Achter iedere ontslagmogelijkheid staat het aantal respondenten (met bijbehorend percentage) wat deze ontslagmogelijkheid had ingevuld. Van de 20 respondenten heeft geen enkele respondent alle 8 de ontslagmogelijkheden weten te benoemen.

- Naar huis zonder enige zorg **(16 respondenten = 80%)**
- Naar huis met thuiszorg (ADL hulp etc.) **(8 respondenten = 40%)**
- Naar huis met eerste lijns zorg (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie) **(16 respondenten = 80%)**
- Naar AZM herstelzorg (GRZ) **(18 respondenten = 90%)**
- Naar Adelante **(16 respondenten = 80%)**
- Naar Adelante Stepped Care **(8 respondenten (40%)**
- Naar een verpleeghuis (zzpgb) **(15 respondenten = 75%)**
- Naar een hospice **(3 respondenten = 15%)**

Vraag 10: Weet u welke formulieren er zitten in de ontslagenvelop voor een CVA patiënt die met ontslag gaat naar een revalidatieplaats?

Van de 20 respondenten geven 14 respondenten (70%) aan dat zij weten welke formulieren er in de ontslagenvelop zitten voor een CVA patiënt die met ontslag gaat naar een revalidatieplaats. Echter is er geen enkele respondent die alle formulieren in de ontslagenvelop weet te benoemen. 6 respondenten (30%) geven aan dit niet te weten. Een reden die zij hiervoor geven is: ik overhandig eigenlijk gewoon de ontslagenvelop en zeg dat hier allerlei informatie inziet voor de patiënt of ik heb eigenlijk nog nooit gekeken wat er precies allemaal in zit.



Vraag 11: Mijn kennis (denk aan mogelijke na trajecten, leefregels, inhoud van de ontslagenvelop) voor het voeren van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt is:

Van de 20 respondenten geven 13 respondenten (65%) aan dat hun kennis goed is voor het voeren van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. 7 respondenten (35%) geven aan dat hun kennis voor het voeren van het ontslaggesprek bij de CVA patiënt matig is. De antwoordmogelijkheden zeer goed en onvoldoende is door geen enkele respondent ingevuld.

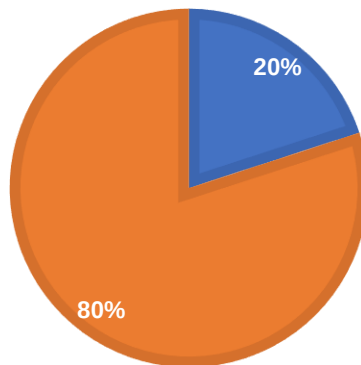


Vraag 12: Vindt u dat het ontslaggesprek altijd op het juiste moment plaatsvindt?

Van de 20 respondenten geven 4 respondenten (20%) aan dat het ontslaggesprek op het juiste moment plaatsvindt. Redenen die hiervoor worden gegeven zijn: je kunt zelf indelen wanneer je het ontslaggesprek voert, ja ik vind dat het op het juiste moment plaatsvindt maar het hangt wel van het tijdstip en de werkdruk af en ik vind dat het op het juiste moment plaatsvindt want het is de dag van het ontslag. De overige 16 respondenten (80%) geven aan dat het ontslaggesprek niet op het juiste moment plaatsvindt omdat het vaak in de ochtend plaatsvindt en het dan druk is op de werkvloer waardoor het ontslaggesprek maar snel wordt gedaan. Ook vinden er ontslagen vaak in de avond plaats waardoor er weinig tijd voor is. Meerdere respondenten geven ook aan dat het beter is om het ontslag een dag van te voren te doen of zelfs nog eerder als de ontslagdatum bekend is omdat familie vaak niet erbij kan zijn op de dag van het ontslag. Tevens willen patiënten ook vaak snel met ontslag gaan omdat ze ergens op een bepaald tijdstip worden verwacht waardoor je aan de patiënt en/of familie merkt dat zij snel willen gaan. Hierdoor wordt het ontslaggesprek ook vaak vlot uitgevoerd.

JUISTE MOMENT VAN HET ONTSLAGGESPREK

■ Ja ■ Nee

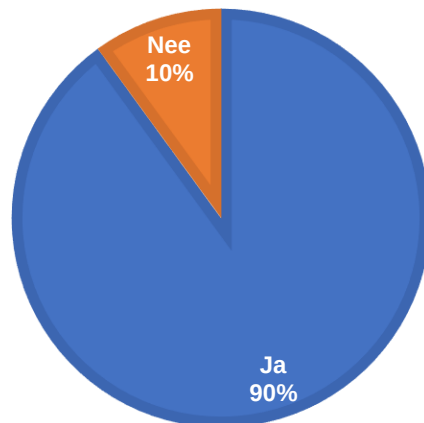


Vraag 13: Als de ontslagdatum van de patiënt bekend is, geeft u dit dan altijd door aan de patiënt en/of familie?

18 respondenten (90%) geven aan dat zij de ontslagdatum altijd doorgeven aan de patiënt en/of familie. 2 respondenten (10%) geven aan dit niet te doen. Een reden die hierbij is genoteerd is dat zij de ontslagdatum pas doorgeven bij het familiegesprek.

ONTSLAGDATUM DOORGEVEN

■ Ja ■ Nee



Vraag 14: Als er geen familie aanwezig is bij het ontslaggesprek van de patiënt en de patiënt heeft ten gevolge van zijn CVA een afasie of andere cognitieve restverschijnselen waardoor hij/zij de informatie niet kan begrijpen, hoe voert u dan het ontslaggesprek uit?

Respondenten schrijven bij deze vraag dat zij het dan toch aan de patiënt zelf vertellen ondanks dat de patiënt het niet begrijpt. Wel is het belangrijk om de familie erna nog de informatie te geven, echter gebeurt dit zelden. Ook wordt door sommige respondenten aangegeven dat zij de papieren dan overhandigen aan het ambulance personeel als iemand per ambulance wordt overgebracht naar een andere instelling. Andere respondenten geven aan dat ze toch aan de familie vragen of ze kunnen regelen om bij het ontslaggesprek erbij te zijn aangezien dit van groot belang is. Soms is het onmogelijk en wordt de informatie gewoon aan de patiënt zelf verteld.

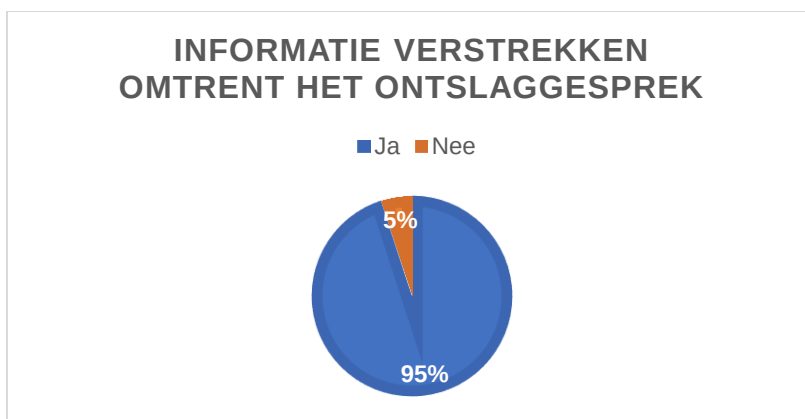
Vraag 15: Welke belemmerende factoren zijn er volgens u op afdeling C5 voor het voeren van volledig ontslaggesprek:

De 6 verschillende antwoordmogelijkheden worden hieronder benoemd met daarachter het aantal respondenten wat deze antwoordmogelijkheid heeft aangekruist (met bijbehorend percentage).

- Uniformiteit ontbreekt **(10 respondenten = 50%)**
- Geen protocol/ richtlijn **(5 respondenten = 25%)**
- Te druk op de afdeling om er voldoende tijd aan te besteden **(13 respondenten = 65%)**
- Kennis tekort **(7 respondenten = 35%)**
- Onjuist moment voor het uitvoeren van het ontslaggesprek **(12 respondenten = 60%)**
- Anders, namelijk: gemak van collega's en papieren van de arts/ poli-afspraken die nog ontbreken **(2 respondenten = 10%)**

Vraag 16: Vindt u dat er op de afdeling neurologie informatie (bijv. een richtlijn) verstrekt moet worden omtrent het ontslaggesprek van de CVA patiënt aan de verpleegkundige (i.o.)?

Van de 20 respondenten geven 19 respondenten (95%) aan dat er op de afdeling neurologie informatie verstrekt moet worden omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt. Voorbeelden die de respondenten aangeven om informatie te verstrekken is een richtlijn/protocol omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt met als doel uniformiteit en volledigheid of een klinische les/ presentatie zodat iedereen uniform wordt geïnformeerd. Ook een checklist/ afvinklijst zouden de respondenten handig vinden zodat iedereen de onderdelen van het ontslag kan doorlopen. 1 respondent (5%) geeft aan dat er geen informatie verstrekt moet worden omtrent het ontslaggesprek bij de CVA patiënt omdat dit in het verleden al eens is gedaan door de CVA-verpleegkundige.



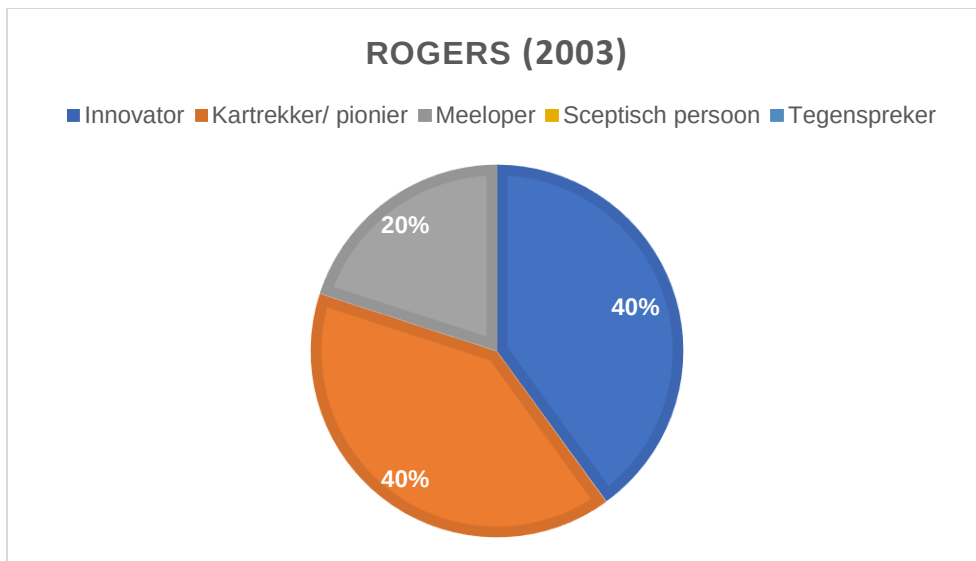
Vraag 17: Vindt u het noodzakelijk dat de uitvoering rondom het ontslaggesprek van de CVA patiënt verandert?

14 respondenten (70%) geven aan het noodzakelijk te vinden dat de uitvoering rondom het ontslaggesprek van de CVA patiënt verandert. 6 respondenten (30%) vinden dit niet noodzakelijk.



Vraag 18: Volgens het model van Rogers (2003) kunnen individuen onderverdeeld worden in bepaalde subgroepen. Deze subgroepen hebben eigen kenmerken en zijn altijd aanwezig bij een onderzoekproces. Als het gaat om veranderingen die op de afdeling plaatsvinden, dan bent u een:

Van de 20 respondenten geven 8 respondenten (40%) aan dat zij een innovator zijn en 8 (40%) respondenten een kartrekker/pionier. De overige 4 respondenten (20%) geven aan dat zij een meeloper zijn.



Vraag 19: Bij eventuele vragen en/of opmerkingen kunt u deze hieronder neerschrijven:

Vanuit de respondenten zijn er geen vragen geformuleerd. Wel zijn de respondenten erg benieuwd naar het resultaat.

Bijlage 5: Criterialijst voor het opstellen van de enquête

Criterialijst bachelor thesis: "Het opstellen van een enquête"

BO = bewijs ontbreekt (0 punten)

MB = matig bewijs (5 punten)

GB = gedeeltelijk bewijs (7 punten)

VB = volledig bewijs (10 punten)

	BO	MB	GB	VB	Opmerkingen
De enquête wordt ingeleid middels een brief waarin de volgende punten aanwezig zijn: - Naam + functie student - Aanleiding + doel van de enquête - Uitleg onderwerp - Vermelding tijdsbestek - Plaats aangeven voor de ingevulde enquêtes (Baarda, de Goede & Kalmijn, 2015)				VB	
De enquête bestaat uit: - Gesloten vragen - Open vragen - Meerkeuzevragen (Baarda et al., 2015)				VB	
De opgestelde vragen zijn helder en duidelijk geformuleerd. (Baarda et al., 2015)				VB	

De opgestelde vragen zijn in correct Nederlands geformuleerd en hebben geen suggestief karakter. (Baarda et al., 2015)				ll	
De opgestelde vragen zijn in een logische volgorde geformuleerd. (Baarda et al., 2015)				ll	
De enquête bevat voldoende ruimte voor eigen inbreng indien de lezer op- of aanmerkingen (feedback) kwijt wilt. (Baarda et al., 2015)				ll	
De enquête eindigt met een dankwoord voor de lezer. (Baarda et al., 2015)				ll	
Door het opstellen van de enquête is de student in staat om antwoord te krijgen op de volgende punten: - Kennis over het onderwerp - Kennis over de interventies (Baarda et al., 2015)				ll	

Aantal keer BO	Aantal keer MB	Aantal keer GB	Aantal keer VB
			8

Totaal aantal behaalde score:	80
Maximaal te behalen score:	80
Score in percentage:	100%

Bij een score van 80% of hoger is de handeling voldaan.

Voldaan/ niet voldaan

Naam student: Nikki Klein

Handtekening student: 

Naam werkbegeleider: Romy Ruijters

Handtekening werkbegeleider: 

Datum uitvoering: 19-2-2019

Bijlage 6: Topiclijst en vragen interview

Voorbereiding semigestructureerd interview met de CVA verpleegkundige over het ontslaggesprek bij de CVA patiënt.

Interviewer: Nikki Klein (student hbo-verpleegkundige leerjaar 4)

Geïnterviewde: CVA verpleegkundige (expert)

Datum interview: 07-03-2019

Topiclijst

- Aanleiding interview vanuit de student, tijdsduur en anonimiteit
- Functie CVA verpleegkundige (algemeen)
- Wat is de wenselijke situatie omtrent de kennis bij de verpleegkundige (i.o.) van het ontslaggesprek van de CVA patiënt? (wenselijke situatie)
- Wat is de wenselijke situatie omtrent de uitvoering van het ontslaggesprek van de CVA patiënt? (wenselijke situatie)
- Terugkoppeling van de patiënt en/of familie (persoonlijke ervaring)
- Aanbevelingen rondom het ontslaggesprek (persoonlijke ervaring)
- Literatuur (informatievoorziening)

Vragen interview

Algemeen

- Kunt u me kort vertellen wat u allemaal doet als CVA verpleegkundige?
- Komen de patiënten ook met u in contact gedurende hun verblijf in het ziekenhuis?
Hoe vaak is dit en wat wordt er precies verteld?

Wenselijke situatie

- Welke kennis zouden de verpleegkundigen volgens u moeten hebben om een concreet en volledig ontslaggesprek te kunnen voeren?
- Hoe zou volgens u het ontslaggesprek bij de CVA patiënt moeten verlopen?
- Zijn er maatregelen die toegepast kunnen worden om een ontslaggesprek bij de CVA patiënt zo optimaal mogelijk te kunnen laten verlopen op de afdeling neurologie?
- Wat zouden volgens u belemmerende factoren zijn die het ontslaggesprek van de CVA patiënt kunnen beïnvloeden? (kennistekort bij de verpleegkundigen, informatietekort (richtlijn/ protocol), tijdstekort, onjuist moment van het ontslaggesprek, onvoldoende openstaan voor veranderingen op de afdeling)

Persoonlijke ervaring

- Wat hoort u terug van de CVA patiënt (en familie) wat zij missen bij een ontslaggesprek op de afdeling neurologie?
- Zijn er vanuit uw oogpunt nog aanbevelingen die gedaan kunnen worden om zo de implementatie van de veranderingen te kunnen bevorderen?

Informatievoorziening

- Heeft u nog literatuurtips voor mij die ik kan gebruiken voor het onderzoek van mijn bachelor thesis?

Betrouwbaarheid interview

- De topiclijst en de vragen voor het interview zijn vooraf doorgenomen en voorzien van feedback door twee werkbegeleiders (peer debriefing).
- De topiclijst en de vragen voor het interview zijn vooraf klassikaal besproken en voorzien van feedback door docentbegeleider en medestudenten (peer debriefing).
- Het interview is opgenomen middels audio-opname.
- Het getranscribeerde interview is middels memberchecking gecontroleerd.

Bijlage 7: Codeboom interview

Om open- en axiale coderingen op te kunnen stellen is het interview als eerst worden getranscribeerd. Vervolgens zijn de open coderingen opgesteld. Tot slot zijn de open coderingen geordend tot de axiale coderingen (zie tabel 8).

Tabel 8: Open- en axiale coderingen van het interview.

Open coderen	Axiaal coderen
- Geen juiste manier - Uniformiteit ontbreekt - Kennistekort bij de verpleegkundigen - De items in de ontslagenvelop even één voor één afgaan - Mantelzorger aanwezig bij het ontslaggesprek - Plannen van het ontslaggesprek - Andere dag voor het ontslaggesprek - Beter moment voor het ontslaggesprek - Tijdsplanning - Protocol/ richtlijn ontbreekt - Informeren op voorhand - Rustige omgeving - Ruimte tot vragen stellen - Belemmerende factoren - Plots/ acuut ontslag - Tijdstekort - Onjuist moment - Aan de hand worden genomen - Netwerk informeren - Familie niet aanwezig bij het ontslaggesprek - Aanbevelingen - Presentatie - Klinische les	Belemmerende factoren - Geen juiste manier - Uniformiteit ontbreekt - Kennistekort bij de verpleegkundigen - Protocol/ richtlijn ontbreekt - Plots/ acuut ontslag - Tijdstekort - Onjuist moment - Familie niet aanwezig bij het ontslaggesprek Voorbereiding - Zorgen dat mantelzorger aanwezig is bij het ontslaggesprek - Plannen van het ontslaggesprek - Andere dag voor het ontslaggesprek - Beter moment voor het ontslaggesprek - Tijdsplanning - Informeren op voorhand - Netwerk informeren Procedure - De items in de ontslagenvelop even één voor één afgaan - Rustige omgeving - Ruimte tot vragen stellen - Aan de hand worden genomen Kennis - Presentatie

	- Klinische les
--	-----------------

Bijlage 8: Observatieformulier met bijbehorende resultaten

Hieronder zijn de resultaten van de niet participerende observatie weergegeven (zie tabel 9). De eerste kolom beschrijft hetgeen wat is geobserveerd bij de verpleegkundige, in de tweede kolom is het resultaat in een numeriek aantal te zien, in de derde kolom is het resultaat middels een procentueel aantal weergegeven en in de vierde kolom zijn eventuele opmerkingen genoteerd.

Tabel 9: Observatielijst ontslaggesprek bij de CVA patiënt op afdeling C5.

Aantal observaties	IIII IIIII = 100%
--------------------	-------------------

	Turven (I)	Totaal score in percentage (%)	Opmerkingen/ veldnotities
De verpleegkundige (i.o.) controleert alvorens het ontslaggesprek of alle papieren in orde zijn.	IIII III	80%	De twee observaties waarbij niet de ontslagpapieren van te voren zijn gecontroleerd vonden plaats in de ochtend (gedurende de artsensite). Bij de overige acht observaties werden wel de ontslagpapieren van te voren gecontroleerd ongeacht welk moment.
De verpleegkundige (i.o.) legt alle ontslagpapieren (poli-afspraken, recepten, medicatie-overzicht, medische ontslagbrief, verpleegkundige ontslagbrief en evt. eerstelijns verwijzing voor bijv. fysio) één voor één uit aan de patiënt en/of familie.	IIII IIIII	100%	De medische ontslagpapieren en de verpleegkundige ontslagbrief werden te allen tijde uitgelegd door de verpleegkundigen, ongeacht op welk moment de observatie plaatsvond.
De verpleegkundige (i.o.) haalt alle papieren uit de ontslagenvlop en verwijst naar de informatiebrief met contactgegevens.	IIII	40%	Bij zes observaties haalden de verpleegkundigen de informatie <u>niet</u> uit de ontslagenvlop. Van deze zes observaties vonden drie observaties gedurende de artsensite plaats, twee observaties vlak voor de dienstwissel en één observatie vond op een rustig moment plaats. De vier observaties waarbij de verpleegkundigen de informatiepapieren <u>wel</u> uit de ontslagenvlop haalde, vonden twee observaties gedurende de artsensite plaats en twee observaties vonden op een rustig moment plaats.
De verpleegkundige (i.o.) vertelt aan de patiënt en/of familie het beleid omtrent het autorijden.	III	30%	Vier van de 10 verpleegkundigen halen <u>wel</u> de informatie uit de ontslagenvlop (zie hierboven). Echter wordt het beleid omtrent het autorijden maar door drie verpleegkundigen benoemd.

De verpleegkundige (i.o.) benadrukt de herkenning van het beroerte alarm zodat eventuele volgende signalen direct worden herkend en snel gehandeld kan worden.	IIII II	70%	Vier (40%) van de 10 verpleegkundigen halen <u>wel</u> de informatie uit de ontslagenvelop (zie hierboven). Drie (30%) verpleegkundigen benoemen de herkenning van het beroerte alarm zonder deze uit de ontslagenvelop te halen.
De verpleegkundige (i.o.) vertelt aan de patiënt en/of familie waar hij/zij terecht kan om te stoppen met roken.	III	30%	Hierbij geldt hetzelfde als bij het beleid omtrent het autorijden (zie kopje 'beleid omtrent het autorijden')
De verpleegkundige (i.o.) vertelt dat er in het boekje 'Wegwijzer patiënten met een beroerte en hun mantelzorgers' diverse informatie te vinden is die ze thuis kunnen doornemen.	IIII	40%	Bij vier observaties worden de ontslagpapieren <u>wel</u> uit de ontslagenvelop gehaald. Hierbij wordt het boekje 'Wegwijzer patiënten met een beroerte en hun mantelzorgers' ook vier keer benoemd door de verpleegkundigen.
De verpleegkundige (i.o.) vraagt aan de patiënt en/of familie of alle papieren duidelijk zijn.	IIII IIII	90%	Eén verpleegkundige vraagt niet aan de patiënt of alle papieren duidelijk zijn. Deze observatie vond plaats gedurende de artsensite.
De verpleegkundige (i.o.) vraagt aan de patiënt en/of familie of er nog vragen zijn.	IIII IIII	100%	Bij alle observaties werd aan de patiënt gevraagd of hij/ zij nog vragen had. Deze vraag werd ook gesteld als er geen familie bij was of als de patiënt cognitief niet goed was.
De verpleegkundige (i.o.) contacteert de familie van de patiënt als deze niet bij het ontslaggesprek aanwezig is.	IIII III	80%	<i>(Als familie wel aanwezig is wordt er automatisch geturfd. Ook wordt er geturfd op het moment dat de patiënt cognitief goed is, ook al was er geen familie bij het ontslaggesprek aanwezig.)</i> Bij twee observaties was er geen familie aanwezig tijdens het ontslaggesprek en werd na afloop de familie ook niet gecontacteerd. De twee patiënten waren allebei cognitief niet in orde waardoor zij waarschijnlijk niks hebben meegekregen van het gesprek.
De verpleegkundige (i.o.) vraagt aan de patiënt en/of familie of zij nog feedback hebben (tips/ tops) ten aanzien van de afdeling.	III	30%	Bij drie observaties werd aan het eind van het ontslaggesprek feedback gevraagd. Van deze drie observaties vonden twee observaties gedurende de artsensite plaats en één observatie op een rustig moment.

Bijlage 9: Begrippen segmenten

Tabel 10: Begrippen segmenten (Rogers, 2003).

Innovator	Iemand die sterk gericht is op nieuwe ideeën en de uitvoering hiervan. Neemt risico's.
Early adaptor	Iemand die als referentiepunt fungeert, reageert en participeert actief op nieuwe ideeën. Dit zijn dus de kartrekkers/ pioniers.
Laggards	Iemand die veel weerstand biedt tegen veranderingen op de afdeling. Houdt niet van veranderingen. Dit zijn dus de tegensprekers.
Late majority	Iemand die terughoudend is t.o.v. veranderingen op de afdeling. Deze persoon is dus sceptisch t.a.v. veranderingen.
Early majority	Iemand die zich laat meeslepen door de early adaptor. Dit zijn dus de meelopers.

Bijlage 10: Voorstel bachelor thesis

Voorstel bachelor thesis D3

Dit is het voorstel bachelor thesis om studenten op weg te helpen het verbetertraject en de thesis te structureren. In overleg met de docentbegeleider kan er, hooguit bij uitzondering en onderbouwd, van de opzet worden afgeweken.

Student: Nikki Klein

Studentnummer: 1512129

Docentbegeleider: Monique du Moulin

Tweede beoordelaar: Herbert Habets

Onderdeel	Uitwerking student
Voorbereiding Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	Bij de beoordeling van mijn bachelor thesis zullen de onderstaande personen betrokken zijn. Ook wordt hieronder uitgelegd waarom zij erbij betrokken worden. <i>Werkbegeleiders (Dennis Brocaar, Nicky Poeth, Romy Ruiters & Wendy Smeets):</i> Mijn werkbegeleiders zullen mij vanuit de stage afdeling van feedback voorzien met betrekking tot de bachelor thesis. Ook zal één van mijn werkbegeleiders feedback geven op het voorstel van de bachelor thesis en kritisch naar de hoofd- en deelvragen kijken. Tevens zal ook de voortgang over de bachelor thesis besproken worden met mijn werkbegeleiders. <i>Praktijkbegeleider (Roanne Fredrix):</i> Mijn praktijkbegeleider zal ook het voorstel van de bachelor thesis beoordelen. Ook de voortgang en het eindproduct wordt besproken met de praktijkbegeleider. <i>Docentbegeleider (Monique du Moulin):</i> Mijn docentbegeleider ondersteunt mij gedurende het hele proces van de bachelor thesis. Ook geeft mijn docentbegeleider samen met de tweede beoordelaar het uiteindelijke oordeel over de bachelor thesis. <i>Peerassessor (Sanne Tesselaar):</i> Mijn peerassessor is een mede student die zowel mijn voorstel als het eindproduct zal beoordelen vanuit haar perspectief. Pas als de werkbegeleiders/ praktijkbegeleider en de peerassessor mijn bachelor thesis hebben beoordeeld, zal ik deze opsturen naar mijn

Titel

Zorg dat de voorlopige titel past bij de inhoud van de thesis. Eventueel titel met ondertitel. Maak ook een Engelse vertaling van de titel en ondertitel.

Inleiding

Beschrijft de aanleiding van het probleem en neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering. Analyseert het probleem eerst overstijgend op basis van (inter)nationale literatuur; daarna volgt de analyse van het probleem gericht op de werkplek. Neemt bij beide analyses relevante aspecten mee zoals mate waarin / manier waarop het kwaliteitsprobleem zich voordoet, gevolgen/oorzaken van het probleem voor direct betrokkenen etc.

docentbegeleider.

Collega's: Mijn collega's van afdeling C5 worden ook betrokken in het proces van mijn bachelor thesis. Zij zullen een grote rol spelen bij het in kaart brengen van de feitelijke situatie op de afdeling. Ook kunnen mijn collega's mij informatie geven over de doelgroep en setting van de afdeling.

CVA-verpleegkundige/ expert: De CVA-verpleegkundige is een belangrijke informatiebron en richt zicht op zaken die nog verbeterd kunnen worden op de afdeling omtrent de CVA-patiënt. Samen met de CVA-verpleegkundige en mijn werkbegeleider ben ik tot een onderwerp gekomen voor mijn bachelor thesis.

Tweede beoordelaar (Herbert Habets): De tweede beoordelaar geeft samen met de docentbegeleider het uiteindelijke oordeel van de bachelor thesis.

Titel:

"Voorkom onduidelijkheid na ontslag, dus voer een goed ontslaggesprek!"

"Prevent ambiguity after discharge, so enter a good discharge conversation!"

Ondertitel:

Aanbevelingen rondom het ontslaggesprek van de CVA-patiënt.

Recommendations concerning the discharge interview of the CVA patient.

Uit cijfers is gebleken dat in Nederland elk jaar circa 43.000 mensen een CVA/ beroerte krijgt, waarvan 20% een hersenbloeding heeft en 80% een herseninfarct (Hartstichting, 2017). Een CVA staat bij vrouwen op de tweede plaats als meest voorkomende doodsoorzaak en bij mannen op de derde plaats in Nederland (NHG, 2018). Uit het jaarverslag van 2017 is gebleken dat er in het Maastricht Universitair Medisch Centrum 592 patiënten zijn opgenomen met een beroerte. Hiervan hadden 431 patiënten een herseninfarct, 76

Laat de doelstelling volgen uit de inleiding; de doelstelling geeft richting aan de vraagstelling.

Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk.

Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelor thesis. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen kunnen maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.

patiënten een hersenbloeding en 85 patiënten een TIA (Jaarverslag CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland, 2017). Van die 592 CVA patiënten wat in 2017 zijn opgenomen is 51% met ontslag naar huis gegaan vanuit het ziekenhuis. 10% van de patiënten ging met ontslag naar Adelante MSR revalidatie, 15% naar AZM herstel GRZ, 1% ging naar een verpleegkliniek permanent, 1% ging terug naar een verzorgingstehuis waar zij al woonachtig waren, 4% ging naar een hospice, 5% van de patiënten ging met ontslag naar een buiten regio (ziekenhuis- revalidatie) en 7% is in het ziekenhuis overleden.

Op afdeling C5, neurologie, van het Maastricht Universitair Medisch Centrum vindt bijna dagelijks een ontslaggesprek plaats met een CVA patiënt. Omdat de uitvoering van dit ontslaggesprek niet altijd even correct en consequent verloopt, wordt in deze bachelor thesis onderzoek gedaan welke aanbevelingen er kunnen worden gedaan omtrent het ontslaggesprek van de CVA patiënt. Vanuit de expert (CVA verpleegkundige) is ook gebleken dat er na ontslag nog veel onduidelijkheden zijn omtrent de informatie die de patiënt en de familie hebben ontvangen betreffende het ontslag. In overleg met de CVA verpleegkundige en mijn werkbegeleider is dan ook dit onderwerp voor de bachelor thesis tot stand gekomen.

Doelstelling:

Het doel van dit onderzoek is kwaliteitsverbetering omtrent de kennis en uitvoering/ werkwijze van het ontslaggesprek van een CVA-patiënt op de afdeling neurologie bij de verpleegkundigen zodat onduidelijkheid bij de patiënt en evt. de familie wordt voorkomen.

Om tot antwoorden te komen over het onderwerp is aan de hand van de PI(C)O een hoofdvraag met bijbehorende deelvragen worden opgesteld. De PI(C)O van deze bachelor thesis is al volgt:

P: CVA-patiënt op afdeling C5 (neurologie)
I: Aanbeveling doen om de werkwijze

omtrent het ontslaggesprek te optimaliseren
O: Het ontslaggesprek van de CVA-patiënt op afdeling C5 wordt op een effectieve manier geëvalueerd en hieruit volgen passende acties/ interventies

In deze bachelor thesis staat de volgende

hoofdvraag centraal:

“Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om de kennis en werkwijze rondom het ontslaggesprek van de CVA-patiënt te verbeteren, zodat onduidelijkheid uitblijft ten gevolge van een gebrekkig ontslaggesprek?”

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende **deelvragen** opgesteld in de rol van ontwerper:

- Wat is de wenselijke situatie omtrent de kennis en werkwijze voor het uitvoeren van een goed ontslaggesprek bij de CVA patiënt? (*Stap 0 en 1 van Wensing en Grol*)
- Wat is de feitelijke situatie omtrent de kennis en werkwijze van een ontslaggesprek bij de CVA patiënt op de afdeling neurologie in het MUMC+? (*Stap 2 van Wensing en Grol*)
- Wat zijn de belangrijkste verschillen en overeenkomsten tussen de praktijk (feitelijk) en de literatuur (wenselijk) en welke maatregelen omtrent dit onderwerp dienen toegepast te worden op de afdeling zodat onduidelijkheid na een ontslaggesprek geminimaliseerd en/of voorkomen wordt? (*Stap 2 van Wensing en Grol*)
- Wat is de doelgroep en setting rondom deze mogelijke implementatie en welke bevorderende en belemmerende factoren spelen hierin een rol? (*Stap 3 van Wensing en Grol*)
- Welke strategieën en interventies worden toegepast om in de toekomst het ontslaggesprek bij de CVA patiënt zo optimaal mogelijk te laten verlopen? (*Stap 4 van Wensing en Grol*)

Het onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017). Om de wenselijke situatie in kaart te brengen wordt gebruik gemaakt van evidence-based literatuur via Google, Google Scholar, Pubmed, Springerlink, DIZ (databank Zuyd Hogeschool) en boeken. Ook worden er interne databanken gebruikt zoals Odin op

Wenselijke situatie

Beschrijft de oplossing voor een kwaliteitsprobleem. De wenselijke situatie wordt beschreven op basis van (inter)nationale literatuur. Nieuwe ontwikkelingen, richtlijnen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek worden hierbij gebruikt. Daarnaast wordt minimaal een andere kwalitatieve of kwantitatieve methode toegepast voor het in kaart brengen van de wenselijke situatie (bv interviews). De methodes worden adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze (methode). bv. middels een literatuurstudie, werkbezoeken, interviews.

Analyse feitelijke zorg

Het eigen vakgebied wordt kritisch beschouwd; knelpunten in de zorg worden geëxpliciteerd. Hiervoor kunnen kwalitatieve (bv observaties, interviews) of kwantitatieve methodes (bv vragenlijsten) worden ingezet. Deze methodes worden adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.

het kwaliteitsportaal van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Om de wenselijke situatie nog beter in kaart te kunnen brengen wordt er ook gebruik gemaakt van een interview met de expert (CVA verpleegkundige) en worden er enkele informele gesprekken gevoerd met collega's om informatie te verkrijgen.

Vooraf aan het interview wordt een topiclijst opgesteld aan de hand van literatuur om zo de belangrijkste informatie te verkrijgen. Ik ga gebruik maken van een semigestructureerd interview omdat hier de vragen niet vast liggen, maar de onderwerpen wel. Bij een semigestructureerd interview kan de volgorde van de onderwerpen ook veranderen als dat logischer is (Baarda et al., 2017). De keuze voor de CVA verpleegkundige te interviewen is gemaakt omdat zij veel weet omtrent de CVA patiënten in het Maastricht Universitair Medisch Centrum en zicht heeft op de ontslagen hiervan.

Om de feitelijke situatie in kaart te brengen wordt er gebruik gemaakt van een enquête en enkele informele gesprekken. Het doel van deze enquête is om inzicht te krijgen over de feitelijke situatie omtrent de kennis en uitvoering van het ontslaggesprek van de CVA patiënt. Er is gekozen voor een enquête omdat zo meerdere meningen en meer kennis geanalyseerd kan worden van de verpleegkundigen op de afdeling neurologie. Er is een eigen criterialijst opgesteld voor "het opstellen van een enquête". Aan de hand van deze criterialijst wordt de gemaakte enquête eerst beoordeeld, alvorens dat deze op de afdeling wordt uitgedeeld. Om bij een enquête een goed responspercentage te behalen dient de enquête door minimaal 50% ingevuld te worden, want dit is de

Probleemanalyse doelgroep en setting

Er wordt gewerkt vanuit een doelgroepen aanpak. Op basis van een probleemanalyse van de doelgroep en setting kan inzicht worden verkregen in de kenmerken van de doelgroep. Belemmerende en bevorderende factoren (t.a.v. implementatie van het voorstel voor verbetering) worden in kaart gebracht. De probleemanalyse doelgroep en setting kan in kaart worden gebracht met kwalitatieve (bv interviews) of kwantitatieve (vragenlijsten) methodes welke adequaat worden beschreven.

Methode

Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in kaart gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.

minimale grens bij het afnemen van een enquête (Baarda & de Goede, 2015).

Om de doelgroep en setting in kaart te kunnen brengen wordt er een informeel gesprek gevoerd met een van de seniorverpleegkundige op de afdeling om zo erachter te komen hoeveel personen er werken op afdeling C5 (neurologie). Ook wordt er gekeken hoeveel er hiervan hbo- of mbo-verpleegkundige zijn en hoeveel leerling-verpleegkundigen/ stagiaires er stage lopen op de afdeling. Middels de enquête om de feitelijke situatie mee in kaart te brengen worden er in deze enquête ook enkele vragen gesteld over de doelgroep en setting van de afdeling, vragen over hoe collega's omgaan met een implementatie op de afdeling en wat de belemmerende en bevorderende factoren hierbij zijn. De belemmerende en bevorderende factoren geven inzicht in de implementatie strategieën en zijn een belangrijke rol in het implementatieproces. De belemmerende en bevorderende factoren worden op individueel, sociaal, organisatorisch en maatschappelijk bekeken.

Volgens Wensing en Grol (2017) kunnen individuen worden ingedeeld in subgroepen. Deze verschillende individuen hebben eigen kenmerken en zijn altijd aanwezig bij een onderzoekproces. Om de subgroepen te verdelen wordt de methode van Everett Rogers (2003) gebruikt. Deze subgroepen worden onderverdeeld in:

- *Innovator*: Dit is de student. Hij of zij onderzoekt de situatie en is sterk gericht op nieuwe ideeën. In dit geval gaat het om de situatie omtrent de kennis en werkwijze van het ontslaggesprek van de CVA-patiënt zodat onduidelijkheid uitblijft ten gevolge van een gebrekkig ontslaggesprek.
- *Early adaptor*: Dit is de groep die veel status heeft en als referentiepunt fungeert, dit zijn in principe de kartrekkers op de afdeling. Hierbij gaat het dan meestal om de zorg coördinatoren op de afdeling.
- *Early majority*: Dit is de groep die nauw

Strategieën en interventies

Maakt een koppeling tussen de analyse van de doelgroep en setting en de keuze voor strategieën en interventies. Deze keuze wordt op basis van kwalitatieve of kwantitatieve methodes in kaart gebracht. De methode wordt adequaat beschreven.

Methode

Beschrijf in de methode hoe je tot de strategieën en interventies komt (bijv. gesprekken met begeleiders een expert en/of leidinggevenden). Gebruik een model om de strategieën te beschrijven (bijv. EPOC uit Grol en Wensing, 2011). Onderbouw de keuzes en indelingen.

contact heeft en zich laat leiden door de early adaptors. Dit zijn de zogeheten "meelopers".

- *Late majority*: Deze groep is wat meer terughoudend ten aanzien van de veranderingen en vertrouwt op de publieke mening en druk van collega's. Deze groep is dus sceptisch ten aanzien van veranderingen en weinig gevoelig voor informatiebronnen.

- *Laggard*: Dit is de groep die veel weerstand biedt tegen veranderingen. Dit zijn dus de tegensprekers in de groep.

Aan de hand van de verzamelde resultaten uit de literatuur, de enquête, het interview en de informele gesprekken zullen er gerichte interventies en strategieën tot stand komen. In Wensing en Grol (2017) wordt het EPOC (Effective Practice and Organization of Care Group) model beschreven. De EPOC-methode is een hulpmiddel om te kijken naar geschikte interventies en strategieën.

Om de interventies en strategieën te kunnen formuleren wordt er samen met de werkbegeleider, praktijkbegeleider en docentbegeleider gekeken naar welke interventies/ strategieën er wel kunnen worden gebruikt voor mijn bachelor thesis en welke interventies/ strategieën achterwegen worden gelaten. De aanbeveling die in het uiteindelijke product wordt gedaan moet functioneel en concreet zijn zodat ik bijvoorbeeld een klinische les kan geven over wat er allemaal aan de orde moet komen bij een ontslaggesprek van de CVA-patiënt of bijvoorbeeld een hand-out/flyer op kan stellen met tips omtrent het ontslaggesprek van de CVA-patiënt. Ook zal er gedurende mijn bachelor thesis naar concrete feedback worden gevraagd aan mijn werkbegeleider en docentbegeleider om zo het proces te kunnen evalueren. In de bachelor thesis wordt ook een reflectie toegevoegd aan de hand van de STARRT-methode, waarmee ik terugkijk op mijn eigen handelen. Ook ontvang ik schriftelijke feedback op mijn bachelor thesis (proces & product) door de werkbegeleider/praktijkbegeleider, peerassessor, docentbegeleider en de tweede beoordelaar middels

Literatuurlijst en bronnen
Volg de APA regels.

beoordelingslijsten die tot stand zijn gekomen via Zuyd Hogeschool.

Literatuurlijst: zie *hieronder*.

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Baarda, 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*. Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Baarda, B., & Van der Hulst, M. (2017). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.

Bremmers, H. (2013). *Zwart op wit: Richtlijnen voor schriftelijke werkstukken aan de faculteit gezondheidszorg, verpleegkunde*. Heerlen: Zuyd Hogeschool.

CVA Zorgketen Maastricht en Heuvelland. (2017). *Jaarverslag 2017*. Geraadpleegd op 22 oktober 2018, van
file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/Jaarverslag%202017%20Keten%20CVA%20Maastricht%20en%20Heuvelland.pdf

Grol, R. & Wensing, M. (2017). *Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. (zevende druk, herziende druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hartstichting. (2017). *Feiten en cijfers over beroerte*. Geraadpleegd op 16 oktober 2018, van
<https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/feiten-en-cijfers-hart-en-vaatziekten/feiten-en-cijfers-over-beroerte>

NHG. (2018). *Standaard beroerte*. Geraadpleegd op 16 oktober 2018, van
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte>

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Simon & Schuster Ltd.

Criterialijst praktijkproef: "Het opstellen van een enquête"

BO = bewijs ontbreekt (0 punten)

MB = matig bewijs (5 punten)

GB = gedeeltelijk bewijs (7 punten)

VB = volledig bewijs (10 punten)

	BO	MB	GB	VB	Opmerkingen
De enquête wordt ingeleid middels een brief waarin de volgende punten aanwezig zijn: - Naam + functie student - Aanleiding + doel van de enquête - Uitleg onderwerp - Vermelding tijdsbestek - Plaats aangeven voor de ingevulde enquêtes (Baarda, de Goede & Kalmijn, 2015)					
De enquête bestaat uit: - Gesloten vragen - Open vragen - Meerkeuzevragen (Baarda et al., 2015)					
De opgestelde vragen zijn helder en duidelijk geformuleerd. (Baarda et al., 2015)					
De opgestelde vragen zijn in correct Nederlands geformuleerd en hebben geen suggestief karakter. (Baarda et al., 2015)					
De opgestelde vragen zijn in een logische volgorde geformuleerd.					

<i>(Baarda et al., 2015)</i>					
De enquête is ook in te vullen door lezers die niet bekend zijn met het desbetreffende onderwerp, middels een uitleg over het onderwerp van de enquête. <i>(Baarda et al., 2015)</i>					
De enquête bevat voldoende ruimte voor eigen inbreng indien de lezer op- of aanmerkingen (feedback) kwijt wilt. <i>(Baarda et al., 2015)</i>					
De enquête eindigt met een dankwoord voor de lezer. <i>(Baarda et al., 2015)</i>					
Door het opstellen van de enquête is de student in staat om antwoord te krijgen op de volgende punten: - Kennis over het onderwerp - Kennis over de interventies <i>(Baarda et al., 2015)</i>					

Aantal keer BO	Aantal keer MB	Aantal keer GB	Aantal keer VB

Totaal aantal behaalde score:	
Maximaal te behalen score:	90
Score in percentage:	

Bij een score van 80% of hoger is de handeling voldaan.

Voldaan/ niet voldaan

Naam student: Nikki Klein

Handtekening student:

Naam werkbegeleider:

Handtekening werkbegeleider:

Naam tutor: Monique du Moulin

Handtekening tutor:

Datum uitvoering:

Feedback werkbegeleider voorstel bachelor thesis (Romy Ruijters):

Het voorstel laat duidelijk zien wat je wil gaan doen. Het huidige probleem komt goed naar voren en taalkundig is het van goed niveau.

Tip: Beargumenteer waarom iets bv niet goed verloopt, wat zijn bv cijfers of bronnen hierachter?

Feedback peerassessor voorstel bachelor thesis (Sanne Tesselaar):

Hoi Nikki,

Bij deze mijn feedback:

Uitgebreide inleiding, je maakt gebruik van veel cijfers om zo de ernst van het probleem goed in kaart te brengen. De hoofdvraag is duidelijk en omvat alles, echt zie zo even niet hoe je de O kan aantonen in je hoofdvraag (O: Onduidelijkheid uitblijft). Ga je hier een interview onder de patiënten doen of is er bij jullie een verpleegkundige die telefonische gesprekken voert met de reeds ontslagen patiënten over hun verblijf?

Je beschrijft je methodiek duidelijk en allesomvattend!

Ziet er heel goed uit!

Groetjes Sanne

Feedback 2e beoordelaar voorstel bachelor thesis (Herbert Habets):

Ha Nikki,

Als oud transmuraal zorgcoördinator ben ik verheugd over het onderwerp van jouw thesis. Prima idee om de inhoud van het ontslaggesprek onder de loep te nemen. Je hebt e.e.a. uitvoerig en duidelijk beschreven. Wellicht is het ook goed om te reflecteren of een ontslaggesprek de juiste vorm voor info overdracht is (wellicht moet je het gesprek combineren met digitale info of telefonisch contact na ontslag?). Maar mogelijk dat uit je literatuuronderzoek nog actuele innovatieve ideeën komen. Ik ben akkoord met je voorstel. Het biedt m.i. voldoende basis om mee aan de slag te gaan. Heel veel succes en ik kijk uit naar het eindresultaat!

Hartelijke groet,

Herbert Habets

Bijlage 11: Toestemmingsformulier start bachelor thesis

Toestemmingsformulier start werken aan bachelor thesis/ stagebeoordeling

Naam werk/praktijkbegeleider: *W. Smeets*

Naam beoordelaar/docentbegeleider: *M. Du Moulin*

Datum toestemming en beoordeling: *16.11.18*

Naam student: *Nikki Klein*

Studentnummer: *1512129*

Criteria:

- ☒ Positieve beoordeling over het niveau van werken van de student volgens **RUBRICS D3**
- ☒ Voorstel bachelor thesis is goedgekeurd door praktijk en opleiding
- ☒ Randvoorwaarden vanuit praktijk (waaronder patiëntenzorg is als voldoende beoordeeld) zijn besproken en waarborgen de mogelijkheden om verder aan de bachelor thesis te werken tijdens de D3/D4.

Voldaan / ~~Niet voldaan~~ (doorhalen wat niet van toepassing is)

Handtekeningen:

Werk/praktijkbegeleider én beoordelaar/docentbegeleider én student:

1. *M. Du Moulin* 
2. *W. Smeets* 
3. *N. Klein* 

Toelichting en evt. verdere afspraken:

Bijlage 12: Adviesbeoordeling bachelor thesis D4 door werk-/ praktijkbegeleider

Adviesbeoordeling bachelor thesis D4 door werk- / praktijkbegeleider

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider:

Zorginstelling: Maastricht Universitair Medisch Centrum +

Naam student: Nikki Klein

Studentnummer: 1512129

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bachelor thesis geschreven met aanbevelingen die een daadwerkelijke bijdrage leveren aan de verbetering van de zorg	Voldaan Toelichting: Nikki je hebt goede aanbevelingen gedaan, duidelijk waar de knelpunten liggen in de praktijk	Niet voldaan Toelichting:
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	Voldaan Toelichting: Prima	Niet Voldaan Toelichting:
3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven	Voldaan Toelichting: Nikki heeft heel goed overlegd!	Niet Voldaan Toelichting:
4. De student heeft voor een overdracht gezorgd van de aanbevelingen voortkomend uit de bachelor thesis	Voldaan Toelichting: Prima	Niet Voldaan Toelichting:
5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk	Voldaan Toelichting: Prima	Niet Voldaan Toelichting:

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Adviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis op de werkvloer¹:

voldoende / ~~niet voldoende~~ (doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam beoordelaar: Nicky Poeth

Datum: 9/5/2019

Persoonlijke toelichting (indien gewenst) werk- / praktijkbegeleider:

Prima BT Nikki!

- Goed uitgewerkt
- Netjes gewerkt
- Prima voor de toekomst van de Stroke Unit van C5. Dit levert een goede bijdrage om patiënten op de correcte manier met ontslag te laten gaan.

¹ Indien de werk-/ praktijkbegeleider komt tot een onvoldoende adviesbeoordeling, vraagt de student tijdig uitstel bij de examencommissie aan om vervolgens de benodigde aanpassingen aan te brengen. De thesis wordt daarna opnieuw bij de werk- praktijkbegeleider en school ingediend (eerste kans).

Bijlage 13: Beoordeling bachelor thesis D4 door peerassessor

Beoordeling verslag D4 (2018 - 2019)

Naam : Nikki Klein

Studentnummer : 1512129

Peerassessor: : Sanne Tesselaar

Studentnummer : 1520466

Aantal punten/ cijfer : 82/ 10 = 8,2

Instructie voor beoordelaars: kies de kolom die het beste past en ken een score in hele punten toe. Licht vervolgens het oordeel en de score toe.

Voorwaardelijke items (voor het nakijken van het verslag):

- Alle onderdelen dienen aanwezig te zijn (voorstel BT)
- Opbouw volgens Zwart op Wit (Bremmers, 2013)
- Schrijfstijl is correct / Arial 11 of Times New Roman 12 / regelafstand 1,5
- Maximaal 25 pag's (hierbij tellen mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie/aanbevelingen)
- Reflectie (volgens eigen gekozen model) komt in de bijlage
- Literatuurverwijzingen volgens APA richtlijnen
- Het verslag is op Ephorus ingeleverd

- Indien niet is voldaan aan bovenstaande voorwaardelijke items wordt het verslag geretourneerd en vervalt hiermee de 1^e kans

Algemeen schrijven

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de verslaglegging en schrijfstijl (in totaal maximaal 10 punten) <i>* bondig mondeling en schriftelijk formuleren</i>	De schrijfstijl is helder; er is geen sprake van ‘spreektaal’ en er wordt gebruik gemaakt van verpleegkundig / wetenschappelijk jargon. Het verslag heeft een logische opbouw en bevat een overzichtelijke samenvatting met de belangrijkste kernpunten. Er zijn geen onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Geen fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is grotendeels helder. Soms is er sprake van ‘spreektaal’. Verpleegkundig / wetenschappelijk jargon wordt voldoende toegepast. Het verslag heeft grotendeels een logische opbouw. Er zijn enkele onnodige herhalingen van tekstonderdelen qua taal en/of inhoud. Weinig fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is nog niet helder. Er is nog teveel sprake van ‘spreektaal’. Het verslag heeft een beperkte logische opbouw. Er zijn meerdere onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Veel fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is niet helder. ‘Spreektaal’ voert de boventoon in het verslag. Het verslag heeft geen logische opbouw. Er zijn veel onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Tallose (en afleidende) fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				

Punten: 7

Toelichting: Alles duidelijk geformuleerd en makkelijk leesbaar. Af en toe spreektaal.

Inleiding, theoretisch kader en methode

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de inleiding (aanleiding vanuit praktijk) <i>* Initiatief nemen voor kwaliteitsverbetering</i>	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door een diepgaande kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling volgen hier logisch uit, zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door voldoende kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten nog niet helemaal aan op de aanleiding. Ze zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; de kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk is nog te beperkt. De student is hierdoor nog onvoldoende in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten onvoldoende aan op de aanleiding.	Hoewel er sprake is van een initiatief tot kwaliteitsverbetering, kan door onvoldoende kennis van het probleem vanuit de praktijk geen sense of urgency worden gecreëerd. Doel- en vraagstelling zijn niet correct.
Kwaliteit van het theoretisch kader (aanleiding vanuit theorie) <i>(in totaal kwaliteit van de inleiding plus kwaliteit van het theoretisch kader)</i>	Laat een diepgaande en gevarieerde kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Gebruikt een grote reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing van goede kwaliteit	Laat voldoende kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp. Neemt belangrijke samenhangende onderwerpen mee in het theoretisch kader. Gebruikt een beperkte reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen	De kennis over het gekozen onderwerp is nog niet voldoende. Samenhangende onderwerpen worden nagenoeg niet meegenomen. Gebruikt weinig (inter)nationale bronnen ter ondersteuning (minimaal 4).	Er is sprake van een zeer gebrekkige kennis van het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Er worden nagenoeg geen (inter)nationale bronnen gebruikt (minder dan 4).

<i>maximaal 10 punten)</i>	(meer dan 8).	ter onderbouwing (minimaal 6).		
Toegekende score: ☒ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Punten: 8 Toelichting: Eerste zin is wat globaal om mee te beginnen (ziekenhuis: alle ziekenhuizen? MUMC+?). Goed gebruik gemaakt van trechter methode (algemeen naar specifiek). Probleem vanuit praktijk duidelijk. Literatuur uitgebreid en helder.				
METHODE				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende	Zeer onvoldoende
	<i>10 – 8 punten</i>	<i>7 – 6 punten</i>	<i>5 – 4 punten</i>	<i>3 – 0 punten</i>
<i>Kwaliteit van de methodologie inclusief analyseplan (in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>De gebruikte methode voor het in kaart brengen van stap 1,2, 3 en 4 van Grol en Wensing</i>	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van een diepgaande en samenhangende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat alle keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen.	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van voldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat de meeste keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen.	Is beperkt in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Er is nog onvoldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Hierdoor zijn keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse veelal niet samenhangend, niet correct en/of nog onvoldoende onderbouwd.	Is niet in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. De gemaakte keuzen (bv werving en selectie van respondenten, dataverzameling, analyse) worden niet onderbouwd en vertonen geen samenhang.

<i>* methoden en technieken van onderzoek toepassen</i> <i>* projectmatig werken</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i>	Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstru-menten en vragenlijsten. Dit uit zich door op transparante wijze aan te geven waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meet-instrumenten</i> zijn gevonden; de keuze voor dit <i>gevalideerde instrument</i> wordt gemotiveerd evenals een beschrijving van klinimetrische kenmerken. Beschrijft grondig hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck). Ethische aspecten worden in ogenschouw genomen. Er wordt tijdens het onderzoek rekening gehouden met de anonimiteit van de patiënt en/of de zorgverleners. Deze aspecten worden expliciet benoemd. Er zijn ruimschoots acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd (bv membercheck, peerde-briefing, audio opnames, gebruik van pilot, gebruik van gevalideerde vragenlijsten). Er is gedegen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (minimaal 3 bronnen).	Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstru-menten en vragenlijsten. Geeft aan waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meetinstrumenten</i> zijn gevonden, dan wel wordt de relevantie ervan beschreven. Beschrijft op hoofdonderdelen hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck). Anonimiteit van de patiënt en /of de zorgverlener worden gewaarborgd. Dit wordt op hoofdpunten benoemd. Er zijn 3 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd.	Kiest bestaande en/of ontwerpt eigen vragenlijsten. Geeft nagenoeg geen beschrijving over zoektocht of relevantie van bestaande <i>gevalideerde meetinstrumenten</i>. Gaat onvoldoende in op hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd. Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener worden niet expliciet benoemd. Deze aspecten komen slechts impliciet in de tekst aan de orde. Er zijn hooguit 2 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd	Van de gebruikte meetinstrumenten wordt niet beschreven in hoeverre er sprake is van gevalideerde (bestaande) meetinstrumenten. Van zelf opgestelde meetinstrumenten wordt niet beschreven hoe deze zijn opgesteld en hoe validiteit en betrouwbaarheid worden gewaarborgd. Anonimeit van de patient en/of de zorgverlener zijn onvoldoende gewaarborgd.
---	---	--	---	--

	Is in staat projectmatig te werken. Dit uit zich door een planmatige aanpak van de te ondernemen activiteiten en flexibiliteit in situaties waar aanpassingen in planning noodzakelijk zijn. Is transparant mbt geplande activiteiten.	Er is literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (2 bronnen). Kan op hoofdpunten planmatig werken. Weet de belangrijkste activiteiten planmatig aan te pakken, vertoont enige flexibiliteit bij veranderende situaties. Is transparant over de belangrijkste activiteiten.	Er is beperkt literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (1 bron). Kan beperkt planmatig werken; de meeste activiteiten volgen elkaar zonder planmatige opzet op. Kan moeilijk overweg met veranderende situaties. Is weinig transparant over activiteiten die worden ondernomen.	Er zijn geen acties ondernomen waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is geen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties. Is niet in staat planmatig te werken en is niet transparant over de ondernomen activiteiten
--	--	---	--	---

Toegekende score: ☒ **Uitstekend – Zeer goed** ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende

Punten: 9

Toelichting: Alle methodiek van de hoofdstukken duidelijk beschreven. Voorstel voor verbetering: handig om deze methodiek in tabelvorm te gebruiken! Bevorderende en belemmerende factoren duidelijk en uitgebreid. Geen systeem (buiten Rogers) om veranderingsbereidheid te meten (Doelgroep en setting)? Goed gebruik EPOC-model en STARR-methode.

RESULTATEN

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 1: Ontwikkelen van een concreet, goed onderbouwd voorstel voor verandering van de zorg (in totaal max. 10 punten) <i>* oplossingen bedenken voor individuele en groepsvraagstukken</i> <i>* oplossingen bedenken voor dagelijkse problemen</i> <i>* wenselijke verbeteringen genereren</i> <i>* voorstellen tot verandering presenteren</i> <i>* nieuwe ontwikkelingen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek toepassen</i>	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van minimaal twee andere wetenschappelijke methodes (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). Gebruikte literatuur is van hoge kwaliteit (bv systematic reviews, randomized controlled trials, longitudinale studies, goed opgezette kwalitatieve studies) en afkomstig uit (inter)nationaal erkende tijdschriften. De gebruikte literatuur is van toepassing op het voorstel voor verandering. Indien van toepassing worden de meest recente protocollen en/of richtlijnen	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is van voldoende kwaliteit. Naast het gebruik van literatuur van hoge kwaliteit wordt echter ook gebruik gemaakt van literatuur van lager kwaliteit (bv rapporten). De gebruikte literatuur is op hoofdpunten van toepassing op het voorstel voor verandering. Protocollen en/of richtlijnen worden, indien van	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). De keuze voor deze methode sluit echter niet helemaal aan bij het doel (nl het onderbouwen van het voorstel voor verandering) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is nog niet voldoende. Er is nagenoeg geen sprake van onderzoeksliteratuur. De gebruikte literatuur mist veelal een link met het voorstel voor verandering. Hoewel van toepassing, zijn protocollen en/of richtlijnen niet meegenomen bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering.	Is niet in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Oplossingen zijn niet gebaseerd op literatuur en er is geen andere methode gebruikt voor het onderbouwen van het voorstel voor verandering. De kwaliteit van de gebruikte literatuur is zeer onvoldoende. Er is geen gebruik gemaakt van onderzoeksliteratuur

	betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is in ruime mate aanwezig (minimaal 15 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gedegen gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Recente ontwikkelingen in binnen- en buitenland worden benoemd en gerelateerd aan het voorstel voor verandering. Is in staat het voorstel voor verandering helder te presenteren. Dit uit zich door een grondige analyse, ordening en interpretatie van de verkregen data. De lijn van redeneren is prima te volgen (overzichtelijk). De student maakt hierin een goede afweging tussen het presenteren van hoofd en bijzaken in tabellen en woordelijke tekst De oplossing(en) voor het probleem zijn gedegen gefundeerd, worden gedragen door alle betrokkenen en sluiten aan bij de wensen / dagelijkse werkwijze van de betrokkenen	toepassing, zijdelings betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is beperkt aanwezig (minimaal 10 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Het betreft hier ontwikkelingen uit binnen- of buitenland. Er wordt op hoofdpunten een relatie met het voorstel voor verandering gemaakt. Presenteert gegevens gestructureerd en verklaart resultaten, echter de logische volgorde en lijn van redeneren is niet voldoende zichtbaar. Presenteert de hoofdzaken in woordelijke tekst en tabellen maar beschrijft tevens ook nog bijzaken. De oplossing(en) voor het probleem zijn matig gefundeerd; de meeste	Engelstalige literatuur is onvoldoende aanwezig (minimaal 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn nauwelijks gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Structuur en lijn in redeneren zijn nauwelijks tot niet te volgen. Er worden veel bijzaken in woordelijke tekst en tabellen gerapporteerd.	Er is geen gebruik gemaakt van Engelstalige literatuur (minder dan 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering mist iedere basis. Er is geen onderbouwing op basis van eerder (inter)nationaal onderzoek. Mist een lijn van redeneren.
--	--	---	--	--

		stakeholders staan achter de oplossingen; op onderdelen zijn de oplossingen moeilijk inpasbaar, dan wel sluiten ze niet helemaal aan bij de wensen van de betrokkenen	De oplossing(en) voor het probleem zijn beneden gemiddeld gefundeerd. Meerdere betrokkenen hebben vraagtekens bij de oplossing(en) dan wel vinden de oplossing(en) moeilijk inpasbaar in de dagelijkse werkwijze	Hoofdzaken ontbreken. De oplossing(en) voor het probleem missen fundament; er is weinig tot geen draagkracht binnen het team / de afdeling
Toegekende score: ☐ Uitstekend – Zeer goed ☒ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Punten: 7 Toelichting: Zie bovenstaande feedback > Ziekenhuis (?). Probeer verbanden te maken tussen de verschillende resultaten: samenhangend en lopend verhaal. Probeer trechtermethode hier ook te hanteren, Veel bronnen, zeer duidelijk. Interviewresultaten helder, goed dat je meerdere citaten hebt gebruikt.				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende	Zeer onvoldoende

	<i>10 – 8 punten</i>	<i>7 – 6 punten</i>	<i>5 – 4 punten</i>	<i>3 – 0 punten</i>
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering (in totaal max. 10 punten) * het zorgaanbod analyseren * analyseren van de probleemsituatie * kritisch het eigen vakgebied beoordelen * knelpunten in de afstemming van het zorgaanbod analyseren * het expliciet maken van de dagelijkse ergernissen en dagelijkse uitdagingen * bestaande richtlijnen en procedures analyseren	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een zeer grondige beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een gedetailleerde beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op minimaal 2 wetenschappelijke methodes. Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod kritisch analyseren wat zich uit in een concrete beschrijving van dagelijks handelen waaruit zowel goede als verbeterpunten gehaald kunnen worden. Maakt, indien van toepassing, een grondige analyse van bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg gedegen en	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op 1 wetenschappelijke methode. Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod analyseren wat zich uit in een beschrijving van de belangrijkste onderdelen van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden benoemd. Analyseert, indien van toepassing, op hoofdonderdelen bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg tegen	Is onvoldoende in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). De gebruikte methode geeft zeer beperkt inzicht in de feitelijke situatie en/of blijkt niet geschikt om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Is onvoldoende in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod onvoldoende analyseren. Dit uit zich in een summier beschrijving van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden nauwelijks benoemd. Analyseert, indien van toepassing, bestaande richtlijnen en protocollen. Deze analyse resulteert echter tot weinig relevante inzichten. Wenselijke en feitelijke zorg worden beneden gemiddeld tegen elkaar afgezet; er worden onvoldoende (verbeter)doelen geformuleerd waarvan	Is niet in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Er is geen sprake van een wetenschappelijke methode om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Is niet in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren waardoor geen analyse kan plaatsvinden van het eigen vakgebied / het zorgaanbod. Verbeterpunten worden niet benoemd. Bestaande richtlijnen en protocollen worden, mits van toepassing, niet geanalyseerd.

	systematisch tegen elkaar af te zetten; de hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	elkaar af te zetten; de meeste hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	slechts enkele relevant zijn en SMART geformuleerd.	Wenselijke en feitelijke situatie worden onvoldoende / niet tegen elkaar afgezet. (Verbeter)doelen worden niet (SMART) geformuleerd of sluiten niet aan op de onderzochte situatie.
Toegekende score: ☒ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Punten: 9 Toelichting: Probleem vanuit de praktijk is duidelijk en onderbouwd met 2 onderzoeksmethoden. Resultaten enquête duidelijk en helder. Observatie handige ‘extra’ methode, dit sterkt je feitelijke zorg aan. Wenselijk VS feitelijk tabel duidelijk. SMART-doelen helder en realistisch.				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed	Ruim voldoende - Voldoende	Bijna voldoende - Onvoldoende	Zeer onvoldoende
	10 – 8 punten	7 – 6 punten	5 – 4 punten	3 – 0 punten
Stap 3: Probleemanalyse van doelgroep en setting (in totaal max. 10 punten) <i>* rekening houden met waarden van zorgvragers bij afdelingsontwikkeling</i>	Is in staat een grondige probleemanalyse van de doelgroep te maken. Dit uit zich doordat student kan aantonen wie tot de doelgroep behoren en wat hun belangen zijn. Student geeft blijk ervan te werken vanuit een doelgroepen aanpak. Dit	Is in staat een probleemanalyse van de doelgroep te maken. De belangrijkste doelgroepen en hun belangen worden beschreven. Geeft op onderdelen blijk te werken	De probleemanalyse is beneden gemiddeld uitgewerkt. Er wordt minimaal beschreven wat de belangrijkste doelgroepen en hun belangen zijn.	De probleemanalyse van de doelgroep en setting is onvoldoende uitgewerkt.

<i>* werken vanuit een doelgroepen aanpak</i> <i>* gebruiken van expertise over de doelgroep</i> <i>* rekening houden met de rechten en plichten van de doelgroep</i> <i>* een probleemanalyse van de doelgroep maken</i> <i>* belemmerende en bevorderende factoren bespreekbaar maken</i> <i>* weerstand tegen veranderingen bespreken</i>	wordt duidelijk door rekening te houden met de doelgroep; dit uit zich o.a. doordat rekening wordt gehouden met waarden van betrokkenen alsook met rechten en plichten. Kan op basis van een grondige analyse (bv. met behulp van een theorie / model) van de doelgroep en setting aangeven met welke belemmerende en bevorderende factoren rekening moet worden gehouden.	vanuit een doelgroepen aanpak. Is in staat de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen.	Gaat grotendeels voorbij aan het werken vanuit een doelgroepen aanpak. De belemmerende en bevorderende factoren zijn beneden gemiddeld uitgewerkt.	Er wordt onvoldoende blijk gegeven van het werken vanuit een doelgroepen aanpak. Belemmerende en bevorderende factoren zijn niet in kaart gebracht / dan wel ver onder de maat in kaart gebracht
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Punten: 7 Toelichting: Resultaten H3 Doelgroep en setting uitgebreider > meer specificaties verplegend personeel (leeftijd, werkervaring etc. benoemen).				

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 4: Ontwikkeling/ selectie strategieën en inter-venties <i>(in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i> <i>* probleemoplossend denken</i> <i>* een plan van aanpak maken</i>	In het plan van aanpak worden alle relevante strategieën en interventies geselecteerd en theoretisch onderbouwd. Er is een kritische keuze gemaakt voor strategieën en interventies die het meest relevant zijn. Alle gekozen strategieën en interventies sluiten volledig aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden voldoende relevante strategieën en interventies geselecteerd, waarvan er sommige theoretisch worden onderbouwd. De meeste strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden enkele strategieën en/of interventies geselecteerd. Er is geen rekening gehouden met de relevantie van de gekozen strategieën en/of interventies. Enkele van de gekozen strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden strategieën en interventies benoemd die nagenoeg niet relevant zijn De gekozen strategieën en interventies sluiten onvoldoende aan op de belemmerende en bevorderende factoren.
Toegekende score: ☒ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Punten: 9 Toelichting: EPOC-tabel goed! Je maakt duidelijk een koppeling met de problemen (belemmerende factoren). Theoretische onderbouwing aanwezig.				

Conclusie

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de conclusie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat de resultaten overstijgend te beoordelen en de belangrijkste inzichten weer te geven. De conclusie geeft een helder antwoord op de vraagstelling. De belangrijkste resultaten die het meest relevant zijn voor de beantwoording van de vraagstelling worden hierbij betrokken. Er is geen sprake van interpre-tatie van de bevindingen. De conclusie bevat geen nieuwe informatie.	Is nog niet helemaal in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling en gebruikt hiervoor veelal de belangrijkste resultaten. Er is soms sprake van interpre-tatie van de bevindingen. De conclusie bevat soms nieuwe informatie.	Is nog niet in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling maar gebruikt hiervoor ook niet relevante resultaten. Er is geregeld sprake van interpretatie van bevindingen. De conclusie bevat geregeld nieuwe informatie.	De conclusie is een herhaling van resultaten. Er wordt geen antwoord gegeven op de vraagstelling. In de conclusie worden veelvuldig bevindingen geïnterpreteerd. De conclusie bevat veel nieuwe informatie.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Punten: 7 Toelichting: Elk hoofdstuk bevat een conclusie. Conclusie in Nabeschuwing bevat een goede opening, voor de opeenvolgende tekst. Duidelijke verbeterpunten aangegeven, misschien voorafgaand nog wat				

meer problematiek aanhalen -> overstijgend? Informatie duidelijk en al eens eerder benoemd in het stuk. Duidelijk antwoord op de hoofdvraag.
Toelichting conclusie: De conclusie is gebaseerd op de gevonden en gewogen informatie in relatie tot de vraagstelling De vraagstelling(en) worden kort en correct beantwoord. De conclusies zijn voldoende voorzichtig geformuleerd.

Discussie en aanbevelingen

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de discussie en aanbevelingen (in totaal maximaal 10 punten) <i>* wensen vanuit verpleegkundig perspectief uitdragen</i>	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert deze aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Doet dit door hierbij zowel nationaal als internationaal onderzoek te betrekken. Reflecteert op de sterke/ zwakke kanten van het onderzoek en laat daarbij een diepgaande kennis zien over kwaliteitsaspecten (geeft oa aan wat de gevolgen zijn van deze zwakke en sterke kanten voor de resultaten; geeft aan	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert de belangrijkste resultaten aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Het gebruik van literatuur is veelal beperkt. Reflecteert op de belangrijkste sterke / zwakke kanten van het onderzoek.	Beschrijft de onderzoeksresultaten maar relateert deze onvoldoende aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij minimaal literatuurreferenties).	De discussie wordt beperkt tot een herhaling van de belangrijkste resultaten zonder dat deze worden afgezet tegenover (inter)nationaal onderzoek.

	welke acties zijn ondernomen om de invloed van zwakke kanten zoveel mogelijk te beperken). Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot relevante aanbevelingen voor praktijk en eventueel vervolgonderzoek	Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot enkele aanbevelingen voor praktijk én vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant.	Toont een minimale reflectie op sterke / zwakke kanten van het onderzoek. Komt tot aanbevelingen voor praktijk of vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant en gebaseerd op de resultaten.	Er is geen reflectie op sterke en zwakke punten van het onderzoek Doet aanbevelingen die niet zijn gebaseerd op de resultaten of niet relevant zijn voor praktijk of vervolgonderzoek.
Toegekende score: ☒ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende Punten: 9 Toelichting: Uitgebreide discussie, je bekijkt van alle kanten en onderzoeksmethoden de discussiepunten, weerlegt deze mooi. Geeft goede mogelijkheden voor de zwakke kanten van je stuk. Aanbeveling duidelijk en allesomvattend! Probeer alleen concreet te maken <u>wie</u> de acties moet uitvoeren, dit maakt een sterk plan van aanpak (voor eventuele latere implementatie).				
Toelichting discussie: De belangrijkste resultaten worden samengevat.				

De resultaten worden in verband gebracht met de eerdere elementen van het onderzoek (probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en theoretisch kader).

In de discussie wordt ook breder geïmpliceerd op de betekenis van de bevindingen voor de rol van verpleegkundige en voor het eigen vakgebied.

De sterktes en zwaktes van het project en de betekenis daarvan worden evenwichtig besproken

Er zijn mogelijke verklaringen voor de overeenkomsten of verschillen met andere bronnen benoemd

Er worden geen nieuwe resultaten benoemd

Reflectie (student kiest eigen reflectiemodel)

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de reflectie (in totaal maximaal 10 punten) <i>In de reflectie wordt teruggeko- men op:</i> - brede multidisciplinaire theo- retische basis - toepassen van kennis en inzichten / probleemgericht werken - methodisch en reflectief denken en handelen	Is in staat grondig te reflecteren en toont hierbij een vermogen tot abstractie (dwz stijgt boven het eigen handelen uit / helicopterview). Hierbij komen de competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar diepgaand aan bod. Is in staat het reflectiemodel correct toe te passen. Laat duidelijk zien het reflecteren als een cyclisch proces te zien. Kan concreet aangeven welke leerdoelen aan het begin van het traject zijn opgesteld. Is aan het einde in staat	Is in staat te reflecteren maar kan maar beperkt uitstijgen boven het eigen handelen. De belangrijkste competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen ruim aan bod. Het cyclische karakter van het reflectiemodel wordt uitgewerkt maar is op onderdelen niet correct toegepast (stelt bijvoorbeeld geen heldere leerdoelen aan het begin van het	Reflecteert maar is hierbij onvoldoende in staat het eigen handelen te overstijgen. Slechts enkele competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen aan bod. Er is gekozen voor een reflectiemodel maar de uitwerking ervan is nog niet voldoende. De student geeft onvoldoende diepgang in de uitwerking van de stappen en het cyclische	Reflecteert maar kan niet boven het eigen handelen uitstijgen. Op competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar wordt nauwelijks tot niet gereflecteerd. Er is geen keuze gemaakt voor een reflectiemodel. De reflectie is onsamenhangend, heeft nagenoeg geen diepgang en er is geen sprake van een

- sociaal-communicatieve bekwaamheid - professionalisering (zie criterialijst 'Eindgesprek D4 Hbo-Verpleegkunde')	handelingsalternatieven te formuleren. Is in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Kan gemaakte keuzes goed beargumenteren en is zich terdege bewust van deze keuzemomenten en dilemma's. Is gedegen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich goed in anderen verplaatsen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	traject). Kan verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag en de belangrijkste keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes mist soms wat diepgang; student laat op hoofdonderdelen zien dat hij zich bewust is van deze keuzemomenten en/of dilemma's Is op hoofdonderdelen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich verplaatsen in anderen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	karakter van het model komt weinig naar voren. Is nog niet voldoende in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes, dan wel bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's komen onvoldoende naar voren in de reflectie. Kan nog onvoldoende de omgeving en het gedrag van anderen waarnemen (kan zich nog onvoldoende verplaatsen in anderen) waardoor onvoldoende bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	cyclisch karakter. Neemt geen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Gemaakte keuzes worden niet beargumenteerd. Er wordt geen blijk gegeven van bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's. Is niet in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich niet verplaatsen in anderen); is zich hierdoor niet bewust van betekenisvolle situaties.
--	---	--	---	---

Toegekende score: ☒ Uitstekend – Zeer goed ☐ Ruim voldoende - Voldoende ☐ Bijna voldoende - Onvoldoende ☐ Zeer onvoldoende

Punten: 10

Toelichting: STARRT-methode gebruikt. Duidelijk en goed beschreven. Handig dat je een tabel hebt gemaakt om te reflecteren op de rollen van POOL. Maakt ook een koppeling naar je toekomstig verpleegkundig beroep > het werken als gediplomeerd vpk. Netjes!

Bijlage 14: Beoordeling bachelor thesis D4 door eerste/ tweede beoordelaar

Beoordeling verslag D4 (2018 - 2019)

Naam : Nikki Klein

Studentnummer : 1512129

Naam 1^{ste} beoordelaar: Monique du Moulin

cijfer 1^{ste} beoordelaar:

Naam 2^{de} beoordelaar: Herbert Habets

cijfer 2^{de} beoordelaar:

Eindcijfer (gemiddelde cijfer beoordelaar 1 en 2):

Instructie voor beoordelaars: kies de kolom die het beste past en ken een score in hele punten toe. Licht vervolgens het oordeel en de score toe.

Voorwaardelijke items (voor het nakijken van het verslag):

- Alle onderdelen dienen aanwezig te zijn (voorstel BT)
- Opbouw volgens Zwart op Wit (Bremmers, 2013)
- Schrijfstijl is correct / Arial 11 of Times New Roman 12 / regelafstand 1,5
- Maximaal 25 pag's (hierbij tellen mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie/aanbevelingen)
- Reflectie (volgens eigen gekozen model) komt in de bijlage
- Literatuurverwijzingen volgens APA richtlijnen
- Het verslag is op Ephorus ingeleverd

- Indien niet is voldaan aan bovenstaande voorwaardelijke items wordt het verslag geretourneerd en vervalt hiermee de 1^e kans

Algemeen schrijven

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de verslaglegging en schrijfstijl (in totaal maximaal 10 punten) <i>* bondig mondeling en schriftelijk formuleren</i>	De schrijfstijl is helder; er is geen sprake van ‘spreektaal’ en er wordt gebruik gemaakt van verpleegkundig / wetenschappelijk jargon. Het verslag heeft een logische opbouw en bevat een overzichtelijke samenvatting met de belangrijkste kernpunten. Er zijn geen onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Geen fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is grotendeels helder. Soms is er sprake van ‘spreektaal’. Verpleegkundig / wetenschappelijk jargon wordt voldoende toegepast. Het verslag heeft grotendeels een logische opbouw. Er zijn enkele onnodige herhalingen van tekstonderdelen qua taal en/of inhoud. Weinig fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is nog niet helder. Er is nog teveel sprake van ‘spreektaal’. Het verslag heeft een beperkte logische opbouw. Er zijn meerdere onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Veel fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.	De schrijfstijl is niet helder. ‘Spreektaal’ voert de boventoon in het verslag. Het verslag heeft geen logische opbouw. Er zijn veel onnodige herhalingen van tekstonderdelen zowel qua taal als inhoud. Tallose (en afleidende) fouten in interpunctie, zinsbouw, woordgebruik, spelling en grammatica.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				
Toelichting:				

Inleiding, theoretisch kader en methode

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de inleiding (aanleiding vanuit praktijk)	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; dit uit zich door	Neemt initiatief voor een kwaliteitsverbetering; de kennis ten	Hoewel er sprake is van een initiatief tot kwaliteitsverbetering, kan door

<i>* Initiatief nemen voor kwaliteitsverbetering</i>	een diepgaande kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling volgen hier logisch uit, zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	voldoende kennis ten aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk. De student is in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten nog niet helemaal aan op de aanleiding. Ze zijn toegespitst op de rol van de verpleegkundige en zijn methodisch opgebouwd.	aanzien van het geformuleerde probleem vanuit de praktijk is nog te beperkt. De student is hierdoor nog onvoldoende in staat een sense of urgency te creëren. Doel- en vraagstelling sluiten onvoldoende aan op de aanleiding.	onvoldoende kennis van het probleem vanuit de praktijk geen sense of urgency worden gecreëerd. Doel- en vraagstelling zijn niet correct.
Kwaliteit van het theoretisch kader (aanleiding vanuit theorie) <i>(in totaal kwaliteit van de inleiding plus kwaliteit van het theoretisch kader maximaal 10 punten)</i>	Laat een diepgaande en gevarieerde kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Gebruikt een grote reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing van goede kwaliteit (meer dan 8).	Laat voldoende kennis zien met betrekking tot het gekozen onderwerp. Neemt belangrijke samenhangende onderwerpen mee in het theoretisch kader. Gebruikt een beperkte reeks relevante (nationale <u>en</u> internationale) bronnen ter onderbouwing (minimaal 6).	De kennis over het gekozen onderwerp is nog niet voldoende. Samenhangende onderwerpen worden nagenoeg niet meegenomen. Gebruikt weinig (inter)nationale bronnen ter ondersteuning (minimaal 4).	Er is sprake van een zeer gebrekkige kennis van het gekozen onderwerp en samenhangende onderwerpen. Er worden nagenoeg geen (inter)nationale bronnen gebruikt (minder dan 4).
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
METHODE				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de methodologie inclusief analyseplan <i>(in totaal maximaal 10 punten)</i> <i>De gebruikte methode voor het in kaart brengen van stap 1,2, 3 en 4 van Grol en Wensing</i>	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van een diepgaande en samenhangende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat alle keuzen bij de werving en selectie van respondenten,	Is in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Dit uit zich doordat er sprake is van voldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Dit uit zich ook doordat de meeste keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse worden	Is beperkt in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. Er is nog onvoldoende kennis met betrekking tot de gekozen methode. Hierdoor zijn keuzen bij de werving en selectie van respondenten, dataverzameling en analyse veelal niet samenhangend, niet	Is niet in staat methoden en technieken van onderzoek op correcte wijze toe te passen. De gemaakte keuzen (bv werving en selectie van respondenten, dataverzameling, analyse) worden niet onderbouwd en vertonen geen samenhang.

<i>* methoden en technieken van onderzoek toepassen</i> <i>* projectmatig werken</i> <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i>	dataverzameling en analyse worden onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstru-menten en vragenlijsten. Dit uit zich door op transparante wijze aan te geven waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meet-instrumenten</i> zijn gevonden; de keuze voor dit <i>gevalideerde instrument</i> wordt gemotiveerd evenals een beschrijving van klinimetrische kenmerken. Beschrijft grondig hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck). Ethische aspecten worden in ogenschouw genomen. Er wordt tijdens het onderzoek rekening gehouden met de anonimiteit van de patiënt en/of de zorgverleners. Deze aspecten worden expliciet benoemd. Er zijn ruimschoots acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd (bv membercheck, peerde-briefing, audio opnames, gebruik van pilot, gebruik van gevalideerde vragenlijsten). Er is gedegen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (minimaal 3 bronnen). Is in staat projectmatig te werken. Dit uit zich door een planmatige aanpak van de te ondernemen activiteiten en flexibiliteit in situaties waar aanpassingen in planning noodzakelijk zijn. Is transparant mbt geplande activiteiten.	onderbouwd en logisch samenhangen. Kiest en/of ontwerpt betrouwbare/ valide meetinstru-menten en vragenlijsten. Geeft aan waar/hoe relevante, <i>gevalideerde meetinstrumenten</i> zijn gevonden, dan wel wordt de relevantie ervan beschreven. Beschrijft op hoofdonderdelen hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd (bv membercheck). Anonimiteit van de patiënt en /of de zorgverlener worden gewaarborgd. Dit wordt op hoofdpunten benoemd. Er zijn 3 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd. Er is literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (2 bronnen). Kan op hoofdpunten planmatig werken. Weet de belangrijkste activiteiten planmatig aan te pakken, vertoont enige flexibiliteit bij veranderende	correct en/of nog onvoldoende onderbouwd. Kiest bestaande en/of ontwerpt eigen vragenlijsten. Geeft nagenoeg geen beschrijving over zoektocht of relevantie van bestaande <i>gevalideerde meetinstrumenten</i>. Gaat onvoldoende in op hoe betrouwbaarheid en validiteit van <i>zelf opgestelde</i> vragenlijsten zijn gewaarborgd. Anonimiteit van de patient en/of de zorgverlener worden niet expliciet benoemd. Deze aspecten komen slechts impliciet in de tekst aan de orde. Er zijn hooguit 2 acties ondernomen en beschreven waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is beperkt literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties (1 bron). Kan beperkt planmatig werken; de meeste activiteiten volgen elkaar zonder planmatige opzet op. Kan moeilijk overweg met veranderende situaties. Is weinig transparant over	Van de gebruikte meetinstrumenten wordt niet beschreven in hoeverre er sprake is van gevalideerde (bestaande) meetinstrumenten. Van zelf opgestelde meetinstrumenten wordt niet beschreven hoe deze zijn opgesteld en hoe validiteit en betrouwbaarheid worden gewaarborgd. Anonimeit van de patient en/of de zorgverlener zijn onvoldoende gewaarborgd. Er zijn geen acties ondernomen waarmee de kwaliteit van het onderzoek wordt onderbouwd Er is geen literatuur geraadpleegd ter onderbouwing van bovengenoemde acties. Is niet in staat planmatig te werken en is
---	--	--	---	---

		situaties. Is transparant over de belangrijkste activiteiten.	activiteiten die worden ondernomen.	niet transparant over de ondernomen activiteiten
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
RESULTATEN				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 1: Ontwikkelen van een concreet, goed onderbouwd voorstel voor verandering van de zorg (in totaal max. 10 punten) <i>* oplossingen bedenken voor individuele en groepsvraagstukken</i> <i>* oplossingen bedenken voor dagelijkse problemen</i> <i>* wenselijke verbeteringen genereren</i> <i>* voorstellen tot verandering presenteren</i> <i>* nieuwe ontwikkelingen en gegevens uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek toepassen</i>	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van minimaal twee andere wetenschappelijke methodes (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). Gebruikte literatuur is van hoge kwaliteit (bv systematic reviews, randomized controlled trials, longitudinale studies, goed opgezette kwalitatieve studies) en afkomstig uit (inter)nationaal erkende tijdschriften. De gebruikte literatuur is van toepassing op het voorstel voor verandering. Indien van toepassing worden de meest recente protocollen en/of richtlijnen	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is van voldoende kwaliteit. Naast het gebruik van literatuur van hoge kwaliteit wordt echter ook gebruik gemaakt van literatuur van lager kwaliteit (bv rapporten). De gebruikte literatuur is op hoofdpunten van toepassing op het voorstel voor verandering. Protocollen en/of richtlijnen worden, indien van	Is in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Deze oplossing(en) (voorstel voor verandering) zijn niet alleen onderbouwd op basis van literatuur maar ook nog op basis van een andere wetenschappelijke methode (bv observaties, interviews, vragenlijsten, bezoek best practice). De keuze voor deze methode sluit echter niet helemaal aan bij het doel (nl het onderbouwen van het voorstel voor verandering) De kwaliteit van de gebruikte literatuur is nog niet voldoende. Er is nagenoeg geen sprake van onderzoeksliteratuur. De gebruikte literatuur mist veelal een link met het voorstel voor verandering. Hoewel van toepassing, zijn protocollen en/of richtlijnen niet meegenomen bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering.	Is niet in staat oplossingen te bedenken voor individuele / groepsvraagstukken (dagelijkse problemen). Oplossingen zijn niet gebaseerd op literatuur en er is geen andere methode gebruikt voor het onderbouwen van het voorstel voor verandering. De kwaliteit van de gebruikte literatuur is zeer onvoldoende. Er is geen gebruik gemaakt van onderzoeksliteratuur

	betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is in ruime mate aanwezig (minimaal 15 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gedegen gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Recente ontwikkelingen in binnen- en buitenland worden benoemd en gerelateerd aan het voorstel voor verandering. Is in staat het voorstel voor verandering helder te presenteren. Dit uit zich door een grondige analyse, ordening en interpretatie van de verkregen data. De lijn van redeneren is prima te volgen (overzichtelijk). De student maakt hierin een goede afweging tussen het presenteren van hoofd en bijzaken in tabellen en woordelijke tekst De oplossing(en) voor het probleem zijn gedegen gefundeerd, worden gedragen door alle betrokkenen en sluiten aan bij de wensen / dagelijkse werkwijze van de betrokkenen	toepassing, zijdelings betrokken bij de onderbouwing van het voorstel voor verandering. Engelstalige literatuur is beperkt aanwezig (minimaal 10 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Het betreft hier ontwikkelingen uit binnen- of buitenland. Er wordt op hoofdpunten een relatie met het voorstel voor verandering gemaakt. Presenteert gegevens gestructureerd en verklaart resultaten, echter de logische volgorde en lijn van redeneren is niet voldoende zichtbaar. Presenteert de hoofdzaken in woordelijke tekst en tabellen maar beschrijft tevens ook nog bijzaken. De oplossing(en) voor het probleem zijn matig gefundeerd; de meeste stakeholders staan achter de oplossingen; op onderdelen zijn de oplossingen moeilijk inpasbaar, dan wel sluiten ze niet helemaal aan bij de wensen van de betrokkenen	Engelstalige literatuur is onvoldoende aanwezig (minimaal 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering zijn nauwelijks gebaseerd op nieuwe ontwikkelingen uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. Structuur en lijn in redeneren zijn nauwelijks tot niet te volgen. Er worden veel bijzaken in woordelijke tekst en tabellen gerapporteerd. De oplossing(en) voor het probleem zijn beneden gemiddeld gefundeerd. Meerdere betrokkenen hebben vraagtekens bij de oplossing(en) dan wel vinden de oplossing(en) moeilijk inpasbaar in de dagelijkse werkwijze	Er is geen gebruik gemaakt van Engelstalige literatuur (minder dan 6 E en NL). De oplossingen / het voorstel voor verandering mist iedere basis. Er is geen onderbouwing op basis van eerder (inter)nationaal onderzoek. Mist een lijn van redeneren. Hoofdzaken ontbreken. De oplossing(en) voor het probleem missen fundament; er is weinig tot geen draagkracht binnen het team / de afdeling
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				

Criteria	Uitstekend – Zeer goed 10 – 8 punten	Ruim voldoende - Voldoende 7 – 6 punten	Bijna voldoende - Onvoldoende 5 – 4 punten	Zeer onvoldoende 3 – 0 punten
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering (in totaal max. 10 punten) * het zorgaanbod analyseren * analyseren van de probleemsituatie * kritisch het eigen vakgebied beoordelen * knelpunten in de afstemming van het zorgaanbod analyseren * het expliciet maken van de dagelijkse ergernissen en dagelijkse uitdagingen * bestaande richtlijnen en procedures analyseren	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een zeer grondige beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een gedetailleerde beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op minimaal 2 wetenschappelijke methodes. Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod kritisch analyseren wat zich uit in een concrete beschrijving van dagelijks handelen waaruit zowel goede als verbeterpunten gehaald kunnen worden. Maakt, indien van toepassing, een grondige analyse van bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg gedegen en systematisch tegen elkaar af te zetten; de hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Dit blijkt uit een beschrijving van de feitelijke situatie welke is gebaseerd op 1 wetenschappelijke methode. Is in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren, ordenen en interpreteren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod analyseren wat zich uit in een beschrijving van de belangrijkste onderdelen van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden benoemd. Analyseert, indien van toepassing, op hoofdonderdelen bestaande richtlijnen en protocollen. Kan het zorgaanbod analyseren door wenselijke en feitelijke zorg tegen elkaar af te zetten; de meeste hieruit voortvloeiende (verbeter)doelen zijn relevant en SMART geformuleerd.	Is onvoldoende in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). De gebruikte methode geeft zeer beperkt inzicht in de feitelijke situatie en/of blijkt niet geschikt om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Is onvoldoende in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren. Op basis hiervan kan de student het eigen vakgebied / het zorgaanbod onvoldoende analyseren. Dit uit zich in een summiere beschrijving van het dagelijks handelen. Verbeterpunten worden nauwelijks benoemd. Analyseert, indien van toepassing, bestaande richtlijnen en protocollen. Deze analyse resulteert echter tot weinig relevante inzichten. Wenselijke en feitelijke zorg worden beneden gemiddeld tegen elkaar afgezet; er worden onvoldoende (verbeter)doelen geformuleerd waarvan slechts enkele relevant zijn en SMART geformuleerd.	Is niet in staat dagelijkse ergernissen / een probleemsituatie expliciet te maken op basis van een beschrijving van de feitelijke situatie (vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en/of zorgvrager). Er is geen sprake van een wetenschappelijke methode om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Is niet in staat gegevens over de feitelijke situatie te analyseren waardoor geen analyse kan plaatsvinden van het eigen vakgebied / het zorgaanbod. Verbeterpunten worden niet benoemd. Bestaande richtlijnen en protocollen worden, mits van toepassing, niet geanalyseerd. Wenselijke en feitelijke situatie worden onvoldoende / niet tegen elkaar afgezet. (Verbeter)doelen worden niet (SMART) geformuleerd of sluiten niet aan op de onderzochte situatie.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				

Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Stap 3: Probleemanalyse van doelgroep en setting <i>(in totaal max. 10 punten)</i> <i>* rekening houden met waarden van zorgvragers bij afdelingsontwikkeling</i> <i>* werken vanuit een doelgroepenpak</i> <i>* gebruiken van expertise over de doelgroep</i> <i>* rekening houden met de rechten en plichten van de doelgroep</i> <i>* een probleemanalyse van de doelgroep maken</i> <i>* belemmerende en bevorderende factoren bespreekbaar maken</i> <i>* weerstand tegen veranderingen bespreken</i>	Is in staat een grondige probleemanalyse van de doelgroep te maken. Dit uit zich doordat student kan aantonen wie tot de doelgroep behoren en wat hun belangen zijn. Student geeft blijk ervan te werken vanuit een doelgroepenpak. Dit wordt duidelijk door rekening te houden met de doelgroep; dit uit zich o.a. doordat rekening wordt gehouden met waarden van betrokkenen alsook met rechten en plichten. Kan op basis van een grondige analyse (bv. met behulp van een theorie / model) van de doelgroep en setting aangeven met welke belemmerende en bevorderende factoren rekening moet worden gehouden.	Is in staat een probleemanalyse van de doelgroep te maken. De belangrijkste doelgroepen en hun belangen worden beschreven. Geeft op onderdelen blijk te werken vanuit een doelgroepenpak. Is in staat de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen.	De probleemanalyse is beneden gemiddeld uitgewerkt. Er wordt minimaal beschreven wat de belangrijkste doelgroepen en hun belangen zijn. Gaat grotendeels voorbij aan het werken vanuit een doelgroepenpak. De belemmerende en bevorderende factoren zijn beneden gemiddeld uitgewerkt.	De probleemanalyse van de doelgroep en setting is onvoldoende uitgewerkt. Er wordt onvoldoende blijk gegeven van het werken vanuit een doelgroepenpak. Belemmerende en bevorderende factoren zijn niet in kaart gebracht / dan wel ver onder de maat in kaart gebracht
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende				
Toelichting:				
Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>

Stap 4: Ontwikkeling/ selectie strategieën en interventies (in totaal maximaal 10 punten) <i>* volgorde van de activiteiten plannen</i> <i>* probleemoplossend denken</i> <i>* een plan van aanpak maken</i>	In het plan van aanpak worden alle relevante strategieën en interventies geselecteerd en theoretisch onderbouwd. Er is een kritische keuze gemaakt voor strategieën en interventies die het meest relevant zijn. Alle gekozen strategieën en interventies sluiten volledig aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden voldoende relevante strategieën en interventies geselecteerd, waarvan er sommige theoretisch worden onderbouwd. De meeste strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden enkele strategieën en/of interventies geselecteerd. Er is geen rekening gehouden met de relevantie van de gekozen strategieën en/of interventies. Enkele van de gekozen strategieën en interventies sluiten aan op de belemmerende en bevorderende factoren.	In het plan van aanpak worden strategieën en interventies benoemd die nagenoeg niet relevant zijn De gekozen strategieën en interventies sluiten onvoldoende aan op de belemmerende en bevorderende factoren.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				

Conclusie

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de conclusie (in totaal maximaal 10 punten)	Is in staat de resultaten overstijgend te beoordelen en de belangrijkste inzichten weer te geven. De conclusie geeft een helder antwoord op de vraagstelling. De belangrijkste resultaten die het meest relevant zijn voor de beantwoording van de vraagstelling worden hierbij betrokken. Er is geen sprake van interpretatie van de bevindingen. De conclusie bevat geen nieuwe	Is nog niet helemaal in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling en gebruikt hiervoor veelal de belangrijkste resultaten. Er is soms sprake van interpretatie van de bevindingen.	Is nog niet in staat overstijgend naar de belangrijkste resultaten te kijken. Geeft een antwoord op de vraagstelling maar gebruikt hiervoor ook niet relevante resultaten. Er is geregeld sprake van interpretatie van bevindingen.	De conclusie is een herhaling van resultaten. Er wordt geen antwoord gegeven op de vraagstelling. In de conclusie worden veelvuldig bevindingen geïnterpreteerd.

	informatie.	De conclusie bevat soms nieuwe informatie.	De conclusie bevat geregeld nieuwe informatie.	De conclusie bevat veel nieuwe informatie.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				
Toelichting conclusie: De conclusie is gebaseerd op de gevonden en gewogen informatie in relatie tot de vraagstelling De vraagstelling(en) worden kort en correct beantwoord. De conclusies zijn voldoende voorzichtig geformuleerd.				

Discussie en aanbevelingen

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de discussie en aanbevelingen (in totaal maximaal 10 punten) <i>* wensen vanuit verpleegkundig perspectief uitdragen</i>	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert deze aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Doet dit door hierbij zowel nationaal als internationaal onderzoek te betrekken. Reflecteert op de sterke/ zwakke kanten van het onderzoek en laat daarbij een diepgaande kennis zien over kwaliteitsaspecten (geeft oa aan wat de gevolgen zijn van deze zwakke en sterke kanten voor de resultaten; geeft aan welke acties zijn ondernomen om de	Beschrijft de onderzoeksresultaten en relateert de belangrijkste resultaten aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij literatuurreferenties). Met andere woorden, student toont aan hoe de eigen resultaten zich verhouden tot andere resultaten van eerder onderzoek. Het gebruik van literatuur is veelal beperkt. Reflecteert op de belangrijkste sterke / zwakke kanten van het onderzoek.	Beschrijft de onderzoeksresultaten maar relateert deze onvoldoende aan ander, eerder verricht onderzoek (gebruikt hierbij minimaal literatuurreferenties). Toont een minimale reflectie op sterke / zwakke kanten van het onderzoek.	De discussie wordt beperkt tot een herhaling van de belangrijkste resultaten zonder dat deze worden afgezet tegenover (inter)nationaal onderzoek. Er is geen reflectie op sterke en zwakke punten van het onderzoek

	invloed van zwakke kanten zoveel mogelijk te beperken). Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot relevante aanbevelingen voor praktijk en eventueel vervolgonderzoek	Komt op basis van de onderzoeksresultaten tot enkele aanbevelingen voor praktijk én vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant.	Komt tot aanbevelingen voor praktijk of vervolgonderzoek. Niet alle aanbevelingen zijn relevant en gebaseerd op de resultaten.	Doet aanbevelingen die niet zijn gebaseerd op de resultaten of niet relevant zijn voor praktijk of vervolgonderzoek.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting: Toelichting discussie: De belangrijkste resultaten worden samengevat. De resultaten worden in verband gebracht met de eerdere elementen van het onderzoek (probleemstelling, doelstelling, vraagstelling en theoretisch kader). In de discussie wordt ook breder gereflecteerd op de betekenis van de bevindingen voor de rol van verpleegkundige en voor het eigen vakgebied. De sterktes en zwaktes van het project en de betekenis daarvan worden evenwichtig besproken Er zijn mogelijke verklaringen voor de overeenkomsten of verschillen met andere bronnen benoemd Er worden geen nieuwe resultaten benoemd				

Reflectie (student kiest eigen reflectiemodel)

Criteria	Uitstekend – Zeer goed <i>10 – 8 punten</i>	Ruim voldoende - Voldoende <i>7 – 6 punten</i>	Bijna voldoende - Onvoldoende <i>5 – 4 punten</i>	Zeer onvoldoende <i>3 – 0 punten</i>
Kwaliteit van de reflectie (in totaal maximaal 10 punten) <i>In de reflectie wordt teruggeke- men op:</i> - brede multidisciplinaire theo- retische basis - toepassen van kennis en inzichten /	Is in staat grondig te reflecteren en toont hierbij een vermogen tot abstractie (dwz stijgt boven het eigen handelen uit / helikopterview). Hierbij komen de competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar diepgaand aan bod.	Is in staat te reflecteren maar kan maar beperkt uitstijgen boven het eigen handelen. De belangrijkste competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen ruim aan bod.	Reflecteert maar is hierbij onvoldoende in staat het eigen handelen te overstijgen. Slechts enkele competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar komen aan bod.	Reflecteert maar kan niet boven het eigen handelen uitstijgen. Op competenties in de rol van ontwerper / beroepsbeoefenaar wordt nauwelijks tot niet gereflecteerd.

<i>probleemgericht werken</i> - <i>methodisch en reflectief denken en handelen</i> - <i>sociaal-communicatieve bekwaamheid</i> - <i>professionalisering</i> (zie criterialijst 'Eindgesprek D4 Hbo-Verpleegkunde')	Is in staat het reflectiemodel correct toe te passen. Laat duidelijk zien het reflecteren als een cyclisch proces te zien. Kan concreet aangeven welke leerdoelen aan het begin van het traject zijn opgesteld. Is aan het einde in staat handelingsalternatieven te formuleren. Is in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Kan gemaakte keuzes goed beargumenteren en is zich terdege bewust van deze keuzemomenten en dilemma's. Is gedegen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich goed in anderen verplaatsen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Het cyclische karakter van het reflectiemodel wordt uitgewerkt maar is op onderdelen niet correct toegepast (stelt bijvoorbeeld geen heldere leerdoelen aan het begin van het traject). Kan verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag en de belangrijkste keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes mist soms wat diepgang; student laat op hoofdonderdelen zien dat hij zich bewust is van deze keuzemomenten en/of dilemma's Is op hoofdonderdelen in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich verplaatsen in anderen) waardoor bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Er is gekozen voor een reflectiemodel maar de uitwerking ervan is nog niet voldoende. De student geeft onvoldoende diepgang in de uitwerking van de stappen en het cyclische karakter van het model komt weinig naar voren. Is nog niet voldoende in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen gedrag en de gemaakte keuzes. Argumentatie voor gemaakte keuzes, dan wel bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's komen onvoldoende naar voren in de reflectie. Kan nog onvoldoende de omgeving en het gedrag van anderen waarnemen (kan zich nog onvoldoende verplaatsen in anderen) waardoor onvoldoende bewustwording van betekenisvolle situaties wordt bereikt.	Er is geen keuze gemaakt voor een reflectiemodel. De reflectie is onsamenhangend, heeft nagenoeg geen diepgang en er is geen sprake van een cyclisch karakter. Neemt geen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Gemaakte keuzes worden niet beargumenteerd. Er wordt geen blijk gegeven van bewustwording van keuzemomenten en / of dilemma's. Is niet in staat de omgeving en het gedrag van anderen waar te nemen (kan zich niet verplaatsen in anderen); is zich hierdoor niet bewust van betekenisvolle situaties.
Toegekende score: O Uitstekend – Zeer goed O Ruim voldoende - Voldoende O Bijna voldoende - Onvoldoende O Zeer onvoldoende Toelichting:				