

Kiezen voor beter

Een onderzoek naar versterking van de invloed van verpleegkundigen op goede ziekenhuiszorg in een STZ-ziekenhuis (Medisch Centrum Leeuwarden)

Tussenrapportage onderzoeksprogramma
10 november 2022

Tjitske Holtrop, MScN (verpleegkundig onderzoeker lectoraat)
Dr. Richtsje Andela (senior onderzoeker lectoraat)
Dr. Margreet van der Cingel (lector)



Samenvatting

Inleiding: Verpleegkundigen zijn essentieel voor het leveren van goede ziekenhuiszorg. Wanneer zij niet toekomen aan het geven van noodzakelijke zorg leidt dit tot niet-verrichte zorg. Dit heeft negatieve gevolgen voor de patiënt en de arbeidstevredenheid van de verpleegkundige. Het toepassen van vakinhoudelijk leiderschap door verpleegkundigen op de werkvloer is geassocieerd met betere patiëntenuitkomsten en minder verloop van personeel. Verpleegkundigen hebben echter moeite om invulling te geven aan vakinhoudelijk leiderschap in concrete zorgsituaties.

Het Kiezen voor Beter onderzoeksprogramma, uitgevoerd door het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg van NHL Stenden Hogeschool en het Medisch Centrum Leeuwarden heeft als doel verpleegkundigen te ondersteunen in het ontwikkelen en toepassen van vakinhoudelijk leiderschap, in samenspraak met de patiënt. Hierbij worden de principes van participierend-actieonderzoek en methoden van Practice Development toegepast om tot een duurzame praktijkverandering te komen.

Doel: Deze rapportage beschrijft een verkenning van niet-verrichte zorg en de verpleegkundige percepties van eigen vakinhoudelijk leiderschap op drie verpleegafdelingen (B, T en U) in het Medisch Centrum Leeuwarden in de periode september 2020 tot juni 2021. Per afdeling is een keuze gemaakt in het aan te pakken praktijkprobleem.

Methode: Het onderzoeksdesign hanteert de iteratieve fasen van cyclisch actieonderzoek waarbij eerst de uitgangssituatie wordt bepaald. Dit is gedaan door toepassing van mixed methodes. Niet-verrichte zorg werd in kaart gebracht middels de MISSCARE-vragenlijst. Daarna zijn focusgroep gesprekken gehouden op afdeling B en T gevolgd door het maken van een keuze in het aan te pakken praktijkprobleem. Specifiek voor afdeling U werden individuele interviews en focusgroepgesprekken afgenomen om de ontwikkelkansen in het stimuleren van zelfmanagement te onderzoeken, gevolgd door de FUNK barrière schaal om inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren bij het implementeren van een innovatie. De verpleegkundige perceptie rondom eigen vakinhoudelijk leiderschap werd op alle drie de afdelingen gemeten met de Leadership Practice Inventory (LPI), gevolgd door verdiepende focusgroep gesprekken. Het cyclisch verloop van het actieonderzoek werd geëvalueerd middels reflectieverslagen en notities.

Resultaten: Verpleegkundigen geven aan vaak niet toe te komen onder anderen aan het mobiliseren van patiënten, het geven van wisselligging en het stimuleren van zelfmanagement. Hierbij speelt het zich voordoen van urgente situaties en een onverwachte toename van zorgzwaarte met name een rol. De mate waarin een activiteit inpast in de huidige werkstructuren en routines en de verschillen in prioriteiten door individuele verpleegkundigen kunnen bevorderend of juist belemmerend werken in het omgaan met niet-verrichte zorg. Wat betreft de eigen perceptie van leiderschapsgedrag vinden de

meeste verpleegkundigen dat zij goede rolmodellen voor elkaar zijn, elkaar een hart onder de riem steken en collega's in staat stellen tot handelen, maar vinden het lastig de status quo ter discussie te stellen of over een gezamenlijke visie te praten. Uit gesprekken met verpleegkundigen blijkt dat het delen van verantwoordelijkheid door te werken in duo's, het samen leren en streven naar gezamenlijke waarden succesverhalen zijn in hoe leiderschapsgedrag in concrete zorgsituaties vorm krijgt. Uit de gesprekken met zorgprofessionals van afdeling U over zelfmanagement zijn interprofessioneel samenwerken en continuïteit in zorgverleners tijdens een klinische opname belangrijke ontwikkelpunten. Verder zien verpleegkundigen van afdeling U voeding en vochtbalans, medicatie en psychosociale zorg als kansrijke zelfmanagement thema's om door te ontwikkelen met behulp van het 5A zelfmanagement model. Met betrekking tot evidence based werken zien de meeste verpleegkundigen de nut en noodzaak van het toepassen van onderzoeksresultaten in de dagelijkse praktijk, maar lopen tegen flinke beperkingen aan die te maken hebben met gebrek aan tijd, kennis en ondersteuning. Ze hebben vooral behoefte aan een zogenoemde 'kartrekker' op de afdeling die evidence based werken coördineert. Tenslotte, de cyclische evaluatie van actieleren laat zien dat actieleren een nieuw fenomeen is voor verpleegkundigen en dat teamleden met een voortrekkersrol moeite hebben hun collega's in beweging te krijgen.

Conclusie: Leren op individueel en teamniveau vond plaats door verpleegkundigen te betrekken bij het evalueren van de werkplek- en praktijkcultuur door waarden en gedrag van 'goede verpleegkundige zorg' te delen en consensus te vinden bij het selecteren van een niet-verrichte zorg activiteit voor de volgende stap in Practice Development. Het definiëren van succesverhalen door tastbaar leiderschapsgedrag in concrete zorgsituaties te onderzoeken, vergroot de bewustwording en zelfherkenning van verpleegkundigen als vakinhoudelijk leider. Door succesverhalen te gebruiken, kunnen teams gesterkt worden bij het verbeteren van onderontwikkelde leiderschapscompetenties die nodig zijn om samen met de patiënt goede keuzes te maken. Het ontwikkelen en toepassen van leiderschapsgedrag is een gedeelde verantwoordelijkheid die teaminspanning vereist waarbij rekening gehouden moet worden met de lokale context. Tenslotte, het vergroten van bekendheid en kennis van leiderschapsgedrag door middel van het ophalen en delen van succesverhalen heeft continu aandacht nodig in de volgende fasen van Practice Development.

Inhoud

Samenvatting	1
1. Introductie	4
2. Onderzoeksvraag	7
3. Methode	8
4. Resultaten niet-verrichte zorg	14
5. Resultaten leiderschapsgedrag	32
6. Resultaten evidence based werken en zelfmanagement	40
7. Resultaten cyclische evaluatie actieonderzoek	51
8. Discussie	54
9. Conclusie	63
10. Literatuurlijst	64
Bijlage A: MISSCARE vragenlijst	69
Bijlage B: Leadership Practice Inventory vragenlijst	76
Bijlage C: Funk	78
Bijlage D: Topicslijst focusgroepen niet-verrichte zorg	79
Bijlage E: Topicslijst focusgroep leiderschap	87
Bijlage F: Topicslijst diepte interviews zelfmanagement	90
Bijlage G: Topicslijst focusgroep 1 afdeling U	92
Bijlage H: Topicslijst focusgroep 2 afdeling U	95
Bijlage I: Uitkomsten MISSCARE	98
Bijlage J: Tabel LPI uitkomsten	103
Bijlage K: Tabel Funk Barrière Schaal	108
Bijlage L: Uitkomsten focusgroep 1 afdeling U	110
Bijlage M: Uitkomsten focusgroep 2 afdeling U	112

1. Introductie

1.1 Niet-verrichte verpleegkundige zorg

Verpleegkundigen zijn onmisbaar voor goede ziekenhuiszorg. Verpleegkundige zorg beoogt mensen te ondersteunen in het omgaan met de gevolgen van ziekte. Hieronder wordt verstaan preventie van ziekte en complicaties, het bevorderen van de eigen regie (zelfmanagement), en het samen beslissen bij gezondheidsproblemen; deze zijn sterk van invloed op een bestendige terugkeer naar huis. Echter, verpleegkundigen geven aan niet altijd alle noodzakelijke zorg te kunnen leveren (Gustafsson et al., 2020). Hierdoor komt goede ziekenhuiszorg onder druk te staan (Abdelhadi et al., 2020). Verpleegkundigen zijn voortdurend aan het prioriteren welke zorg ze wel geven, uitstellen, of niet geven. Deze niet-verrichte zorg leidt tot negatieve gevolgen voor de patiënt zoals risico op infecties, ondervoeding, decubitus, functieverlies, conditieachteruitgang, heropnames en mortaliteit. Ook heeft niet-verrichte zorg invloed op het werkplezier van verpleegkundigen en het vroegtijdig verlaten van het verpleegkundig beroep (Recio-Saucedo et al., 2018). Oorzaken van niet-verrichte zorg zijn divers, zoals teamsamenstelling, samenwerkingscultuur, zorgprocessen en ruimte voor vakinhoudelijk leiderschap (Audet et al., 2018; Kalisch et al., 2011). Zo wordt bijvoorbeeld routinematig handelen niet altijd ter discussie gesteld en worden patiënten niet vanzelfsprekend betrokken in de keuzes welke zorg te verrichten.

1.2 Vakinhoudelijk en moreel-ethisch leiderschap

In ziekenhuizen waar hbo-verpleegkundigen klinisch-, oftewel vakinhoudelijk leiderschap tonen door middel van het samenwerken in een multidisciplinair team en hun invloed vanuit kennis inzetten, blijken patiënten uitkomsten en arbeidstevredenheid te verbeteren; ook het behoud van verpleegkundigen is hier beter (Rodríguez-García et al., 2020). Zulk vakinhoudelijk leiderschap, waarmee uitdrukkelijk geen managementvaardigheden worden bedoeld, gaat uit van autonomie op basis van deskundigheid binnen gelijkwaardige samenwerking (Rao et al., 2017). Om goed vakinhoudelijk leiderschap te kunnen toepassen is een mix van goede teamsamenwerking, het toepassen van expertise op basis van evidence, en persoonlijke kwaliteiten nodig (Aiken et al., 2017). Naast vakinhoudelijk leiderschap wordt moreel-ethisch leiderschap juist gekoppeld aan de alledaagse vragen waarin professionals een voorbeeldrol hebben in het maken, beargumenteren en uitleggen van keuzes om 'het goede' te doen voor de patiënt (van der Cingel et al., 2022).

Vakinhoudelijk leiderschap is vooral neergelegd bij verpleegkundigen die volgens het nieuwste hbo-beroepsprofiel zijn opgeleid of bijgeschoold. In ziekenhuispraktijken wordt de invulling van deze hbo-beroepsuitoefening momenteel vormgegeven. Echter maken verpleegkundigen nog te weinig gebruik van hun eigen ervaringsdeskundigheid (Gustafsson et al., 2020). Daarnaast herkennen zij

ook onvoldoende welke invloed zij hebben op patiëntuitkomsten (Kieft, 2019). Voorheen werd hier nauwelijks een beroep op gedaan. Verpleegkundigen die volgens dit profiel werken, geven aan dat zij zoekende zijn hoe het gevraagde leiderschapsgedrag in teamverband concreet te maken.

1.3 Kiezen voor Beter

Verpleegkundigen hebben behoefte aan ondersteuning bij het beter omgaan met keuzes omtrent niet-verrichte zorg, het samen met patiënten beslissen over hun zorg en het vinden van manieren om hun bekwaamheid bewust als vakinhoudelijk leiders in te zetten. Er bestaat echter nog onvoldoende kennis over succesfactoren voor het ontwikkelen en toepassen van vakinhoudelijk leiderschap in concrete zorgsituaties waar keuzes voor wel of niet verrichten van noodzakelijk zorg zich voordoen. Vanuit deze behoefte heeft het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg van NHL Stenden Hogeschool en Medisch Centrum Leeuwarden het onderzoeksproject “Kiezen voor Beter” ontwikkeld. Het project beoogt verpleegkundigen met een hbo-rol in verpleegkundige teams te ondersteunen in het ontwikkelen en toepassen van vakinhoudelijk en moreel-ethisch leiderschap en het vormgeven van gezamenlijke besluitvorming in het omgaan met niet-verrichte zorg, in samenspraak met de patiënt.

1.4 Actieonderzoek

In het Kiezen voor Beter onderzoeksprogramma worden de principes van ontwerpgericht- en participatief actieonderzoek toegepast waarbij de focus ligt op co-creatie met verpleegkundige teams, onderzoekers en andere belanghebbenden. Deze vorm van onderzoek kenmerkt zich door het cyclische proces gericht op empowerment van de betrokken doelgroepen. Om tot een duurzame praktijkverandering te komen is het essentieel samen nieuwe inzichten te ontdekken, kennis te genereren, ontwikkelen van passende hulpmiddelen en innovaties en onderzoek doen (McCormack et al., 2013). In Kiezen voor Beter wordt Practice Development (PD) toegepast als veranderfilosofie, omdat deze verweven is met persoonsgerichte zorg in de verpleegkundige praktijk. PD faciliteert het verbeterproces via inventariserende, analyserende en reflectieve leerwerkmethoden die tegelijkertijd data genereren. Het verbeterproces wordt vormgegeven via een methodische aanpak: PDDOEN. Dit behelst de volgende fasen: plaatsbepaling (P), doelbepaling (D), doen (D), open voor nieuwe inzichten (O), evalueren (E), nieuwe ronde (N). Samengevat betekent het dat na informatieverzameling en verkenning van de huidige situatie wordt vastgesteld wat men wil aanpakken en maakt men een plan. In de uitvoer van dit plan wordt informatie verzameld over hoe de acties uitpakken in de dagelijkse praktijk en worden tussentijdse voortschrijdende inzichten opgedaan. Vervolgens kan nieuw gedrag, een nieuwe werkwijze en/of een keuzehulp in een volgende ronde worden doorontwikkeld.

1.5 Consortium en pilot afdelingen

Het Kiezen voor Beter onderzoeksprogramma wordt uitgevoerd in opdracht van het consortium, bestaande uit de lectoraten Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg van NHL Stenden Hogeschool, Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool; de lector Waarde gedreven Zorg van het expertise centrum Healthy Ageing; vier ziekenhuizen in het Noorden: Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), Martini Ziekenhuis, Nij Smellinghe en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG); de belangengroep Denktank 60+ Noord en de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Daarnaast is de expertise van de bijzonder hoogleraar van de Walter Schroeder Chair for Nursing Research, Wisconsin en de lector Digitale Innovatie in Zorg en Welzijn van NHL Stenden beschikbaar.

In het najaar van 2020 is Kiezen voor Beter gestart op drie pilot afdelingen in het MCL, namelijk verpleegafdelingen T (combinatie specialismen hoofd- hals chirurgie, urologie, orthopedie), B (combinatiespecialisme interne; maag-, darm-, leverziekten), en U (chirurgische oncologie; maag-darm chirurgie). Deze afdelingen zijn geselecteerd vanwege hun belangstelling voor het project en deelname aan de zogenoemde proeftuinen van FLOOR 2020 die als doel hebben het bevorderen van verpleegkundige professionalisering en ondersteunen van teams bij het komen tot een goede functiemix van verpleegkundigen. FLOOR 2020 is inhoudelijk gekoppeld aan de Canadian Medical Competency Framework (Canmeds)-rollen zoals beschreven in het landelijk Bachelor of Nursing 2020 opleidingsprofiel (BN2020) en de kernbegrippen van beroeps- en opleidingsprofielen (Lambregts et al., 2015). De proeftuinen bestaan uit verbeterteams, de zogenaamde kernteams van verpleegkundigen met verschillende opleidingsniveaus die als eerste aanspreekpunt voor Kiezen voor Beter fungeren. Het is belangrijk te vermelden dat bij de start van de eerste deelstudie van Kiezen voor Beter, afdeling T en B zich in de opstartfase van FLOOR 2020 bevonden en volop bezig waren de kernteams vorm te geven. Afdeling U was daarentegen in een afrondende fase van de proeftuin. In de eerste kennismakingsgesprekken met de teamleiders van alle drie afdelingen werd een korte inventarisatie gedaan naar opvallende niet-verrichte zorg activiteiten óf afwijkende patiënt reported outcome measures (PROMS). De PROMS waren goed en gaven geen aanknopingspunten tot verbetering. Afdeling U heeft te kennen gegeven te willen richten op het stimuleren van zelfmanagement, als specifieke niet-verrichte zorg activiteit.

2. Onderzoeksvraag

2.1 Hoofdvraag onderzoeksprogramma Kiezen voor Beter

Hoe kunnen verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen, vakinhoudelijk leiderschapsgedrag tonen bij het maken van keuzes in samenspraak met de patiënt, in het wel of niet verrichten van verpleegkundige zorg, die bepalend is voor het optreden van (ziekenhuis)complicaties?

2.2 Deelvragen fase 'Plaatsbepaling' afdelingen T & B

- Wat is de mate, aard en oorzaak van niet-verrichte zorg op de pilotafdeling?
- Welke niet-verrichte zorg heeft volgens het verpleegkundig team de prioriteit om te verbeteren?
- Wat is de perceptie van de pilotafdeling van de eigen leiderschapsvaardigheden?
- Wat zijn succesverhalen en ontwikkelkansen in het omgaan met niet-verrichte zorg en gezamenlijke besluitvorming op de pilotafdelingen?

2.3 Deelvragen fase 'Plaatsbepaling' afdeling U

- Wat is de mate, aard en oorzaak van niet-verrichte zorg op de pilotafdeling?
 - Wat is de perceptie van de pilotafdeling van de eigen leiderschapsvaardigheden?
 - Waar liggen ontwikkelkansen met betrekking tot het stimuleren van zelfmanagement?
 - Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij evidence based werken?
-

3. Methode

3.1 Studie design

Mixed-methods deelstudies middels vragenlijsten, focusgroep gesprekken en individuele interviews vonden plaats om samen met de teams te oriënteren op de aard en oorzaak van niet verrichte zorg en de eigen perceptie van verpleegkundigen over vakinhoudelijk leiderschapsgedrag. Specifiek voor afdeling U werd daarnaast georiënteerd op mogelijkheden om zelfmanagement te verbeteren, met name voor patiënten met een high-output stoma, en wat daarbij als belemmering werd gezien voor evidence based werken. Op deze manier werd 'Plaatsbepaling' van PDDOEN uitgevoerd.

Met betrekking tot de vragenlijsten werden de MISSCARE, Leadership Practice Inventory (LPI), en FUNK barrière schaal afgenomen (Bijlage A-C). De eerste deelstudies werden uitgevoerd tussen september 2020 en juni 2021. De RTPO van Medisch Centrum Leeuwarden heeft een niet-WMO verklaring voor de studie afgegeven (RTPO 1091).

3.2 Studiepopulatie

Het onderzoek richt zich op verpleegkundigen van de deelnemende pilotafdelingen die een hbo, mbo, of in-service opleiding als vooropleiding hebben en uitvoerend verpleegkundig handelen verrichten.

Voor de focusgroep gesprekken werd gestreefd naar 4-6 verpleegkundigen per focusgroep op basis van maximale variatie in leeftijd, gewerkte uren, werkervaring, dienstverband met de afdeling, functie, rol en deelname aan het FLOOR kernteam. Deze samenstelling geeft een representatief beeld van het team en kan de discussie vanuit de verschillende perspectieven stimuleren. Voor de individuele interviews werd gestreefd naar maximale variatie in vakinhoudelijke expertise.

3.3 Werving en toestemming

Verpleegkundige teams werden geïnformeerd over het algehele doel van Kiezen voor Beter en daarnaast over de individuele deelstudies middels afdelingsnieuwsbrieven via de onderzoeker en studentonderzoekers. Alle verpleegkundigen die aan de inclusiecriteria voldeden kregen een informatiebrief en digitale link voor het invullen van de vragenlijsten. Twee weken na de eerste mail werd een herinnerring gestuurd met het verzoek de vragenlijsten in te vullen. Werving voor de focusgroepen en individuele interviews vond plaats door de studentonderzoekers, en de onderzoeker via het kernteam en/of de teamleider via mail, nieuwbrieven of Whatsapp.

Alle geïnteresseerden in het deelnemen van een interview of focusgroep kregen vooraf een informatiebrief en toestemmingsformulier dat werd ondertekend vóórafgaand aan het interview.

3.4 Kwantitatieve Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats in een aantal stappen zoals beschreven in onderstaande paragrafen en geïllustreerd in Tabel 1 en Figuur 1. Dataverzameling werd gedaan door vierdejaars bachelor verpleegkunde onderzoekstudenten onder supervisie van de onderzoeker.

Om de gebruikersvriendelijkheid te vergroten zijn de papieren vragenlijsten gedigitaliseerd in Qualtrics software, versie XM. Copyright©2020. Voor afdeling T en B zijn de MISSCARE en LPI via één geanonimiseerde link via de teamleider naar alle verpleegkundigen gestuurd. De invultijd bedroeg gemiddeld 15-20 minuten. Voor afdeling U is naast de MISSCARE en LPI ook de FUNK toegevoegd. De invultijd voor afdeling U bedroeg 25-30 minuten.

3.4.1 MISSCARE

De gevalideerde vragenlijst MISSCARE van Kalisch wordt in de literatuur veel gebruikt om niet-verrichte zorg in kaart te brengen (Bijlage A). De MISSCARE is cultuur-sensitief gemaakt voor de Nederlandse ziekenhuispraktijk en bestaat uit vragen over aard en oorzaak van niet-verrichte zorg (B. J. Kalisch & Williams, 2009). Op onderdelen van zorg waar de verpleegkundige niet aan toekomt kan beantwoord worden: *‘altijd gemist’, ‘vaak gemist’, ‘soms gemist’, ‘zelden gemist’, ‘nooit gemist’*. Als reden voor niet-verrichte zorg kan gekozen worden uit de antwoorden: *‘veel voorkomende oorzaak’, ‘minder vaak voorkomende oorzaak’, ‘weinig voorkomende oorzaak’* of *‘geen oorzaak’*.

3.4.2 Leadership Practice Inventory (LPI)

De LPI-vragenlijst van Kouzes en Posner is een internationaal gebruikt instrument en is gevalideerd voor de Nederlandse setting (Kouzes, 2010). Deze vragenlijst met 30 vragen meet de vijf domeinen van transformationeel leiderschap, namelijk hoe vindt de verpleegkundige dat zij 1) anderen een hart onder de riem steekt, 2) het goede voorbeeld geeft, 3) anderen in staat stelt tot handelen, 4) inspireert tot een gezamenlijke visie, 5) de status-quo durft aan te spreken (Bijlage B).

De vragen kunnen beantwoord worden met een score van 1 (*bijna nooit*), 2 (*uiterst zelden*), 3 (*zelden*), 4 (*een enkele keer*), 5 (*nu en dan*), 6 (*soms*), 7 (*tamelijk dikwijls*), 8 (*gewoonlijk*), 9 (*zeer vaak*) en 10 (*bijna altijd*).

3.4.3 FUNK barrière schaal

De Nederlandstalige FUNK barrière schaal is een gevalideerd meetinstrument en ontwikkeld op basis van de innovatie-en diffusietheorie van Rogers (Cox, 2007). Er wordt gemeten wat belemmeringen zijn om evidence based te werken in de verpleegkundige praktijk. Het meetinstrument bestaat uit 30 gesloten en 5 open vragen (Bijlage C). De gesloten vragen meten de kenmerken die mogelijk van invloed zijn op het implementeren van onderzoeksresultaten in de praktijk, namelijk 1) de verpleegkundige, 2) de organisatie, 3) de innovatie, 4) de communicatie. De gesloten vragen kunnen beantwoord worden met *‘geen belemmering’, ‘kleine belemmering’, ‘redelijke*

belemmering, *'grote belemmering'*, en *'geen mening'*. Bij de vijf open vragen wordt gevraagd de beïnvloedende factoren te beschrijven, een rangschikking van de top 3 meest belangrijke barrières en bevorderende factoren te geven.

3.5 Kwalitatieve dataverzameling

Naar aanleiding van de kwantitatieve dataverzameling over niet-verrichte zorg, leiderschap en belemmeringen voor evidence based werken werd aanvullend kwalitatieve data verzameld middels diepte-interviews en focusgroepen (Tabel 1, Figuur 1).

Interviews en focusgroepen vonden online plaats via Zoom en op locatie in MCL. Interviews en focusgroepen werden afgenomen door de studentonderzoekers. De focusgroepen werden gemodereerd door de onderzoeker van het lectoraat. De gemiddelde duur per interview of focusgroep bedroeg 60 minuten.

3.5.1 Focusgroepen niet-verrichte zorg

Op basis van de uitkomsten van de kwantitatieve analyse van niet-verrichte zorg vond een focusgroep gesprek plaats met afdeling T en B. Hierin werden eerst de meest voorkomende niet-verrichte zorg activiteiten en oorzaken gepresenteerd middels een PowerPointpresentatie. Vervolgens vond een discussie plaats aan de hand van een topicslijst gebaseerd op de uitkomsten van de MISSCARE en het STARR reflectie model (Bijlage D). Deelnemers werden gevraagd naar praktijkvoorbeelden (Situatie); de taak die de verpleegkundige in de voorbeeld situatie had (Taak); de genomen acties (Actie); en de behaalde resultaten (Resultaat) en Reflectie (R). Er werd kort georiënteerd op mogelijke oplossingen voor de meest voorkomende onderdelen van niet-verrichte zorg. Vervolgens werden deelnemers gevraagd de niet-verrichte zorg activiteiten te rangschikken op prioriteit. Overeenkomsten en verschillen tussen de individuele prioritering werden in de groep besproken. Uiteindelijk werd consensus bereikt in het kiezen van één niet-verrichte zorg activiteit waar prioriteit aan gegeven werd.

3.5.2 Focusgroep verpleegkundig leiderschap

De resultaten van de LPI werden middels een PowerPointpresentatie teruggekoppeld aan de deelnemers op afdeling T. Er werd een korte toelichting op de betekenis van de vijf domeinen van transformationeel leiderschap gegeven. Vervolgens werd middels een topicslijst op basis van de hoogst scorende en meest laag scorende items discussie gevoerd (Bijlage E). Via de Appreciative Inquiry methode werd gevraagd naar succesverhalen en ontwikkelkansen in de dagelijkse praktijk met betrekking tot vakinhoudelijk leiderschap in relatie tot niet-verrichte zorg (Judy & Hammond, 2006). Appreciative Inquiry, ook wel waarderend onderzoeken genoemd, is een manier van vragenstellen waarbij de focus ligt op wat goed gaat en wat energie geeft en niet op wat fout gaat.

3.5.3 Semigestructureerde diepte-interviews zelfmanagement

Face-to-face, semigestructureerde interviews werden afgenomen met zorgprofessionals van verschillende disciplines die zorg leveren aan patiënten met een high-output stoma op afdeling U. Een topicslijst, ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek, werd gebruikt om zicht te krijgen op de gebruikelijke zorg rondom de patiënt met een high-output stoma en welke mogelijkheden werden gezien voor het stimuleren van zelfmanagement (Bijlage F).

3.5.4 Focusgroep 1 oriëntatie zelfmanagement

In het eerste focusgroep gesprek op afdeling U werd middels een brainstormsessie georiënteerd naar manieren om zelfmanagent bij een high-output stoma meer vorm te geven in de praktijk. De resultaten van de diepte-interviews en het 5A zelfmanagement model diende als kader voor de brainstormsessie, aan de hand van drie stellingen. Het 5A zelfmanagement model beschrijft het proces van zelfmanagement ondersteuning in opeenvolgende stappen: Achterhalen, Adviseren, Afspreken, Assisteren en Arrangeren (S. van Hooft et al., 2015)(Bijlage G). Iedere deelnemer kreeg 5 minuten per stelling de tijd voor zich zo veel mogelijke ideeën op te schrijven per stelling op een memo. Na afloop werden de memo's verzameld en kort bediscussieerd.

3.5.5 Focusgroep 2 oriëntatie zelfmanagement

Een tweede focusgroep gesprek werd georganiseerd met als doel kennisuitwisseling over zelfmanagement en brainstormen over de praktische invulling van zelfmanagement verder invulling te geven in de praktijk. De focusgroep vond digitaal plaats, werd geleid door twee verpleegkundigen van het kernteam en gemodereerd door de onderzoeker van het lectoraat (Bijlage H).

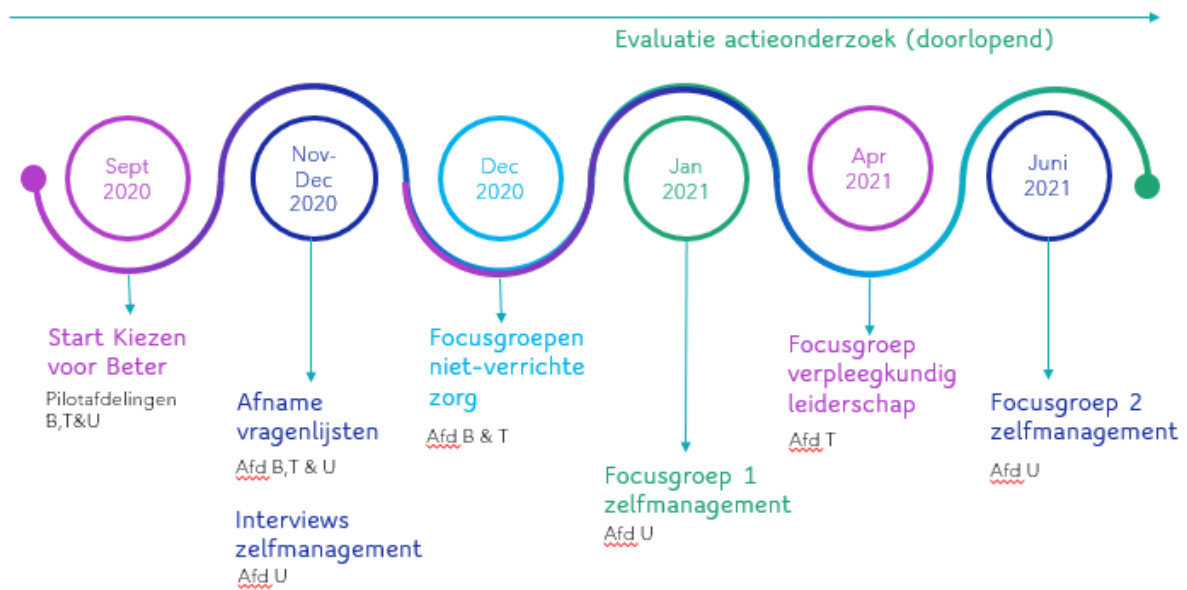
3.6 Cyclisch evaluatie actieonderzoek en rol onderzoeker

Alle formele en informele contacten met de pilotafdelingen zijn vastgelegd in notities of reflectie-verslagen door de onderzoeker. Onder contacten wordt verstaan: eerste kennismakingsgesprekken met de teamleiders en kernteam verpleegkundigen, kernteamoverleg, teamoverleg, moderator van focusgroep interviews of interactieve digitale sessies, mailverkeer met alle betrokkenen van de pilot afdelingen, inclusief coaches van de Floor proeftuinen. In de verslaglegging was er aandacht voor: het proces; de inhoud; de sfeer, stemming, houding; de ingezette methode, vragen of zorgen die er leven; en reflectie van de onderzoeker als facilitator op het eigen handelen. Ook vroeg de onderzoeker de studentonderzoeker sensitief te zijn naar wat er zich in het team speelde. De onderzoeker had tweewekelijks ruggenspraak met de lector en maandelijks met het onderzoeksteam.

Tabel 1. Dataverzameling procedure gerelateerd aan de deelvragen en uitkomst parameters

Deelvraag	Afdeling	Fase PDDOEN-cyclus	Methode	Datum dataverzameling	Uitkomst parameter
Wat is de aard & oorzaak van niet-verrichte zorg?	T, B, U	Plaatsbepaling	MISSCARE	November 2020	Aard MNC Oorzaak MNC Demografische gegevens*
	T, B	Plaatsbepaling	Focusgroep gesprek	December 2020	Praktijkvoorbeelden top 3 voorkomende onderdelen MNC Praktijkvoorbeelden top 3 meest voorkomende oorzaken MNC
Welke MNC heeft in team prioriteit voor verbeteren?	T, B	Plaatsbepaling	Rangschikking	December 2020	Prioritering onderdeel MNC voor verbetering Oriënterende oplossingen
Wat is de verpleegkundige zelfperceptie van leiderschap?	T, B, U	Plaatsbepaling	LPI	November 2020	Zelfperceptie over eigen leiderschapsgedrag op 5 domeinen: 1) hart onder de riem steken, 2) het goede voorbeeld geven, 3) anderen in staat stellen tot handelen, 4) inspireren tot een gezamenlijke visie, 5) de status quo aanspreken
Wat zijn succesverhalen en ontwikkelmogelijkheden in het tonen van vakinhoudelijk leiderschap	T	Plaatsbepaling	Focusgroep gesprek	April 2020	Succesverhalen van getoonde leiderschap in relatie tot MNC Ontwikkelkansen voor het tonen leiderschap in relatie tot MNC
Waar ligt de behoefte in het verpleegkundig team in het verbeteren van zelfmanagement?	U	Plaatsbepaling	Individuele interview + Focusgroep gesprek	November, December 2020	Ontwikkelkansen in het stimuleren van zelfmanagement bij high-output stoma
			Focusgroep gesprek	Juni 2021	Ontwikkelkansen in het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten van afdeling U
Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij evidence based werken?	U	Plaatsbepaling	FUNK	November 2020	Bevorderende factoren bij implementatie innovaties Belemmerende factoren bij implementatie innovaties

ROADMAP DATAVERZAMELING FASE PLAATSBEPALING (PDDOEN-CYCLUS)



Figuur 1. Roadmap dataverzameling procedure fase Plaatsbepaling van PDDOEN-cyclus

3.7 Data-analyse

Data van de MISSCARE, LPI en FUNK werden geanalyseerd aan de hand van beschrijvende statistiek in Microsoft Excel. De gemiddelde, standaarddeviatie, absolute aantallen in nummers en relatieve aantallen in percentages werden berekend.

Kwalitatieve data werd geanalyseerd middels thematische analyse volgens Boeije et al en ondersteund door ATLAS.ti 9 Windows software om de gegenereerde data te bewaren en te bewerken (Boeije, 2010). Als eerste werden geluidsopnames verbatim getranscribeerd door studentonderzoekers. Vervolgens werden transcripten doorgelezen om gevoel te krijgen met de data. Codes werden inductief en deductief toegekend aan betekenisvolle fragmenten. Dit heeft geresulteerd in het ontwikkelen van thema's. Om de kwaliteit van het analyse proces te bewaken is gebruik gemaakt van data triangulatie. Zo werden de uitkomsten van de MISSCARE en LPI van afdeling T en B geverifieerd in de focusgroep gesprekken. De uitkomsten van de individuele interviews van afdeling U werden bevestigd door de brainstormsessies. Onderzoekerstriangulatie vond tweewekelijks plaats met een senior gepromoveerd onderzoeker met expertise over de interpretatie van de data en maandelijks in de kenniskring van het lectoraat. Peerdebriefing vond twee wekelijks plaats tussen de studentonderzoekers en onderzoeker waarin bevindingen werden bediscussieerd en consensus werd bereikt.

4. Resultaten niet-verrichte zorg

In onderstaande paragrafen worden de uitkomsten van de MISSCARE-vragenlijst zowel MCL breed en op het niveau van de drie pilotafdelingen beschreven. Daarna volgen de resultaten van de focusgroep gesprekken, waaronder de gekozen niet-verrichte zorg activiteit en de oriëntatie op mogelijke oplossingen.

4.1 MISSCARE

4.1.1 Demografische gegevens

In totaal hebben 61 van 130 verpleegkundigen de MISSCARE ingevuld (Bijlage I). De demografische gegevens worden geïllustreerd in Tabel 2. Nagenoeg zijn alle participanten vrouw waarin de meerderheid verdeeld is in de leeftijdsgroepen 25-34 en 45-54. Een ruime meerderheid is hbo opgeleid en een derde van alle ondervraagden werkt als bachelor verpleegkundige¹. Ruim de helft werkt minder dan 30 uur per week, meestal in afwisselende diensten van acht uur. Met betrekking tot ervaring in de huidige functie werken veruit de meeste verpleegkundigen vijf jaar of langer en de helft van alle ondervraagden werkte meer dan 10 jaar in de huidige functie.

Slechts 10 verpleegkundigen werkte twee jaar of minder in de huidige functie. Op het moment van afname, heeft 80% van de ondervraagden 1 of meer uren overgewerkt in de afgelopen drie maanden. In diezelfde periode heeft ruim een derde van de ondervraagden een dienst niet kunnen werken ten gevolge van ziekte. Bijna alle verpleegkundigen vinden dat er in 75% van de diensten voldoende verpleegkundigen aanwezig zijn. Het aantal patiënten die verpleegkundigen tijdens hun dienst verplegen varieert tussen 3-16 patiënten. Ook het aantal ontslagen en/of overplaatsingen van patiënten tijdens de laatste dienst varieert tussen 0 en 6 patiënten. Tenslotte overwegen de meeste verpleegkundigen niet om van functie te veranderen. Daarbij zijn veruit de meesten tevreden met hun huidige functie, hun werk als verpleegkundige en de samenwerking binnen de eigen afdeling.

Overeenkomsten en verschillen demografische gegevens tussen de pilotafdelingen

Wanneer de demografische gegevens uitgesplitst worden naar afdelingsniveau zijn er een aantal overeenkomsten en verschillen te benoemen. Met betrekking tot de vertegenwoordiging in

¹ De term bachelor-verpleegkundige wordt in het Medisch Centrum Leeuwarden gehanteerd voor een functie waar van verpleegkundigen verwacht wordt in het kader van functiedifferentiatie op het niveau van de bachelor-opgeleide verpleegkundige (BN2020) te functioneren. In andere zorgorganisaties in Nederland wordt deze functie ook wel regieverpleegkundige genoemd.

leeftijdscategorieën heeft afdeling B de grootste variatie in leeftijden ten opzichte van T waar relatief meer oudere verpleegkundigen werken en op U waar meer jongere verpleegkundigen werken. De verdeling van de verschillende opleidingsniveaus komt grotendeels met elkaar overeen. Daarentegen is de meerderheid van de respondenten van U werkzaam in de bachelor rol, dit was beduidend hoger dan afdeling B en T. Ook werkt bijna de helft van de ondervraagden van U fulltime, wat ook hoger ligt dan op B en T. Op alle afdelingen werkt nagenoeg iedereen 8 uren per dienst. Op B en U wordt dit grotendeels in afwisselende diensten gedaan. Op afdeling T werkt een groot deel van ondervraagden alleen dagdiensten. Daarnaast is meer dan de helft tot driekwart van de ondervraagden van T en B vijf jaar of langer werkzaam in de huidige functie, terwijl er op U meer spreiding in functiejaren is. Op alle afdelingen worden overuren gewerkt. Op afdeling T is het ziekteverzuim het laagst, drie kwart geeft aan geen diensten te hebben gemist wegens ziekte het afgelopen kwartaal. Wat betreft de ambitie om van functie te veranderen geeft bijna iedereen van T aan dit niet te overwegen, ten opzichte van rond een kwart op B en U die dit wel overwegen. Op afdeling B ervaren meer ondervraagden onvoldoende verplegend personeel tijdens een dienst. Ook het aantal patiënten die de ondervraagde tijdens de laatste dienst heeft verpleegd ligt hoger op afdeling B en T. Daarnaast heeft afdeling T ook met een fors hoger aantal ontslagen en overplaatsingen te maken dan de andere afdelingen. Tenslotte, op de vraag naar tevredenheid zijn de uitkomsten tussen de afdelingen vergelijkbaar. Men is zowel in de huidige functie, in het werk als verpleegkundige en de samenwerking op de afdeling tevreden.

Tabel 2. Demografische gegevens MISSCARE n=61

	Totaal	B	T	U		Totaal	B	T	U
Geslacht					Gewerkte uren				
Vrouw	59	25	19	15	>30 uur per week	25	10	8	7
Man	2	0	2	0	< 30 uur per week	36	15	13	8
Leeftijd					Meest gewerkte dienst				
>25	9	4	1	4	Afwisselend	43	20	10	13
25-34	22	10	6	6	Dag	12	1	9	2
35-44	7	3	2	2	Avond	5	3	2	0
45-54	14	6	6	2	Nacht	1	1	0	0
55-64	8	2	5	1	Lengte van gewerkte dienst				
65<	1	4	1	0	> 8 uur	8	5	2	1
Hoogst genoten opleiding					8 uur	52	20	18	14
Inservice A-verpleegkundige	13	6	5	2	< 8 uur	0	0	0	0
MBO-V	9	2	4	3	Gewerkte overuren afgelopen 3 maand				
HBO-V	38	17	11	10	0 uren	11	4	6	1
Huidige functie					1-12 uren	41	16	12	13
Verpleegkundige	23	12	8	3	>12 uren	9	5	3	1
Verpleegkundige met specialisatie	15	4	7	4	Diensten gemist wegens ziekte afgelopen 3 maand				
Bachelor rol	23	9	6	8	Geen	39	16	14	9
Jaren werkzaam in huidige functie					1 dienst	8	4	2	2
Tot 6 maand	3	2	0	1	2-3 diensten	6	3	1	2
6 maand tot 2 jaar	7	3	2	2	4-6 diensten	4	1	2	1
2 jaar tot 5 jaar	12	6	3	3	>6 diensten	4	1	2	1
5 jaar tot 10 jaar	10	5	3	2	Voldoende verpleegkundigen tijdens dienst				
Langer dan 10 jaar	29	9	13	7	100% van de tijd	4	2	0	2
Overwegen van functie te veranderen					75% van de tijd	52	19	20	13
Nee	50	18	20	12	50% van de tijd	3	2	1	0
Ja, binnen 6 maand	1	0	0	1	25% van de tijd	2	2	0	0
Ja, binnen 1 jaar	10	7	1	2	Aantal patiënten ontslagen of overgeplaatst tijdens laatste gewerkte dienst				
Aantal patiënten verpleegd tijdens laatste gewerkte dienst					Min-Max	0-6	0-3	0-6	0-2
Min-Max	3-16	4-16	4-12	3-10	Gemiddeld	1 (1,4)	1 (1,5)	2 (1,7)	1 (0,7)
Gemiddeld (standaarddeviatie)	7 (2,7)	8 (2,9)	8 (2,7)	6 (1,9)	Tevredenheid over werk als verpleegkundige				
Tevredenheid over huidige functie					Zeervredenen	9	2	4	3
Zeervredenen	9	1	5	3	Tevreden	47	18	17	12
Tevreden	44	17	16	11	Neutraal	5	0	0	0
Neutraal	8	7	0	1	Ontevreden	0	0	0	0
Ontevreden	0	0	0	0	Zeervredenen	0	0	0	0
Zeervredenen	0	0	0	0	Tevredenheid over samenwerking in team				
Tevredenheid over samenwerking in team					Zeervredenen	18	1	8	9
Zeervredenen	18	1	8	9	Tevreden	37	19	12	6
Tevreden	37	19	12	6	Neutraal	5	4	1	0
Neutraal	5	4	1	0	Ontevreden	1	1	0	0
Ontevreden	1	1	0	0	Zeervredenen	0	0	0	0
Zeervredenen	0	0	0	0					

4.1.2 MISSCARE: mate en aard niet-verrichte zorg

Verpleegkundigen zijn gevraagd de 27 zorgactiviteiten van de MISSCARE te scoren met *'nooit gemist'*, *'soms gemist'*, *'vaak gemist'*, of *'altijd gemist'*, zoals geïllustreerd in Figuur 2 en 3 en Bijlage 9. De meerderheid van de ondervraagden geeft aan diverse activiteiten nooit te missen zoals wassen en huidzorg. Ook activiteiten zoals het bijwonen van multidisciplinaire overlegmomenten, het toedienen van ad hoc medicatie, of het meten van vitale functies en glucoses werden door een groot deel van de ondervraagden nooit gemist.

Allen gaven aan dat de meeste activiteiten soms niet verricht worden, zoals toedienen van medicatie binnen 30 minuten en de effectiviteit beoordelen, het bijhouden van vochtbalansen, of de patiënt binnen 5 minuten helpen bij de toiletgang. Daarentegen waren er verschillende activiteiten die relatief vaak gemist werden, met mobiliseren als koploper, gevolgd door o.a. wisselligging, ondersteuning bij zelfmanagement, complete documentatie van gegevens en mondzorg. Er waren nagenoeg geen activiteiten die altijd gemist werden.

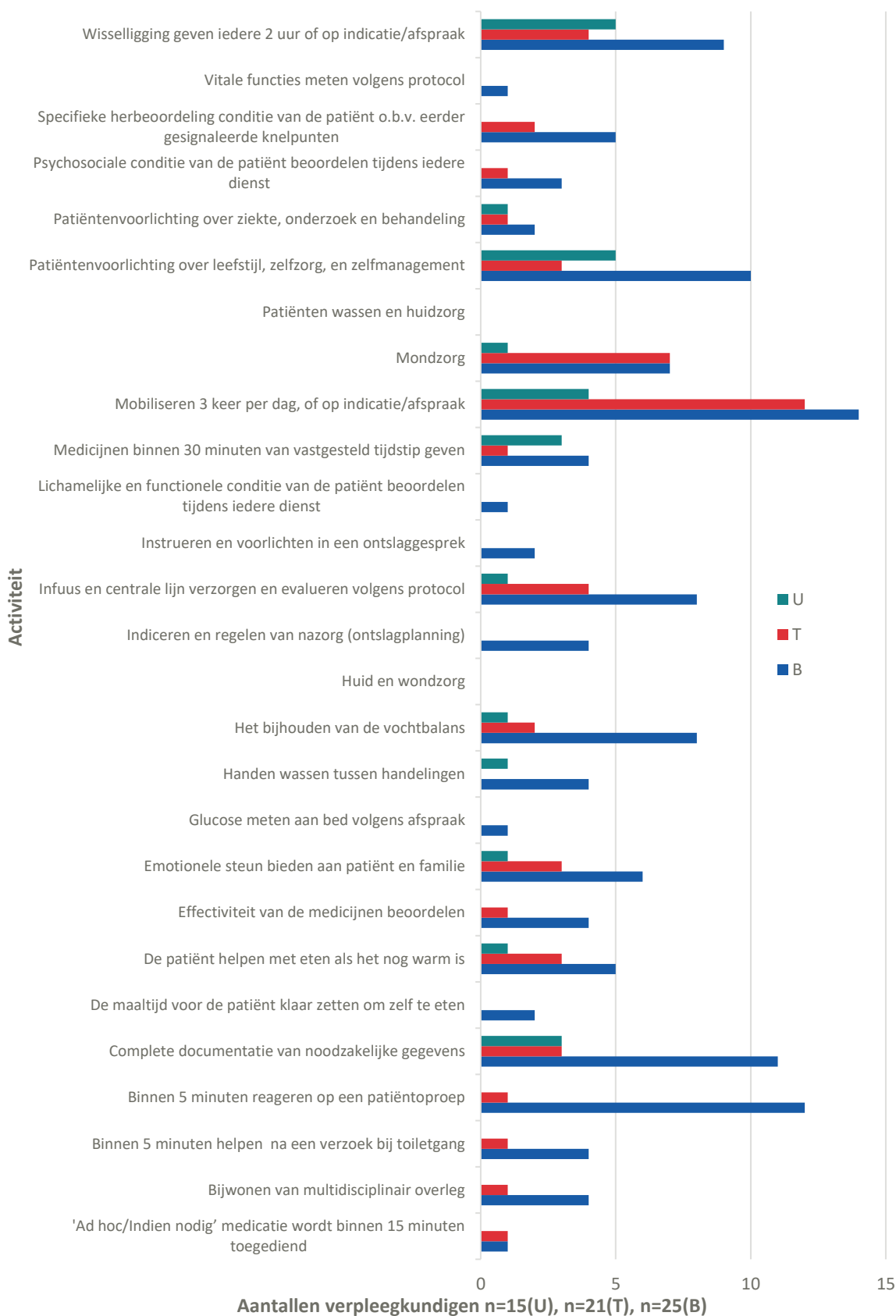
Overeenkomsten en verschillen tussen de pilotafdelingen

Over het algemeen zijn er meer overeenkomsten dan verschillen tussen de afdelingen met betrekking tot de activiteiten die relatief vaak gemist worden, namelijk mobiliseren, wisselligging, mondzorg en ondersteuning bij zelfmanagement (Figuur 3). Alle afdelingen geven aan activiteiten in meer of mindere mate wel eens te missen (Bijlage 9) en zijn eensgezind wat betreft de activiteiten die nagenoeg nooit gemist worden zoals patiënten wassen en huidzorg. Daarentegen heeft afdeling B vaker en met meer niet-verrichte zorg activiteiten te maken hebben dan afdeling T en U. Bijvoorbeeld, het bijhouden van de vochtbalans, het volledig documenteren van gegevens, binnen 5 minuten reageren op de patiënten oproep, maaltijden klaarzetten voor patiënten, patiënten helpen als het eten nog warm is, het indiceren van nazorg, handen wassen tussen handelingen en het bijwonen van multidisciplinaire overlegmomenten worden op afdeling B vaker uitgesteld of blijven onverricht.



Figuur 2. Aard niet-verrichte zorg MISSCARE totaal in aantallen

Activiteiten 'vaak gemist' MISSCARE per afdeling in aantallen



Figuur 3. Activiteiten 'vaak gemist' MISSCARE per afdeling in aantallen

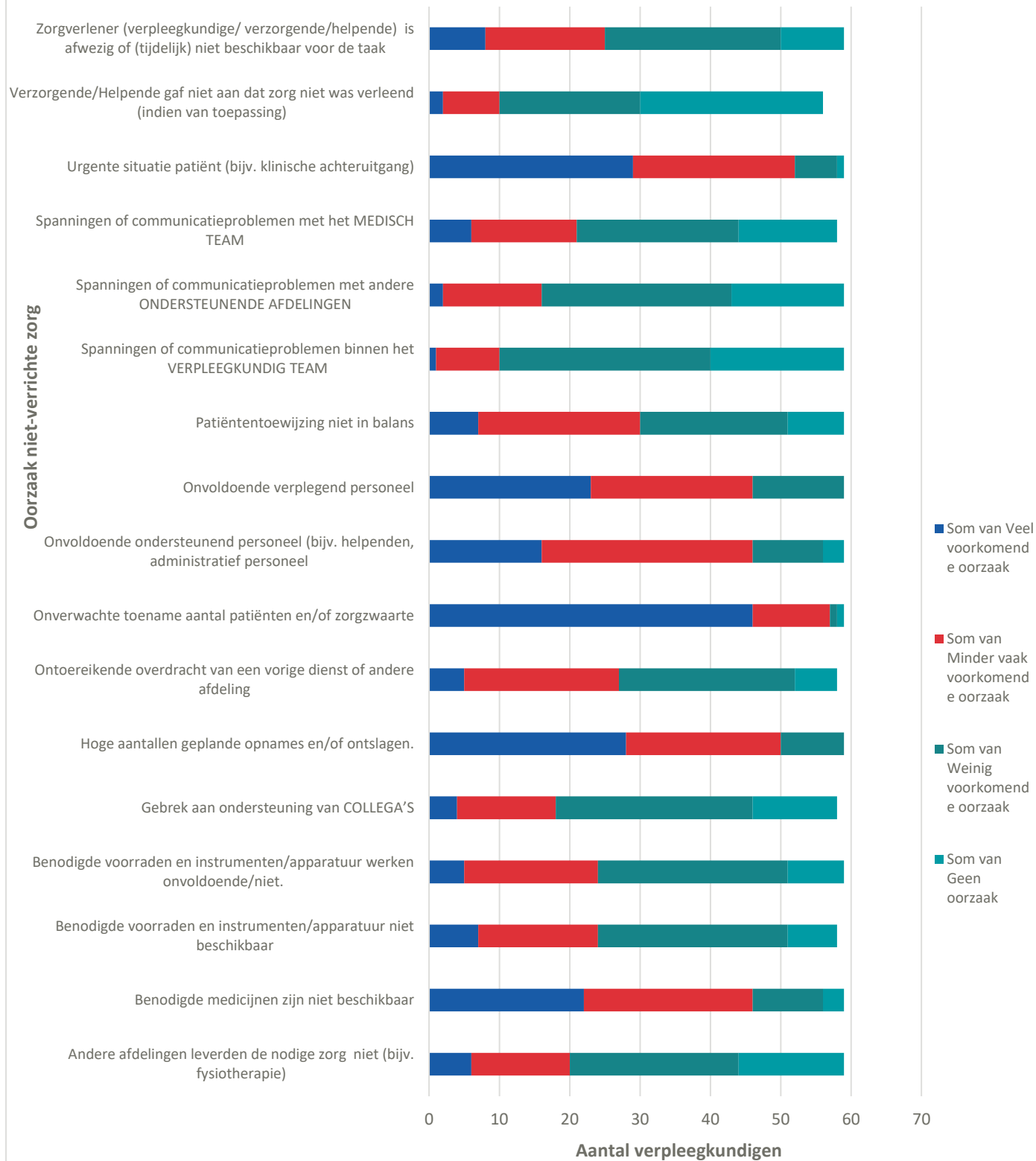
4.1.3 MISSCARE: oorzaak niet-verrichte zorg

Verpleegkundigen zijn vervolgens gevraagd 17 stellingen aan te duiden als *‘veel voorkomende oorzaak’*, *‘minder vaak voorkomende oorzaak’*, *‘weinig voorkomende oorzaak’* of *‘geen oorzaak’* (Figuur 4 en 5, Bijlage I). Hierbij ervaart driekwart van de ondervraagden de onverwachte toename van patiënten en/of zorgzwaarte als veel voorkomende oorzaak van niet-verrichte zorg. Ook het voordoen van urgentie situaties, hoge geplande opnames en/of ontslagen of gebrek aan benodigde medicatie behoren tot veel voorkomende oorzaken. Volgens de meerderheid van verpleegkundigen is communicatie, samenwerking en benodigde voorraden en instrumenten weinig tot nooit een oorzaak van niet-verrichte zorg.

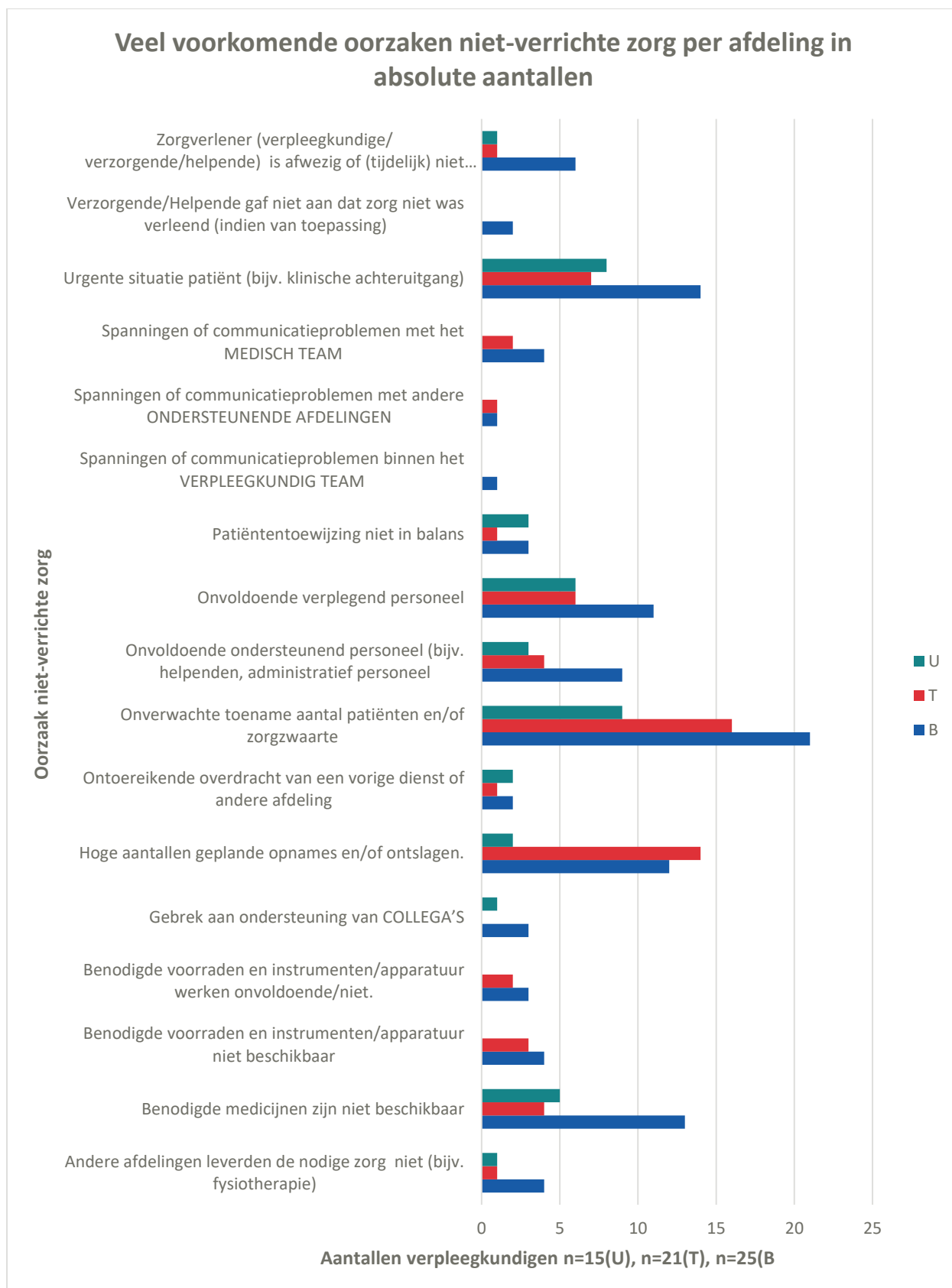
Overeenkomsten en verschillen tussen de pilotafdelingen

Er zijn met name overeenkomsten tussen de afdelingen met betrekking tot de mate en oorzaken van niet-verrichte zorg (Figuur 4 en 5, Bijlage I). De meest opvallende verschillen zitten in de relatieve hoge aantallen geplande opnames en ontslagen op afdeling T in vergelijking met B en U. Voor afdeling B was het niet beschikbaar hebben van de nodige medicatie in verhouding tot de andere afdelingen een veel voorkomende oorzaak.

Veel voorkomende oorzaken niet-verrichte zorg volgens de MISSCARE



Figuur 4. Mate van oorzaken MISSCARE in aantallen



Figuur 5. Veel voorkomende oorzaken MISSCARE per pilot afdeling in aantallen

4.2 Focusgroep niet-verrichte zorg

Er zijn focusgroep gesprekken afgenomen op afdeling T en B met respectievelijk 4 en 6 verpleegkundigen. Vervolgens is er per focusgroep één veel voorkomende niet-verrichte activiteit gekozen die in aanmerking kwam voor de vervolg stappen in het PDDOEN-cyclus.

De belangrijkste thema's worden toegelicht in de volgende paragrafen met illustrerende quotes van de verpleegkundigen. De thema's zijn onderstreept in de tekst en gecategoriseerd aan de hand van de meest voorkomende niet-verrichte zorg activiteiten en meest voorkomende oorzaken volgens de MISSCARE, zoals weergegeven in Tabel 3 en 4.

4.2.1 Meest voorkomende niet-verrichte zorg activiteiten

Mobiliseren

Respondenten van beide afdelingen geven aan vaak niet toe te komen aan het drie keer per dag mobiliseren van hun patiënten. Het **inpassen in de huidige werkstructuur en routines** van verpleegkundige zorg wordt zowel als een bevorderende en een belemmerende factor gezien. Zo vertellen respondenten dat 's ochtends patiënten uit bed halen na de ADL vanzelfsprekend is en in de werkroutine past. Zij vinden dat er in de middag of avond minder gelegenheid is voor mobiliseren wegens andere zorgactiviteiten die op dat moment de prioriteit krijgen.

Enkele respondenten geven aan dat de **individuele prioriteit van de verpleegkundige** tot mobiliseren van invloed is in de mate waarop een patiënt daadwerkelijk gemobiliseerd wordt.

“Vaak in de drukte inderdaad, dat je, nou dat is denk ik ook een kwestie van prioriteiten stellen, waar stel je het mobiliseren. Op welk punt staat dat voor je, ik denk dat, hoe hoger (je dat prioriteert) dat je daar ook eerder toe zet om het wel te doen.”

Andere respondenten geven aan het **gebruik maken van beschikbaar personeel en middelen** ook van invloed is. Zo wordt op de ene afdeling de fysiotherapeut ingezet om patiënten te mobiliseren terwijl respondenten van de andere afdeling niet altijd gebruik maken van andere disciplines of bijvoorbeeld helpenden, stagiaires en fysiotherapeuten.

Beide focusgroepen vinden dat zij **kennis over het belang van mobiliseren** hebben. Ze benoemen vooral het positief effect op het lichamelijk functioneren en het mentaal welbevinden op de patiënt. Als laatst benoemen de respondenten de **motivatie van de patiënt** als beïnvloedende factor. Wanneer patiënten niet gemotiveerd zijn of aangeven te vermoeid zijn uit bed te komen, is de verpleegkundige eerder geneigd mobiliseren uit te stellen of over te slaan.

Binnen vijf minuten reageren op een patiëntenoproep

Respondenten van afdeling B benoemen meerdere factoren waarom er niet altijd binnen vijf minuten op een patiëntenoproep gereageerd wordt. Zo zou het **‘vaststaan’ bij een andere patiënt** regelmatig voorkomen bij verpleegkundigen, bijvoorbeeld wanneer de verpleegkundige in een isolatiekamer staat of met een urgentie situatie bezig is.

Ook de wijze van **instellen van het piepersysteem zorgt** er soms voor dat verpleegkundigen laat op een bel reageren. Het piepersysteem is zo ingericht dat de verpleegkundige in eerste instantie de eigen toegewezen patiëntenoproep krijgt. Wanneer de verpleegkundige niet binnen de vastgestelde tijd op de oproep reageert, krijgen collega's de oproep op hun piepersysteem. Soms zijn er zo veel bellen dat de verpleegkundige haar eigen oproepen niet herkent.

Respondenten vinden dat de **ondersteuning van collega's** dan juist belangrijk is maar ervaren soms dat collega's niet naar elkaars bellen lopen.

“En ik denk ook dat daar een stukje meespeelt, dat er niet, euhm dat het soms gewoon gebeurt dat collega's niet naar elkaars bellen lopen. Weet je wel, dat je op je pieper kijkt, oh hij is niet van mij en dan gaat ie maar en gaat ie maar”

Alle respondenten vertellen dat het niet tijdig reageren op een patiëntenoproep **het gevoel van onveiligheid** bij patiënten geeft en ook andere consequenties heeft, afhankelijk van waarom een patiënt in eerste plaats een oproep doet.

“Dat ja dat ook, als je lang moet wachten op een bel. Hé misschien is het voor een glaasje water, maar dan is een volgende keer als er wel iets is en je denkt als het weer zo lang duurt, dan is het gevoel van veiligheid ook een stukje minder.”

Het compleet documenteren van noodzakelijke gegevens

Respondenten van afdeling B laten weten niet altijd in staat te zijn de **verpleegkundige anamnese** volledig in te vullen. Zo wordt er bijvoorbeeld geen volledige anamnese afgenomen in de late avond, tijdens de nacht of bij hoge werkdruk. Dan worden alleen de noodzakelijke gegevens ingevuld en het aanvullen van de anamnese wordt doorgeschoven naar de eerstvolgende dagdienst. Respondenten ervaren dat de **werkwijze van Epic** ook een bijdrage levert aan waarom verpleegkundige anamneses niet volledig worden ingevuld of aangevuld. Bijvoorbeeld, Epic geeft een groen vinkje wanneer één item in een domein is ingevuld. De verpleegkundige is vervolgens in de veronderstelling dat het betreffende onderdeel in de anamnese is afgerond terwijl er toch informatie ontbreekt.

Respondenten geven aan dat een onvolledige anamnese gevolgen kan hebben voor de patiëntenzorg, zoals bijvoorbeeld het **verkeerd inschatten van risico's** en **onvoldoende voorbereid zijn op het ontslag** van de patiënt.

“Bijvoorbeeld, de voedingstoestand van de patiënt hé. Dus dat we niet meteen bij opname een patiënt wegen en uitvragen wat de voedingsgewoonten zijn. Nou ja dat is ook wel weer een moeilijkheid dan voor de diëtist om daar goed en tijdig op in te spelen. Of er ook risico op ondervoeding is bijvoorbeeld.”

Mondzorg

Respondenten van afdeling T vertellen dat mondzorg een essentieel onderdeel is voor het verplegen van patiënten met een hoofdhalschirurgische ingreep wegens verhoogde slijmvorming en vaak slechtere mondhygiëne. Alhoewel er wel aandacht is voor mondzorg bij de hoofdhalschirurgie patiënten, vinden respondenten dat dit wel consequenter zou kunnen. Ook bij niet hoofdhalschirurgische patiënten wordt **mondzorg niet consequent aangeboden**.

“Als er specifiek in de mond is geopereerd is, ja dan is er meer aandacht voor maar als er elders geopereerd is zeg maar dan wordt het vaak over het hoofd gezien. Letterlijk.”

De verpleegkundige gaat ervan uit dat patiënten die zelfstandig zijn ook zelfstandig mondzorg kan toepassen. Bij patiënten die wel hulp nodig hebben speelt tijdsgebrek van de verpleegkundige en rol en soms dat de routines van de patiënten **niet passen in de werkstructuur of routines** van de verpleegkundige. Ook vinden respondenten dat de **motivatie van de patiënt** van invloed is. Zo vinden sommige patiënten mondzorg minder belangrijk en willen dan ook geen hulp van de verpleegkundige.

Wisselligging

Respondenten van afdeling T herkennen zich niet in de uitkomst van de MISSCARE waarin wisselligging iedere twee uur of op indicatie/afpraak vaak niet-verricht wordt. Ze geven aan bij opname een **antidecubitusmatras in te zetten bij hoog risicopatiënten** waardoor verondersteld wordt dat wisselligging iedere twee uur overbodig wordt. Wisselligging vindt dan met name plaats in de avond en nacht omdat de patiënt overdag met ‘mobiliseren’ bezig is.

“Nou het, weet je wisselligging komt niet zo heel vaak voor omdat natuurlijk de AD-matrassen zijn op zich oké”.

Respondenten hebben wel **kennis over de gevolgen van gebrek aan wisselligging**. Zo wordt decubitus en het ontstaan van contracturen als voorbeeld genoemd. Wanneer doorgevraagd werd hoe wisselligging plaatsvindt, geven verpleegkundigen aan dat er een indicatie moet zijn voor wisselligging om de twee uur. Daarnaast speelt **individuele prioritering van de verpleegkundige** ook een rol. Zo zal iemand die sensitief is voor de gevolgen van gebrek aan wisselligging dit eerder prioriteren dan andere zorgactiviteiten. Verpleegkundigen slaan wisselligging in de nacht soms over omdat de patiënt net ligt te slapen en verpleegkundigen vinden dat rust dan belangrijker is voor het herstel na een operatie. Respondenten vertellen dat **monitoring plaatsvindt bij een harde indicatie**, bijvoorbeeld wanneer het expliciet wordt overgedragen naar een volgende dienst of het expliciet is opgenomen in het zorgplan. In die situaties wordt wisselligging vaker toegepast.

Tabel 3. Overzicht thema's focusgroep oorzaken niet-verrichte zorg

Domein MISSCARE	Item MISSCARE	Afdeling	Thema's
Meest voorkomende niet-verrichte zorg activiteiten	Mobiliseren 3dd	B, T	Gebruik maken van beschikbare personeel Motivatatie van de patiënt Werkstructuur en routines verpleegkundige Individuele prioriteit verpleegkundige Kennis bij verpleegkundige over belang van mobiliseren
	Binnen vijf minuten reageren op een patiënten oproep	B	Wijze van instelling piepersysteem Gevoel van (on)veiligheid patiënt Ondersteuning collega's
	Het compleet documenteren van noodzakelijke gegevens	B	Werkwijze Epic Geen volledige anamnese bij avond of nacht Geen volledige anamnese bij hoge werkdruk Anamnese invullen door volgende dienst wordt niet gedaan Kans op verkeerd inschatten van risico's Kan op onvoldoende voorbereid zijn op ontslag
	Mondzorg	T	Werkstructuur, routines verpleegkundige Niet consequent aanbieden van mondzorg Adequate mondzorg is cruciaal voor hoofdhalschirurgie Kennis patiënt is ondermaats Motivatatie patiënt
	Wisselligging	T	Antidecubitusmatras bij hoog risicopatiënten Kennis over de gevolgen van gebrek aan wisselligging Individuele prioritering van de verpleegkundige Monitoring plaats vindt bij een harde indicatie

4.2.2 Belangrijkste oorzaken niet-verrichte zorg

Hoge aantallen geplande opnames en/of ontslagen

Respondenten van afdeling T ervaren dagelijks hoge aantallen geplande opnames en ontslagen (operatie)patiënten. Dit kon variëren van vier tot twaalf opnames en/of ontslagen per dag.

Het **tijdstip waarop een patiënt van de OK retour** naar de afdeling gaat is van invloed. Het komt regelmatig voor dat patiënten pas in de avonddienst terugkomen op de afdeling. Hierdoor neemt de werkdruk dan toe, omdat er minder verpleegkundigen in de avonddiensten werken.

“Wanneer de patiënten na de operatie weer terug naar de afdeling kunnen, kan je de klok op gelijk zetten dat dit gewoon rond drie uur gebeurt...en dan is het niet met één of twee tegelijk, maar soms wel met vier”

Onverwachte toename patiënten/zorgzwaarte

Respondenten van beide afdelingen vinden de onverwachte toename aan patiënten en/of zorgzwaarte een belangrijke oorzaak van niet-verrichte zorg. Vooral in de avonddiensten zijn de gevolgen van de verhoogde werkdruk te merken. De ervaring van alle respondenten is dat de **opnames via de spoed eisende hulp (SEH)** regelmatig worden geclusterd waarin twee tot drie of vier patiënten kort achter elkaar opgenomen moeten worden. Ook komt het vaak voor dat patiënten van de SEH **opgenomen of overgeplaatst worden** vlak voor de dienstoverdracht. Volgens de respondenten heeft dit invloed op de kwaliteit van zorg: er moeten dan keuzes gemaakt worden welke zorg wordt uitgesteld of niet gegeven kan worden.

“dat is toch wel iets waar we tegenaan lopen. Met name de late dienst dan heb je bijvoorbeeld dat ze om 23 uur, dat we dan nog twee tegelijk krijgen. Dat is ook middenin je overdracht, nou ja dat komt de kwaliteit niet ten goede”

Het **overnemen van patiënten van andere specialismen** komt soms ook voor. Wanneer bijvoorbeeld de Medisch Psychiatrische Unit (MPU) dicht is, worden psychiatrische patiënten overgeplaatst naar andere afdelingen. Vaak is het noodzakelijk deze patiënten één op één te verplegen waardoor er een verhoging van de werkdruk ontstaat.

“... het gebeurt toch best wel vaak dat er eigenlijk één op één zorg nodig is. We proberen dat dan creatief op te lossen en die zorg toch te bieden, maar dat gaat vaak wel ten koste van andere patiënten”

Voordoen urgente situatie patient

Respondenten van beide afdelingen geven aan dat het voordoen van **urgente situaties tijdens iedere dienst de norm is**, waardoor de geplande zorg anders verliep. Meestal heeft dit te maken met acute klinische achteruitgang bij een patiënt zoals afwijkende vitale functies, verwardheid en onrust, of acuut moeten toepassen van isolerende maatregelen in verband met besmettelijkheid.

“soms heb je spookdiensten dat er van alles gebeurt tegelijkertijd”

Urgentie situaties nemen vaak meer dan de gealloceerde tijd in beslag en soms zijn meer dan één verpleegkundige tegelijkertijd bezig de zorg voor de desbetreffende patiënt te geven. De ervaring is dat dit **ten koste gaat van overige patiëntenzorg**. Zorg voor andere patiënten komt (deels) stil te liggen en moet later alsnog ingehaald worden of wordt overgeslagen.

“...een klinische patiënt die opeens koorts krijgt en COVID verdacht wordt, verhuizen, alle isolatiemaatregelen nemen dan ben je gewoon een paar uur mee bezig, he”

Onvoldoende ondersteunend personeel

Respondenten van beide afdelingen illustreren verschillende voorbeelden waarin zij ondersteuning van ondersteunend personeel missen. Zo wordt het niet meer hebben van een secretaresse op afdeling B als een gemis ervaren vanwege **de ondersteuning van de secretaresse in administratieve taken**. Bijvoorbeeld het invullen en het faxen van formulieren bij bepaald medicatie-gebruik is tijdrovend voor de verpleegkundige.

“...die secretaresses, die zijn er niet meer, en als dan veel rompslomp is om alles te regelen en in te vullen en aan te vragen en te faxen, ja dat moet je allemaal erbij doen”

De **secretaresse als filter tussen acute en niet acute telefoontjes** wordt gemist door de respondenten van afdeling B. Nu draagt de regieverpleegkundige de afdelingstelefoon en krijgt zij ongefilterd alle telefoontjes binnen. Wanneer de regieverpleegkundige ook een rol in de directe patiëntenzorg heeft dan worden deze werkzaamheden continu verstoord.

“dat gebeurt heel vaak dat je tijdens de zorg voor die patiënt een aantal keer de telefoon aan moet nemen, terwijl dat misschien op dat moment helemaal niet noodzakelijk is”

Volgens respondenten van afdeling T zijn verpleegkundigen vaak van de afdeling door **transportwerkzaamheden**. Dit kan zoiets zijn als patiënten brengen en ophalen van de verkoeper of hulpmiddelen ophalen elders uit het ziekenhuis. Respondenten geven aan dat er wel een pilot loopt op de afdeling T naar het inzetten van ondersteunend personeel voor transport maar dat dit nog niet optimaal loopt.

Ontoereikende overdracht van vorige dienst/afdeling

Respondenten van T en B vinden dat zij niet altijd een toereikende overdracht van de SEH of intensive care (IC) ontvangen. Zo zou de **verplichte SBAR-methode** niet consequent toegepast

worden tijdens de overdracht tussen SEH en de afdeling. Sommige SEH-verpleegkundigen gaan ervan uit dat de afdelingsverpleegkundige zich al heeft ingelezen in het dossier van de patiënt en geven dan een beperkte mondelinge overdracht. Het komt ook voor dat de **overdracht** niet rechtstreeks van de **verantwoordelijke SEH-verpleegkundige** komt. In plaats daarvan leest een vervangende collega de informatie voor uit het dossier. Respondenten ervaren in die situaties informatie te missen.

“Wat heel veel voorkomt is dat wanneer ik een patiënt ophaal van de spoedeisende hulp, dat ik een overdracht krijg waarin wordt gezegd van nou ik ken de patiënt niet, hij is van mijn collega, dus ik lees even voor wat hier staat. Heel vaak is het dan niet helemaal volledig”

Enkele respondenten ervaren soms dat **overdracht van de IC** onvolledig is. Zo is alle informatie niet altijd genoteerd, is het beleid niet duidelijk of de patiënt blijkt hulpmiddelen of materialen te gebruiken waar de afdeling geen kennis van heeft.

“...dan staan dingen er half in, of er niet in. Of ze komen ze met een pomp op de afdeling die niet is genoteerd of waar wij nooit mee werken. Dus ja, dan ben je veel bezig met dingen te regelen... en dat kost heel veel tijd.”

Onvoldoende verplegend personeel

Respondenten van beide afdeling zijn van mening dat **onvoldoende personeel** het gevolg is van onverwachte situaties en niet de primaire personele planning. In theorie is de personele planning in orde. Tegelijkertijd ervaren respondenten onvoldoende verplegend personeel bij hoge zorgzwaarte van een patiënt of bij pieken in zorgactiviteiten zoals wanneer patienten in de avonddienst terugkomen van de OK. Daarentegen kan er bij veel adhoc ontslagen ook snel een situatie ontstaan dat er meer dan voldoende personeel is.

“... het ene moment kan het zijn dat het gewoon heel erg rustig is en het andere moment heb je het gewoon met het personeel wat je hebt gewoon druk.”

Respondenten van beide afdelingen geven aan dat bij **ziekte** personeel wordt aangevuld. Afhankelijk van de werkervaring van het overgebleven verpleegkundig personeel, wordt ziekte opgevangen door een verpleegkundige van Servicebureau Tijdelijk Werk (STW) of uit het eigen team. Tegenwoordig wordt er ook meer gekeken of ziekte binnen de eigen ZorgEenheid (ZE) opgevangen kan worden. Wanneer er personeel over is op een afdeling kan die ingezet worden op een andere afdeling van dezelfde ZE. Bij een last-minute afmelding wegens ziekte of wanneer er geen personeel beschikbaar

is, worden patiënten ook wel onderverdeeld in het team waarbij ook de regieverpleegkundige dan ingezet wordt in de patiëntenzorg.

“Je merkt dat de samenwerking met ZE beschouwend ook beter wordt. Dus dat je dan ook wel wat breder kunt kijken daar misschien nog iemand die een dienst kan invullen.”

Patiënttoewijzing uit balans

Respondenten van beide afdelingen ervaren soms een disbalans in de zorgzwaarte van patiënten.

De **wijze van patiënttoewijzing** is verschillend per afdeling. Zo worden op één afdeling patiënten toegewezen aan verpleegkundigen aan de hand van een standaard indeling van kamers en/of aantallen patiënten. Respondenten geven tegelijkertijd aan dat dit niet altijd goed werkt vanwege de soms scheve verdeling in zorgzwaarte. De patiënttoewijzing op basis van aantallen wordt wel eens losgelaten, maar dit zou vaker kunnen. Op de andere afdeling vindt de toewijzing van patiënten plaats aan de hand van de zorgzwaarte van de individuele patiënt en de patiëntencategorie.

“...er wordt eigenlijk standaard gekeken naar een standaard indeling. Soms is het handiger om na aanleiding van de zorgzwaarte die verdeling los te laten en op basis van zorgzwaarte de patiënten te verdelen”

Respondenten van afdeling T geven aan dat **onverwachte situaties** zorgen voor disbalans in de patiënttoewijzing. Onverwachte opnames, onverwachte toename aan zorgzwaarte van een patiënt, het verplegen van patiënten van meerdere specialismen waardoor er ook door verschillende specialisten visite gelopen moet worden, draagt bij aan disbalans. Er wordt dan geprobeerd balans terug te krijgen door zorgzwaarte te verdelen in het team.

“Je kan een hele mooie verdeling maken dat iedereen vijf patiënten heb, maar het gaat er om welke zorg die patiënt nodig heeft”

Tabel 4. Overzicht thema's focusgroep oorzaken niet-verrichte zorg

Domein MISSCARE	Item MISSCARE	Afdeling	Thema's
Belangrijkste oorzaken niet-verrichte zorg	Hoge aantallen geplande opnames/ontslagen	T	Tijdstip overname patiënten van OK
	Onverwachte toename patiënten/zorgzwaarte	T, B	Clustering SEH opnames rondom wisseling van diensten Opname/overname van andere specialismen
	Voordoelen urgente situatie patiënt	T, B	Urgente situaties tijdens diensten is de norm Gaat ten koste van overige patiëntenzorg

	Onvoldoende ondersteunend personeel	T, B	Toename administratieve taken door gebrek secretaresse Veel telefoontjes door gebrek secretaresse Verpleegkundige is van de afdeling i.v.m. transportwerkzaamheden
	Ontoereikende overdracht van vorige dienst/afdeling	B, T	SBAR wordt niet consequent door SEH toegepast Overdracht van SEH eerstverantwoordelijke verpleegkundige Overdracht van ICU is incompleet
	Onvoldoende verplegend personeel	B, T	Onverwachte situaties -vs-primaire planning Bij ziekte wordt personeel aangevuld Patiënten worden verdeeld in het team bij ziekte
	Patiëntentoewijzing uit balans	B, T	Wijze van patiëntentoewijzing Onverwachte situaties brengen toewijzingen uit balans

4.2.3 Keuze niet-verrichte zorg activiteit

Per focusgroep werd er een keuze gemaakt welke van de meest voorkomende niet-verrichte zorg activiteiten geschikt is voor de vervolg stappen in de PDDOEN-cyclus. Deze keuze werd gemaakt op basis van draagvlak van het team en de haalbaarheid op de afdeling. Vervolgens werd er georiënteerd op mogelijke oplossingen. Zo maakte afdeling B de keuze voor ‘Binnen vijf minuten reageren op een patiëntenoproep’ met mogelijke oplossingen gerelateerd aan het aanpassen van het piepersysteem, werken in koppels en piepers overdragen aan collega's. Afdeling T vindt ‘Mobiliseren drie keer per dag’ een prioriteit en ziet verbetermogelijkheden door werkrountines anders in te vullen en het beter gebruik maken van beschikbare middelen en mensen. Tabel 5 illustreert de geprioriteerde activiteit per afdeling.

Tabel 5. Prioriteit activiteit en oriëntatie mogelijke oplossingen

Afdeling	Prioriteit niet-verrichte zorg	Oriëntatie op mogelijke oplossingen
B	Binnen vijf minuten reageren op een patiëntenoproep	- Verantwoordelijkheid onder collegae vergroten door pieper over te dragen - Werken in koppels om verantwoordelijkheid te vergroten - Aanpassen van het piepersysteem
T	Mobiliseren drie keer per dag of volgens indicatie/afpraak	- Mobiliseren in werkrountines vastleggen d.m.v. werkljst in Epic - Als team meer optrekken - Gebruikmaken van beschikbare personeel, inclusief stagiaires - Leren delegeren wanneer het zelf niet lukt patiënten te mobiliseren - Efficiënter plannen m.b.t. geplande opnames, ontslagen, overnames verkoeper zodat er meer tijd is voor mobiliseren

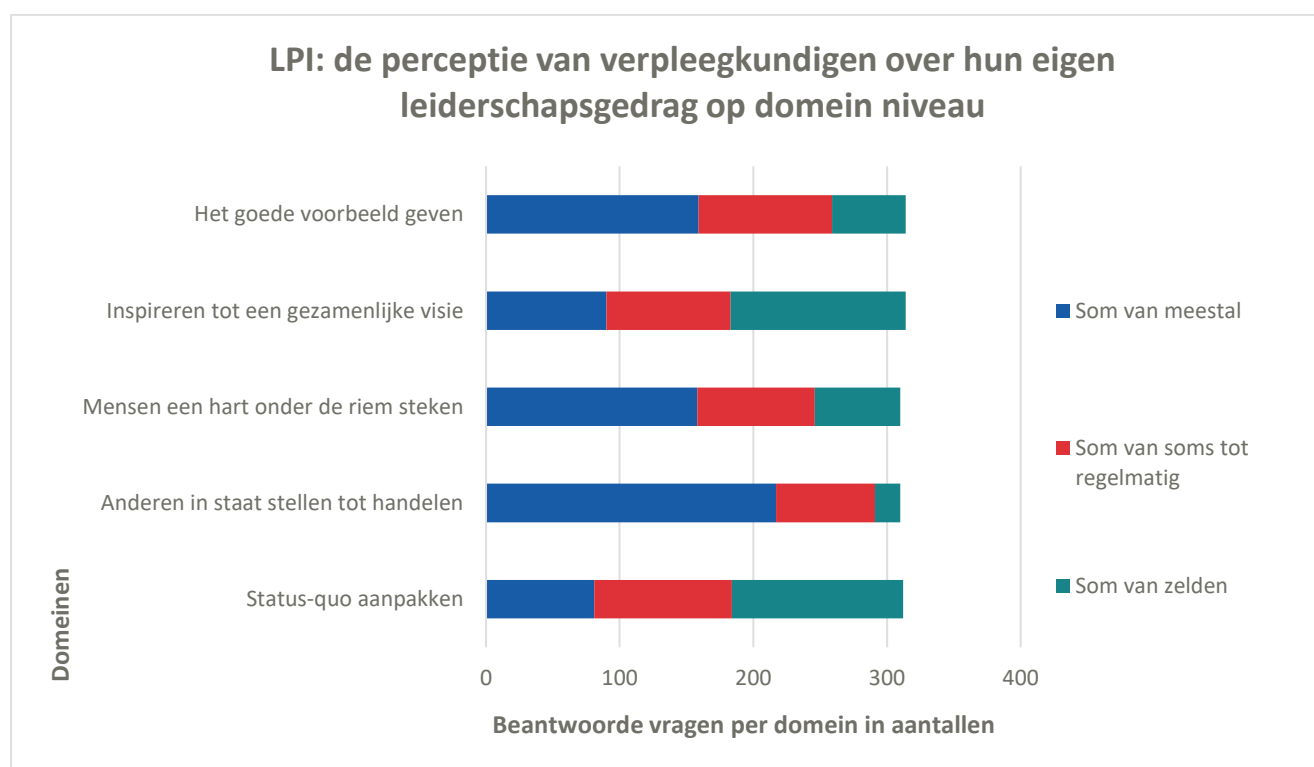
5. Resultaten leiderschapsgedrag

In de onderstaande paragrafen worden de uitkomsten van de LPI-vragenlijst in zijn totaal beschreven en vervolgens uitgesplitst naar de drie pilot afdelingen. Daarnaast worden de uitkomsten van de focusgroep beschreven.

5.1 LPI vragenlijst totaal

In totaal is de LPI door 53 van 130 verpleegkundigen van afdeling T, B, en U ingevuld. De stellingen werden iets minder dan de helft van de tijd de vraag beantwoord met *'bijna altijd'* (10), *'zeer vaak'* (9) of *'gewoonlijk'* (8), en bijna een derde van de tijd met *'tamelijk dikwijls'* (7) of *'soms'* (6). Een kwart van de antwoorden bestond uit *'zo nu en dan'* (5), *'een enkele keer'* (4), *'zelden'* (3), *'uiterst zelden'* (2) of *'nooit'* (1). Het domein 'anderen in staat stellen tot handelen' scoorde gemiddeld het hoogst (8,0), gevolgd door 'het goede voorbeeld geven' (7,1) en 'hart onder de riem steken' (7,1). De domeinen 'inspireren tot een gezamenlijke visie' (5,9) en 'de status quo ter discussie stellen' (5,9) scoorden gemiddeld laag.

Voor de leesbaarheid worden in de onderstaande alinea's de antwoord categorieën gebruikt: **meestal*** (8, 9, 10), **soms tot regelmatig**** (6, 7) en **zelden***** (5, 4, 3, 2, 1). De uitkomsten op domein en item niveau worden geïllustreerd in Figuren 6 en 7. Bijlage J bevat een volledige beschrijving van de LPI-uitkomsten.



Figuur 6. LPI-totaalsom op domein niveau

*meestal (10, 9, 8); **soms tot regelmatig (7, 6); ***zelden (5, 4, 3, 2, 1)

Anderen in staat stellen tot handelen

Verpleegkundigen geven aan anderen met respect te behandelen. De ruime meerderheid staat open voor andere meningen en perspectieven, de samenwerking tussen anderen te bevorderen en anderen keuzemogelijkheden en vrijheid te geven. Daarnaast ziet meer dan een derde er meestal op toe dat collega's groeien in hun werk door nieuwe vaardigheden eigen te maken.

Het goede voorbeeld geven

Verpleegkundigen komen meestal hun afspraken na en de meerderheid neemt zichzelf als voorbeeld wat zij van anderen verwachten. De ruime meerderheid is soms tot regelmatig of vaker duidelijk in hun opvattingen over (vakinhoudelijk) leiderschap, werkt aan consensus met betrekking tot gezamenlijke waarden en geeft elkaar feedback. De ruime meerderheid steekt soms tot regelmatig of vaker er energie in om te verzekeren dat collega's zich aan de gemaakte afspraken houden.

Mensen een hart onder de riem steken

Verpleegkundigen vinden het meestal belangrijk collega's te laten weten vertrouwen te hebben in elkaars mogelijkheden waarbij de ruime meerderheid elkaar ook soms of vaker complimenten en waardering geeft voor hun werk en geleverde bijdrage. Iets meer dan de helft van verpleegkundigen geeft elkaar soms of vaker in het openbaar erkenning voor hun werk en driekwart vindt soms of vaker manieren om de geboekte successen te vieren.

Hierbij belooft rond de helft van alle verpleegkundigen soms of vaker hun collega's op een creatieve wijze voor hun bijdragen van successen.

Inspireren tot een gezamenlijke visie

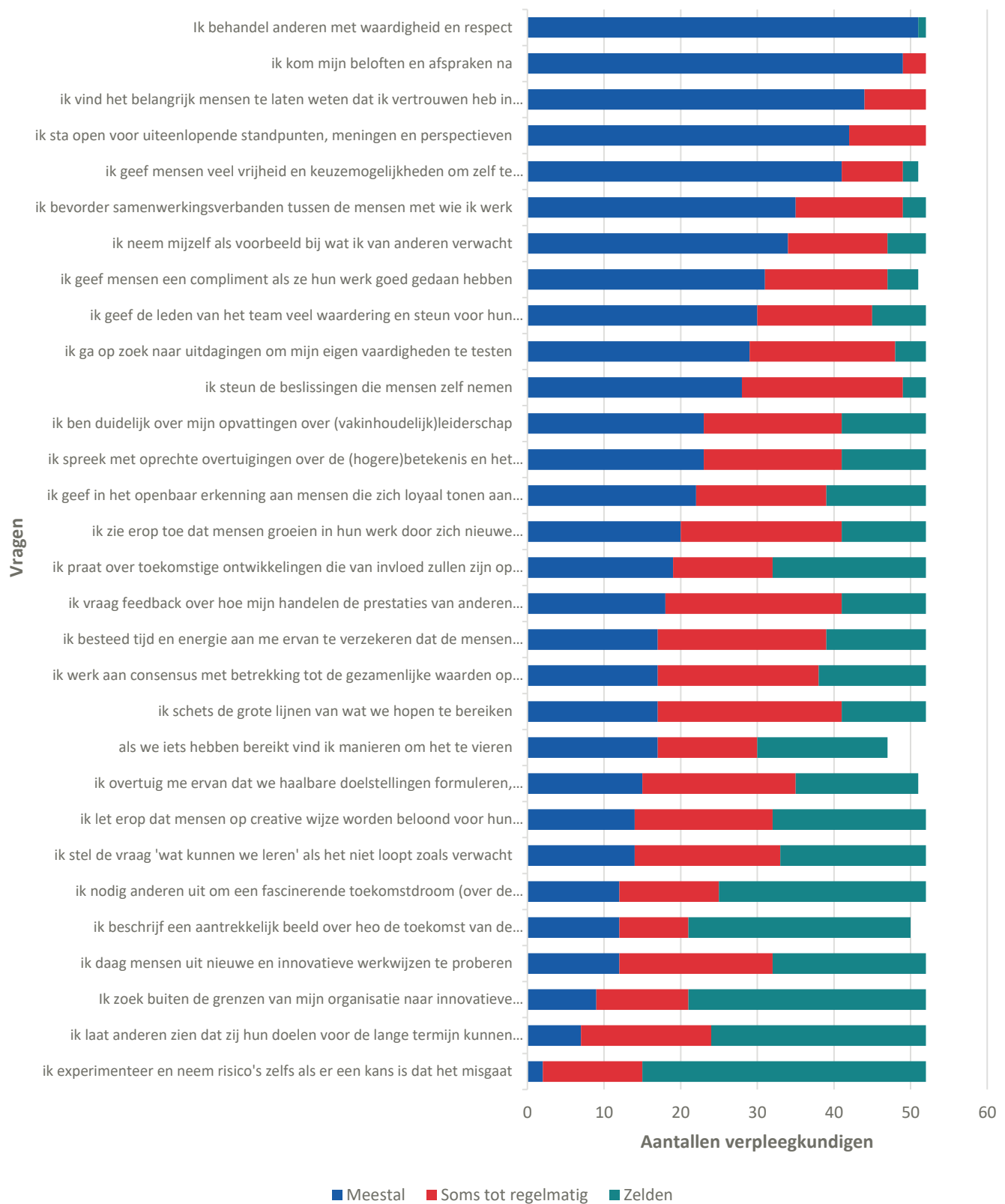
Driekwart van de verpleegkundigen spreekt soms, regelmatig of meestal met oprechte overtuiging over de betekenis van het verpleegkundig werk en de helft spreekt soms tot regelmatig in grote lijnen wat zij hopen te bereiken met hun werk. Slechts een derde spreekt meestal over toekomstige ontwikkelingen die van invloed zullen zijn op hun werk. Wat betreft het beschrijven van een aantrekkelijke visie over hoe de toekomst van verpleging eruit zou kunnen zien, samen met collega's fascinerende dromen over het verpleegkundig vakgebied met elkaar te delen en hoe zij vervolgens lange termijn doelen kunnen realiseren door een gezamenlijke visie te onderschrijven, geeft de ruime meerderheid aan dit zelden te doen.

De status-quo aanpakken

De ruime meerderheid van de verpleegkundigen zoekt meestal naar uitdagingen om de eigen vaardigheden en bekwaamheden te testen. Daarentegen zegt rond een kwart meestal collega's uit te dagen nieuwe werkwijze te proberen en de vraag te stellen 'wat kunnen we leren' als het niet loopt zoals verwacht. Slechts een derde stelt meestal haalbare en meetbare doelen voor projecten

waaraan gewerkt wordt. Ook wordt door bijna driekwart van verpleegkundigen zelden risico's genomen of geëxperimenteerd in het werk. Tenslotte wordt door bijna de helft van de verpleegkundigen zelden buiten de grenzen van de organisatie gezocht naar innovatieve manieren om te verbeteren.

LPI: de perceptie van verpleegkundigen over hun leiderschapsgedrag per vraag



Figuur 6. LPI-totaalsom op item niveau

5.2 Overeenkomsten en verschillen LPI tussen de pilotafdelingen

Er zijn een aantal belangrijke overeenkomsten en verschillen te zien tussen de pilotafdelingen (Bijlage J). Op domein niveau scoren de drie pilotafdeling gelijkwaardig: allen vinden het inspireren tot een gezamenlijke visie en de status quo ter discussie stellen moeilijker dan een goed rolmodel zijn, elkaar een hart onder de riem steken en anderen in staat stellen tot handelen. Over het algemeen scoren afdeling U en B hoger dan afdeling T.

Anderen in staat stellen tot handelen

Op alle afdelingen geven verpleegkundigen aan anderen te behandelen met waardigheid en respect, open te staan voor verschillende meningen en perspectieven, beslissingen van mensen te steunen, de keuzevrijheid in hoe collega's werk uitvoeren te steunen en de samenwerkingsverbanden te bevorderen. Ten opzichte van afdeling T en U, zien verpleegkundigen van afdeling B beduidend vaker erop toe dat mensen groeien in hun vak door nieuwe vaardigheden eigen te maken.

Mensen een hart onder de riem steken

De ondervraagden van alle afdelingen vinden het belangrijk te laten weten vertrouwen in elkaar te hebben. De ruime meerderheid geeft elkaar meestal veel waardering en steun voor de geleverde bijdrage, door drie kwart wordt dit meestal gedaan in de vorm van een compliment. Daarentegen geeft afdeling T het minst vaak erkenning in het openbaar aan collega's die zich loyaal tonen aan de gezamenlijke waarden. Het vieren van successen op de afdelingen wordt sowieso niet veel gedaan, afdeling U doet dit dan nog het meest vaak. Ook hebben alle afdelingen moeite elkaar op een creatieve wijze te belonen voor hun bijdrage aan het succes van een project.

Het goede voorbeeld geven

De meerderheid van de ondervraagden van de pilotafdelingen zien zichzelf als voorbeeld, komen hun beloften na en hebben meestal een duidelijke opvatting over vakinhoudelijk leiderschap. Daarentegen verzekeren de ondervraagden van afdeling B en U zich er vaker van dat men zich houdt aan de gemaakte afspraken, geeft elkaar vaker feedback en werken vaker aan consensus op de afdeling op basis van gezamenlijke normen en waarden dan de verpleegkundigen op afdeling T.

Inspireren tot een gezamenlijke visie

Op afdeling U wordt beduidend vaker met elkaar gesproken over de toekomstige ontwikkelingen die van invloed zijn op de praktijk. Zij schetsen ook vaker een aantrekkelijk beeld over hun vakgebied en bespreken vaker wat ze hopen te bereiken in de toekomst. Op afdeling B en T spreekt men vaker over de (hogere) betekenis van hun werk. Daarentegen bevraagt men op alle drie afdelingen elkaar nauwelijks over fascinerende toekomstdromen over het vak. Ook hebben alle afdelingen moeite

elkaar te laten zien hoe zij lange termijn doelen kunnen realiseren door het onderschrijven van een gezamenlijke visie.

De status-quo aanpakken

De afdelingen delen dat het gros van de ondervraagden zoekt naar uitdagingen om eigen vaardigheden en bekwaamheden te testen. Afdeling U is koploper wat betreft elkaar uit te dagen om nieuwe innovatieve werkwijze te proberen en als het niet loopt zoals verwacht, nemen zij ook vaker de tijd om hiervan te leren. Daarentegen zoeken alle afdelingen nog weinig buiten de eigen organisatie naar oplossingen. Over het algemeen hebben alle afdelingen moeite met experimenteren en risico's te nemen, alhoewel afdeling B met een kwart van de ondervraagden aangeeft dit soms of vaker wel te doen.

5.3 Focusgroep Leiderschapsgedrag

Een focusgroep gesprek is afgenomen op afdeling T met vier participanten. Om te beginnen is een terugkoppeling van de LPI op domein niveau gegeven. Daarna zijn verpleegkundigen gevraagd praktijkvoorbeelden van enkele hoogst scorende stellingen en laagst scorende stellingen te beschrijven (Bijlage E). Thema's die naar voren kwamen, worden gecategoriseerd aan de hand van succesverhalen en ontwikkelkansen in het tonen van leiderschap op de werkvloer.

5.3.1 Succesverhalen van leiderschap op de werkvloer

Werken in duo's: het delen van verantwoordelijkheid

Het werken in duo's waarin twee verpleegkundigen tijdens een dienst samen dezelfde patiënten verplegen, wordt als een succes ervaren. Een belangrijk voordeel van het werken in duo's is het delen van verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg. Op deze wijze worden taken rondom de uitvoering en coördineren van zorg onderling afgestemd en kunnen eenvoudiger van elkaar overgenomen worden dan wanneer een verpleegkundige alleen een groep patiënten verpleegt. Gedacht wordt dat deze werkwijze tot minder niet-verrichte zorg leidt. Zo kan bijvoorbeeld één verpleegkundige de artsenvisite bijwonen, terwijl de collega bij de patiënt de zorg kan uitvoeren. Verder wordt aangegeven dat de verpleegkundige altijd een collega heeft om op terug te vallen, zoals bijvoorbeeld door samen klinisch te redeneren. Hierdoor ervaren verpleegkundigen meer veiligheid, voelen zich meer zelfverzekerd en hebben minder het gevoel er alleen voor te staan.

“...als er dan een pieper of een bel komt van een andere patiënt, dan kun je daarop vertrouwen dat je collega daarheen gaat. Die kent die patiënt ook. Dan kun jij bij de emotionele patiënt blijven”

Werken in duo's: leren van elkaar

Een ander voordeel van het werken in duo's is het leren van elkaar. Duo's werken nauw samen waarbij verpleegkundigen continue met elkaar afstemmen en elkaar observeren in de uitvoering van de patiëntenzorg. Hierdoor ontstaat een uitwisseling van kennis en ervaring. Duo's houden elkaar scherp door kritische vragen te stellen waarom ze handelingen op een bepaalde manier uitvoeren en helpt in het doorbreken van rituelen en blinde vlekken in de uitvoering van zorg.

“Als je alleen werkt, dan kan je bepaalde rituelen houden en hebben, die er eigenlijk ingesleten zijn door je het verkeerd aan hebt geleerd, of dat je al zo lang aan het werkt bent dat dat je blinde vlek is. En als je met zijn tweeën bent, dan scherp je elkaar op, en zo stimuleer je elkaar daarin in leiderschap”

Gedeelde waarden voor goede samenwerking

Deelnemers beschrijven diverse waarden die voor hun team belangrijk zijn voor een succesvolle samenwerking met collega's en patiënten. Zij vinden het belangrijk dat er naar elkaar geluisterd wordt, elkaar te herkennen en erkennen als persoon en als professional, rekening te houden met elkaar, elkaar te vertrouwen, gebruik te maken van elkaars (professionele) kwaliteiten en open te staan om van elkaar te leren. Dit draagt bij aan een goede werksfeer en werkrelatie. Daarentegen gaat goede samenwerking, met name in duo's, niet vanzelf; het wordt beïnvloed door individuele karaktereigenschappen, persoonlijke werkstijl en verschillende standpunten in het uitvoeren van zorg. Zo houdt de ene verpleegkundige meer van samenwerken dan de andere en zijn sommige verpleegkundigen geneigd eigen taken af te bakenen. Deelnemers vinden het daarom essentieel dat het team de visie van het werken in duo's onderschrijft waarin beide verpleegkundigen in het duo verantwoordelijk zijn voor een goede samenwerking. Dit vraagt een mate van flexibiliteit en relativiseringsvermogen waarin de ene verpleegkundige zich eerder zal schikken en mee zal laveren in de werkwijze van een collega dan een ander. Daarin vindt men het bewaren van harmonie belangrijk om het teamproces goed te laten verlopen. Op de vraag wat de voordelen zijn voor een goede samenwerking geven deelnemers aan dat men zich vertrouwd voelt om fouten bespreekbaar te maken.

“Want je durft ook fouten te maken he, je maakt het ook bespreekbaar. Dus dat is denk ik wel kwaliteit van zorg.”

5.3.2 Ontwikkelkansen in het tonen van leiderschap op de werkvloer

Elkaar durven aanspreken

Verpleegkundigen zijn het met elkaar eens dat geven en ontvangen van feedback aan collega's een punt van aandacht is. Ze geven aan dat het niet in het teamcultuur zit om structureel gevraagd of

ongevraagd feedback te geven of te vragen. Soms vraagt men elkaar om feedback, meestal betreft dit het evalueren van een complexe zorgsituatie. Verpleegkundigen vinden het moeilijk om ongevraagd feedback te geven. Ze vinden het belangrijk rekening te houden met hun collega's die zich niet veilig voelen met het ontvangen van feedback, zowel positief als negatief. Ook wordt het geven en ontvangen van feedback mede beïnvloed door de onderlinge vertrouwensrelaties. Wanneer feedback wel gegeven wordt, vindt dit meestal plaats op het moment van samenwerking in duo's. Ook in situaties waar het geven van feedback aan collega's wenselijk is, wordt dit niet altijd gedaan volgens respondenten. Zij geven aan dat men geneigd is zich te schikken naar een ander.

“Je weet dat er mensen zijn die heel gevoelig zijn voor überhaupt feedback of dat nou positief of negatief is. Dus die voelen zich daar niet zo veilig bij. Je weet iemands zwakke punten en sterke punten en daar hou je onbewust ook rekening mee. En dan denk je, ‘zo is ze’, en dan reflecteer je daar niet altijd op”.

Daarentegen worden stagiaires wel voorzien van feedback. Volgens respondenten zit het verschil in het feit dat stagiaires er zelf actief op sturen in het kader van hun leerproces en dat zij ervoor open staan om nieuwe dingen te leren of vragen bevestiging of ze juist hebben gehandeld.

“... stagiaires die moeten vragen om feedback, dus dan geef je ook makkelijker feedback. Met collega's onderling is dat toch anders.”

Lef hebben af te wijken van de status quo

Op de vraag wat de perceptie van collega's is met betrekking tot het durven experimenteren, geven verpleegkundigen aan dat er weinig ruimte is voor experimenteren, omdat alle zorgprocessen vastgelegd zijn in protocollen, werkprocedures en routines. Dit zijn de leidraden hoe zorg geleverd wordt en wanneer hier toch van afgeweken wordt is een goede motivatie belangrijk. Daarnaast vinden verpleegkundigen dat 'experimenteren' meer een taak is voor een hbo-v niveau 6. Toch ervaart men soms de noodzaak af te wijken van protocollen en vast werkprocessen, omdat deze niet (meer) aansluiten bij de behoefte van de patiënt.

“Als je altijd volgens protocol zou werken, behaal je niet je doelen en dat komt de patiëntenzorg niet ten goede. Dan zou je de patiënt dingen moeten ontzeggen die je prima kan verantwoorden om te doen”

Een verpleegkundige geeft aan dat het team van oudsher niet gewend is buiten de bestaande kaders van de afdeling te kijken en gebruik te maken van de kennis en expertise van andere afdelingen. Volgens een verpleegkundige dwong de covid pandemie het team te experimenteren met andere

werkvormen zoals face-to-face gesprekken te vervangen door telefonische gesprekken. Ook het uitlenen van teamleden aan de covid cohort afdeling heeft een bewustwording gecreëerd onder verpleegkundigen dat werkprocessen ook anders georganiseerd kunnen worden.

Een verpleegkundige die had gewerkt op de covid cohort afdeling gaf aan het belangrijk te vinden buiten de grenzen van de eigen afdeling en kijken, kennis op doen van verschillende inzichten van andere afdelingen en gebruik te maken van de expertise en kennis voor een betere patiëntenzorg.

“Je kan ook leren van anderen. Dat merk ik ook wel op de corona-afdeling waar ik heb gewerkt, dan dacht je soms van waarom ook niet. Wat leuk en doen jullie dat zo”

Inspireren tot een gezamenlijke visie

Volgens de LPI scoort de afdeling laag op het domein inspireren tot een gezamenlijke visie. Tijdens het interview blijkt dit een lastige vraag te zijn, het is onduidelijk wat met ‘gezamenlijke visie’ wordt bedoeld. Ze geven aan te werken volgens de ziekenhuis brede visie van het MCL waarbij het team altijd het belang van de patiënt vooropstelt.

“Je hebt natuurlijk wel de visie van het MCL, waar iedereen zich aan houdt, maar van de afdeling... Ik denk dat de patiënt altijd voorop staat”

Volgens verpleegkundigen zijn er binnen het team verschillende visies op de uitvoering van zorg en dat de kunst is gebruik te maken van deze verschillende visies waardoor men elkaar aanvult. Daarbij vraagt een verpleegkundige zich af of een gezamenlijke visie nodig is.

“Ja, het is de vraag of je alles verbeteren moet wat iets minder scoort. Dat kan ook bij ons team passen en uh ja heeft het nadelige gevolgen. Ja kijk dan heeft het consequenties. Dan zou je het moeten verbeteren, maar aan de andere kant, ja. Moeten we daar ook gezamenlijk iets van vinden?”

6. Resultaten evidence based werken en zelfmanagement

Zoals eerder beschreven, heeft afdeling U bij aanvang van het project het stimuleren van zelfmanagement als 'niet-verrichte zorg' activiteit gekozen, ongeacht de uitkomsten van de MISSCARE. In onderstaande paragrafen wordt als eerste de bevorderende en belemmerende factoren rondom evidence based werken volgens de FUNK barrière schaal beschreven. Dit wordt gevolgd door de uitkomsten van de diepte-interviews en een focusgroep gesprek met betrekking tot het stimuleren van zelfmanagement bij een high-output stoma. Als laatste worden de resultaten van een tweede focusgroep over zelfmanagement in het algemeen beschreven.

6.1 FUNK

De Funk Barrière Schaal vragenlijst werd ingevuld door 14 van de 40 verpleegkundigen. De 30 stellingen werden 16% van de tijd beantwoord met 'grote belemmering', 28% van de tijd 'redelijke belemmering', 24% van de tijd met 'kleine belemmering' en 15% van de tijd als 'geen belemmering'. In totaal werden 18% van de stellingen beantwoord met 'geen mening'. De resultaten worden weergegeven in Figuur 6 en Bijlage K en beschreven aan de hand van de kenmerken communicatie, adapter, innovatie en setting en belemmerende en bevorderende factoren.

Kenmerken Communicatie

Met betrekking tot stellingen over communicatie vindt meer dan de helft van de ondervraagden het een redelijke tot grote belemmering dat onderzoeksresultaten niet helder en leesbaar gerapporteerd worden. Bijna de helft vindt het ook een redelijke tot grote belemmering dat onderzoek niet relevant is voor de verpleegkundige praktijkvoering en dat onderzoeksverslagen niet gemakkelijk beschikbaar zijn. Wat betreft het verzamelen en vinden van literatuur hebben de meeste óf geen mening óf wordt het slechts als kleine belemmering ervaren.

Op het begrijpen van statistische analyses wordt wisselend gereageerd: een derde vindt het een grote belemmering, en de rest vindt het een kleine belemmering of heeft geen mening.

Ook vindt meer dan een derde het een redelijke tot grote belemmering wanneer de implicaties voor de praktijk niet helder zijn beschreven.

Kenmerken Adopter

Van de tien stellingen met betrekking tot de kenmerken van de adopter, in dit geval de verpleegkundige, wordt het lezen van Engelstalige verslagen door driekwart van de ondervraagden als een belemmering ervaren. Ook vindt meer dan de helft het een groot probleem dat

verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van onderzoeksresultaten en ook niet weten hoe zij literatuur op een systematische wijze moeten zoeken. Op de stelling 'verpleegkundigen zien geen voordelen voor zichzelf' geeft een derde aan wel voordelen voor zichzelf te zien wanneer onderzoeksresultaten in de dagelijkse praktijk worden toegepast. De ruime meerderheid ziet ook de meerwaarde van onderzoek voor de praktijkvoering. De meesten voelen ook geen belemmeringen om onderzoeksresultaten met elkaar te delen, maar daartegen vindt juist een derde dit wel belemmering. Aan de andere kant vindt men het wel een belemmering dat de noodzaak voor een praktijkverandering niet beschreven is. Bekwaamheid met betrekking tot het implementeren van nieuwe ideeën is geen probleem bij veel ondervraagden.

Tenslotte is de bereidheid van de verpleegkundigen om te veranderen en nieuwe ideeën uit te proberen voor de meerderheid geen belemmering.

Kenmerken Innovatie

Verpleegkundigen zijn verdeeld in hun antwoorden wat betreft het interpreteren van tegenstrijdige resultaten in de literatuur. Wat betreft de methodologie van een onderzoek en het vertrouwen hebben in de onderzoeksresultaten, ziet rond de helft van de ondervraagden dit niet als een probleem en veel anderen hebben geen mening. Tenslotte vindt een derde het een grote belemmering wanneer getrokken conclusies uit een onderzoek niet goed verantwoord zijn.

Kenmerken Setting

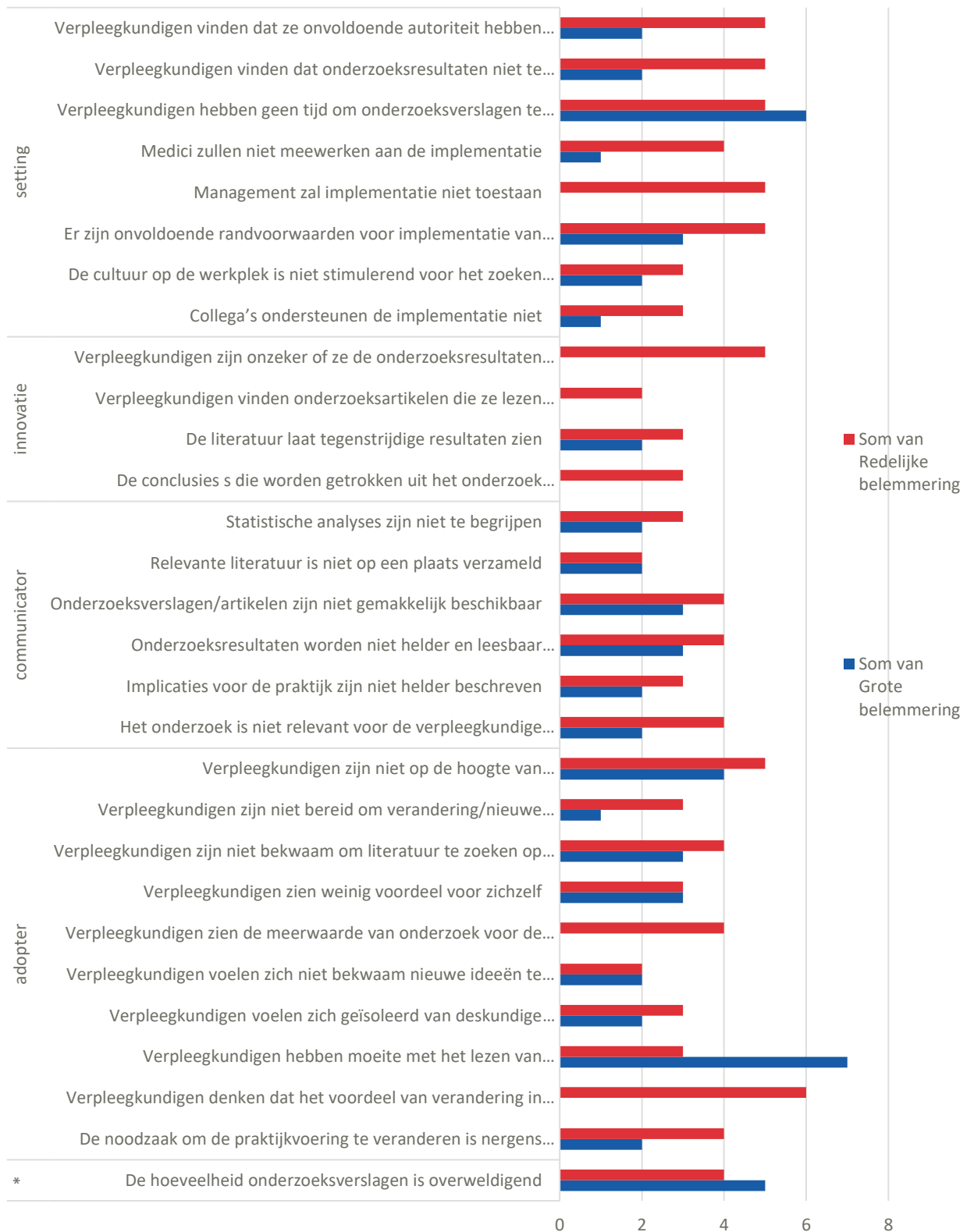
Bijna alle ondervraagden vinden het een belangrijke belemmering om de tijd te vinden om onderzoeksverslagen te lezen. Ze vinden het ook moeilijk om de onderzoeksresultaten naar de eigen setting te vertalen. Zo ervaart meer dan de helft van de ondervraagden onvoldoende autoriteit om de praktijkvoering te veranderen. Daarentegen is de cultuur op de afdeling volgens het gros geen belemmering: de afdeling is geschikt voor onderzoek en implementatie van innovaties en artsen en collega verpleegkundigen zijn over het algemeen bereid medewerking en ondersteuning te verlenen. Als laatste ervaart de ruime meerderheid de overweldigend hoeveelheid aan onderzoeksverslagen beslist als een belemmering.

Open vragen met betrekking tot bevorderende en belemmerende factoren

De ondervraagden geven aan dat het doen van verpleegkundig onderzoek nog onvoldoende onderdeel is van de dagelijkse praktijkvoering. De factor tijd wordt als een grote belemmering benoemd, maar ook gebrek aan kennis en motivatie spelen een rol. Het niet goed beheersen van de Engelse taal, en het niet weten hoe de resultaten te interpreteren en vervolgens toe te kunnen passen in de praktijk is van invloed. Tegelijkertijd geeft men ook aan dat er winst te behalen valt. Zo geeft een respondent aan het belangrijk te vinden dat een collega verantwoordelijk gemaakt wordt en leiding neemt in het onderzoek doen op de afdeling. Ondervraagden vinden het belangrijk

dat onderzoeksvragen aansluiten bij de behoeftes en vragen vanuit het team. Het formuleren van een goede onderzoeksvraag vindt men van groot belang. Ondervraagden vinden het belangrijk dat onderzoek snelle, bondige en heldere resultaten en aanbevelingen oplevert, en dat deze gedeeld worden met het team en dat uitkomsten eenvoudig zijn aan te passen aan de praktijk. De ondervraagden vinden scholing hierin belangrijk.

Redelijke en grote belemmeringen bij evidence based werken



Figuur 6. Redelijke en grote belemmeringen implementatie innovaties volgens FUNK barrière schaal

*valt buiten een kenmerk

6.2 Diepte-interviews zelfmanagement

Zes semigestructureerde interviews werden afgenomen met zorgverleners die betrokken zijn bij patiënten met een high-output stoma (HOS) op afdeling U. Het betrof één chirurg, twee stomaverpleegkundigen en twee diëtisten uit het Medisch Centrum Leeuwarden en twee wijkverpleegkundigen uit de thuiszorg. De uitkomsten van de interviews worden weergegeven aan de hand van drie thema's.

Samenwerking verschillende disciplines

De geïnterviewden werden als eerste gevraagd hoe zij de HOS zorg ervaren in de dagelijkse praktijk en wat de ideale situatie volgens hen zou moeten zijn. HOS zorg komt weliswaar weinig voor maar wordt ervaren als complexe zorgverlening. De geïnterviewden geven aan dat er onlangs, middels multidisciplinaire wijze, een protocol rondom HOS zorg op afdeling U is ontwikkeld. In praktijk blijkt het protocol moeilijk uitvoerbaar te zijn: het document is te lang en het proces is te ingewikkeld. Hierdoor worden niet altijd de juiste stappen op het juiste moment gezet, waardoor er fouten gemaakt kunnen worden. Dit wordt gezien door alle disciplines, ook door de diëtisten:

“Ik denk ook wel dat volgens mij het niet altijd duidelijk is of het protocol nou al gestart is of niet.”

Het blijkt dat elke discipline weer wat anders zegt en hierdoor de samenwerking niet optimaal verloopt tussen al de facetten in de behandeling en begeleiding van een patiënt met een HOS. Dit blijkt ook uit het interview met de chirurg:

“De één zegt dit en de ander zegt dat. En er is wel een protocol, maar niemand houdt zich eraan.”

Om samenwerking te laten slagen, is het van belang om in gesprek met elkaar te blijven en tijdig het proces te evalueren. Er dient genoeg terugkoppeling gegeven te worden in het medische netwerk rondom de patiënt met een HOS. Dit zodat eenieder weet waar hij precies staat en welke stap daarna gezet moet worden. Dit creëert een besefmoment bij de verschillende disciplines. Op deze manier kunnen er ook concrete vervolgspraken gemaakt worden die dan goed nageleefd kunnen worden. Diëtist 2 zegt hier het volgende over:

“Alleen denk ik ja misschien moet je inderdaad bij dit soort patiënten, omdat we net al zeiden soms loopt het een beetje langs elkaar heen. Moet je toch even een soort van afstemmomentje hebben op een dag. En dat is denk ik heel lastig om in de praktijk te gaan plannen.”

Continuïteit van zorg

De geïnterviewden gaven aan dat continuïteit van zorg van belang is voor de patiënt. Patiënten

ervaren dit als fijn, doordat ze vaker hetzelfde gezicht aan bed hebben, maar het zorgt ook voor minder fouten. Wanneer een vast team het aanspreekpunt is voor de coördinatie rondom de zorg van de HOS, weet eenieder wat zijn taak hierin is en wat wanneer uitgevoerd moet worden. Vanuit dat kleine groepje kunnen andere disciplines aangestuurd worden om de zorg op deze manier op de juiste wijze uit te zetten. Het blijkt dat op verpleegafdeling U vaak veel verschillende arts-assistenten aanwezig zijn die de zorg rondom de patiënt coördineren. De stomaverpleegkundige zegt hierover het volgende:

“Wil je invloed krijgen op dat high output dat vraagt gewoon een grote mate van continuïteit. Er is een hoge wisseling ook aan artsen op de afdeling... Tussen die arts-assistenten is ook weinig continuïteit.”

Hiernaast blijkt dat het protocol niet altijd op de juiste manier wordt opgevolgd en er onduidelijkheid bestaat wanneer het protocol wel of juist niet ingezet dient te worden. Hiernaast blijkt dat op de verpleegafdeling een HOS in verhouding weinig voorkomt, vergeleken met andere ziektebeelden. Waardoor er nog weinig ervaring bij de afdelingsverpleegkundigen en arts-assistenten zijn met het werken met het protocol. Hierdoor is alles voor hen nog nieuw. Dit resulteert in een kennistekort omtrent de HOS en het protocol hierbij, maar geeft ook onduidelijk welke stap wanneer gezet dient te worden. De chirurg geeft aan dat de basis is om goed te monitoren bij de patiënt echter dat het belang hiervan niet altijd ingezien wordt:

“Wat denk ik wel heel belangrijk is. Is echt een degelijke vochtbalans... En dat is soms ook wel heel lastig... ik denk dat is wel de basis van de behandeling, dat er goed gemonitord wordt... Vaak is het ook dat mensen niet inzien hoe belangrijk het is.”

Patiënten hebben ook niet altijd de continuïteit in zorg wat betreft de eigen thuismedicatie en de kosten hiervan. Hiermee wordt bedoeld dat de thuismedicatie niet altijd vergoed wordt en dat de apotheek soms deze medicatie om deze reden omzet naar een ander medicament met alle gevolgen van dien. De chirurg zegt hierover het volgende:

“Nou bijvoorbeeld wat soms wel lastig is. Is de natriumchloride capsules of zakjes hebt. Dat is bij elke ileostoma. Krijgen mensen zoutsuppletie. Dat dat soms wel moeilijk verkrijgbaar is of moeilijk vergoed. Dat is voor een heel aantal medicamenten dat in het protocol zit. Dat die niet allemaal vergoed wordt. Dat is natuurlijk wel super onhandig. Want dan heb je iemand eindelijk op iets wat voor iemand goed werkt en dan wordt het weer niet vergoed of omgezet door de apotheek thuis. En dan heb je eigenlijk bij de omslag naar huis weer een gevaar moment eigenlijk. Omdat er dingen veranderen in de medicijnen.”

Zelfmanagement

Het stimuleren van zelfmanagement bij de patiënten kan op veel verschillende manieren en dus op allerlei manieren ingericht worden. Eén van de manieren die toegepast kan gaan worden, is het beheren van de (thuis)medicatie bij de patiënt zelf te laten. Dit is mogelijk, mits een patiënt hier cognitief toe in staat is. Op deze manier kunnen patiënten bijvoorbeeld de medicatie tijdig voor de maaltijd innemen. Op verpleegafdeling U werd namelijk ervaren dat er een verkeerde toedienwijze voor de medicatie aanwezig was. Diëtist 2 geeft aan dat patiënten wellicht de medicatie in eigen beheer kunnen hebben, mits ze hier goede uitleg over krijgen.

“Ja kijk als je de patiënt erin betrekt en ook uitlegt aan de patiënt waarom het belangrijk is, omdat je daarmee iemand ook gewoon weer naar huis kan krijgen. Omdat die stomaproductie naar beneden gaat. Dan denk ik dat als een patiënt gewoon verder cognitief in orde is daar best wel aan mee wil werken. Maar dan moet je het wel heel goed uitleggen. Dat de verpleegkundigen het wel even komen checken”.

Hiernaast is het van belang om een vocht- en voedingslijst bij te houden. Dit is ook iets wat een patiënt het beste zelf kan bijhouden. Op deze manier kan de patiënt na elke inname precies opschrijven wat hij heeft gehad. Deze twee aspecten zijn van belang om door de patiënt zelf te laten uitvoeren, om hierin het zelfmanagement bij hen te vergroten. De mening van de chirurg hierover is het volgende:

“Bijvoorbeeld op de afdeling wordt altijd een vochtbalans bijgehouden op een keurig lijstje. En dat doet dan de afdelingsassistent. Maar dat kan een patiënt toch zelf ook opschrijven wat die drinkt. Dat zie ik heel erg en dan denk ik nou volgens mij kan jij dit zelf of moet het in ieder geval simultaan. Hè dat je zegt nou doen we 2 lijstjes. Maar dat het voor de patiënt logisch wordt van ik heb daar zelf ook regie over. Over hoeveel ik in mijn lijf stop”.

6.3 Focusgroep 1 oriëntatie op zelfmanagement bij een high output stoma

Vier verpleegkundigen namen deel aan de focusgroep. In deze focusgroep bijeenkomst werd middels een brainstormsessie gevraagd oplossingen te bedenken op drie thema's hoe zelfmanagement in praktijk gestimuleerd kan worden middels het 5A zelfmanagement model. De uitkomsten werden gecategoriseerd aan de hand van de drie probleemstellingen. De antwoorden zijn geturfd om aan te geven hoe vaak een antwoord voor kwam in ongeveer de gelijke context (Bijlage L).

Interventies zelfmanagement bij medicatie

Patiëntveiligheid staat voorop bij het bepalen of medicatie in eigen beheer gegeven kan worden. Tijdens het opnamegesprek moet samen met de patiënt en diens familie achterhaald worden wat de wensen, behoeften, gewoonten en mogelijkheden zijn in het beheren van eigen medicatie. Het is belangrijk te achterhalen welke kennis een patiënt heeft en hierop aan te sluiten met de juiste informatie over bijvoorbeeld de werking, bijwerkingen en compliance van de medicatie. Er kan gebruikt gemaakt worden van hulpmiddelen zoals een reminder op de telefoon of een zakkaartje met instructies. Verder vinden verpleegkundigen het belangrijk dat er scholing voor collega's, met name voor leerlingen, georganiseerd wordt over het stimuleren van zelfmanagement bij medicatie. Tenslotte moeten logistieke randvoorwaarden gerealiseerd worden zoals afspraken maken met de ziekenhuisapotheek om voldoende medicatie te hebben op voorraad op de afdeling, en het aanpassen van Epic zodat ook 'eigen beheer' medicatie afgetekend kan worden.

Interventies zelfmanagement bij voeding/intake

Het achterhalen, informeren en voorbereiden op de juiste voeding met de patiënt en familie moet beginnen in het preoperatief traject vóórdat de patiënt opgenomen wordt. Indien nodig kan een diëtiste voorafgaande de operatie ingeschakeld worden. Ook tijdens de opname moet er passende informatie zijn voor de patiënt, dit kan mondeling of schriftelijk door middel van een folder of zakkaartje. Tijdens de opname kan de patiënt, eventueel samen met familie, gestimuleerd worden zelf vochtlijsten en voedingslijsten bij te houden om inzicht te vergroten en eigen regie te stimuleren. Belangrijk is om dit na afloop samen met de verpleegkundige te evalueren. Daarnaast zou het een mogelijkheid moeten zijn om eten van thuis te laten komen. Belangrijke randvoorwaarden zijn collega's en leerlingen te scholing in het belang van vochtbeperking en isotone dranken bij een HOS-patiënt.

Interventies psychosociale ondersteuning

Wederom is een goede preoperatieve voorbereiding wat de patiënt verwachten kan, wensen, verwachtingen, hulpvraag en ondersteuningswensen in kaart gebracht. Tijdens de opname is het belangrijk dagelijks de psychosociale toestand samen met de patiënt te evalueren en afspraken te maken over aanvullende ondersteuning. Het is belangrijk om gebruik te maken van de kennis van de familie en zorgen voor een goede overdracht naar de thuiszorg. Zo nodig kan maatschappelijk werk, geestelijk verzorging of psychologie ingeschakeld worden. Patiënten moeten ook de mogelijkheid krijgen in contact te kunnen komen met lotgenoten. Tenslotte, bij patiënten die lang in het ziekenhuis liggen, is het belangrijk een verpleegkundige van de afdeling als casemanager toe te wijzen die de continuïteit van zorg in de gaten houdt en vaste aanspreekpunt is voor de patiënt.

Evaluatie brainstormsessie

Verpleegkundigen vonden de brainstormsessie een behulpzame methode om snel ideeën te generen om deze vervolgens met elkaar te bediscussiëren. Verpleegkundigen zijn van mening dat het 5A zelfmanagementmodel goede handvaten geeft om de wensen en behoeftes van patiënten in kaart te brengen. Hierdoor draagt het bij aan de continuïteit van zorg in de keten van de patiënt.

6.4 Focusgroep 2 oriëntatie zelfmanagement algemeen

Twintig verpleegkundigen uit het team, inclusief teamleider en vier verpleegkundigen van het kern-team, namen deel aan een digitale focusgroep middels ZOOM. Er werd gestart het presenteren van theoretische kennis middels een korte PowerPoint en 2 kennisclips via YouTube. Dit werd gevolgd door een 5 minuten durende discussie in break-out rooms van 2-3 drie mensen per groepje over de stelling “Zelfmanagement is hetzelfde als Zelfzorg”. Daarna vond een korte casusbespreking plaats met anonieme input via MentiMeter (Bijlage M). De resultaten worden in onderstaande paragrafen beschreven.

Zelfmanagement versus zelfzorg

In de break-out rooms vond een korte discussie plaats over de overeenkomsten en verschillen tussen zelfmanagement en zelfzorg. Bij de terugkoppeling in de groep geven respondenten aan zelfzorg als onderdeel van zelfmanagement te zien. Ze verstaan zelfzorg als het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse lichamelijke activiteiten zoals wassen, aankleden, eten en drinken.

Bij zelfmanagement wordt gedacht aan het zelf kunnen plannen en organiseren rondom hun ziekteproces, zelf hun zorg kunnen organiseren, zelf inzicht hebben en zelf regie kunnen voeren.

“Zelfmanagement: dat patiënten meer gaan regelen in hun eigen zorg...Op het moment dat ze in het ziekenhuis komen ze al meer dingen zelf kunnen regelen, al meer zelf in de hand hebben”

Een verpleegkundige is van mening dat voor het stimuleren van zelfmanagement het belangrijk is de regie aan de patiënt te geven.

“Hoe meer je als verpleegkundige jezelf opdringt, dat werk soms averechts; als je de patiënt zelf de regie geeft dat werkt ook stimulerender”

Naar aanleiding van YouTube filmpjes herkennen verpleegkundigen dat zelfmanagement veel breder is dan waar zij zelf normaliter aan denken op de afdeling. De voorbeelden in de YouTube filmpjes zijn gericht op patiënten met een chronische ziekte. Volgens één verpleegkundige zijn de meeste

patiënten op de afdeling in de beginfase van hun ziekte, maar ziet zij kansen om deze patiënten te ondersteunen in zelfmanagement.

“...management van de zorg, dan hebben we het vooral over de chronische patiënten, in het ziekenhuis hebben we het mensen die ziek worden, die in het begin van de ziekte staan. Dat mensen met een stoma moeten gaan leven, bijvoorbeeld, we kunnen er wel een start van maken. Een andere start bijvoorbeeld. We kunnen de mensen gaan helpen dat ze de zelf de zorg gaan managen”

Tenslotte geeft een verpleegkundige aan zich te herkennen in het veel gebruikte argument dat stimuleren van zelfmanagement veel tijd kost, maar geeft tegelijkertijd aan dat er wel degelijk tijd genomen wordt in de praktijk, omdat verpleegkundigen wel inzien dat doelen beter behaald worden met de patiënt.

Evaluatie interactieve sessie

Verpleegkundigen werden gevraagd via Mentimeter feedback te geven op de interactieve sessie, specifiek op de vraag: ‘zijn er nog onduidelijkheden wat betreft zelfmanagement?’. Meer dan de helft van de deelnemers gaven een reactie via Mentimeter. Bijna iedereen vond de presentatie met ondersteunende YouTube filmpjes duidelijk. Sommige verpleegkundigen gaven aan meer inzicht in zelfmanagement te hebben gekregen. Een aantal verpleegkundigen vraagt zich af hoe zelfmanagement verder concreet in de praktijk toegepast gaat worden, wie de verantwoordelijkheid op zich neemt. Er is behoefte om afspraken te maken om zelfmanagement concreet toe te passen, en regelmatig te evalueren om zelfmanagement onder de aandacht te houden. Op de Mentimeter vraag “welke kansen zien jullie om op de afdeling zelfmanagement in te passen?”, wordt door meerdere verpleegkundigen aangegeven het belangrijk te vinden de patiënt meer eigen regie te geven en gelijk bij opname al te inventariseren bij de patiënt ‘wat kan u zelf, wat wilt u zelf, hoe ziet u het zelf?’ Ze vinden dat dit een standaardvraag zou moeten zijn. Er wordt door meerdere verpleegkundigen aangegeven zelfmanagement met casemanagement te combineren, maar concrete voorbeelden hoe dit te doen, worden niet genoemd. Verpleegkundigen zijn van mening dat zelfmanagement bij iedereen toegepast kan worden, bijvoorbeeld bij mobiliseren, stomazorg, medicatie, en het toepassen van gezamenlijke besluitvorming. Concrete mogelijkheden die benoemd worden zijn het bijhouden van vocht- en voedingslijsten door de patiënt (Bijlage 12). Als vervolgthema wordt gekozen voor het stimuleren van eigen regie bij voeding.

7. Resultaten cyclische evaluatie actieonderzoek

In vergelijking bij traditioneel onderzoek, vereist participerend actieonderzoek continue monitoring en reflectie van zowel het onderzoeksproces als de inhoud. Dit bepaald niet alleen of het onderzoek op koers ligt maar ook welke stappen gezet moeten worden om het onderzoek vooruit te helpen. In Kiezen voor Beter is dit gedaan door voor te bereiden op de contactmomenten met de afdelingen en samen te evalueren en te reflecteren op zowel de inhoud als het proces. Na afloop werd een kort reflectieverslag bijgehouden door de onderzoeker. Daarnaast vond een intensieve samenwerking met de bachelor studentonderzoekers en de kenniskring van het lectoraat plaats. Vanwege de overlap en samenwerking met Floor 2020, werd de ontwikkelingscoach van Floor 2020 betrokken in de contacten met afdeling T en B. De belangrijkste uitkomsten worden middels thema's in onderstaande paragrafen weergegeven.

Actieonderzoek is een nieuw fenomeen

Actieonderzoek is een nieuw fenomeen voor verpleegkundige team, inclusief teamleiders. Dit werd bevestigd tijdens de werving gesprekken met de teamleiders. Om dit aan te pakken werd in de eerste gesprekken met de teamleiders informatie gegeven over de principes van actieonderzoek. Deze informatie werd herhaald door de ontwikkelingscoaches van Floor tijdens een ziekenhuisbrede voorlichtingsbijeenkomst voor teamleiders. Samen met de teamleider en de coach van Floor werden strategieën bedacht hoe verpleegkundigen van de pilotafdelingen voor te lichten over het doel van Kiezen voor Beter en actieonderzoek.

Omdat afdeling T en B zich in de opstartfase van de proeftuin bevonden en de kernteams nog niet compleet waren, werd besloten een bondig informatieve beschrijving te maken voor de nieuwsbrief en voor op de teamsite, een aankondiging te maken tijdens de teamvergadering en de ontwikkelingscoach te betrekken als bruggenbouwer tussen de proeftuin en Kiezen voor Beter. Omdat afdeling U zich in de afrondende fase van de proeftuin bevond, dus al verder in hun professionalisering, werd met de teamleider afgestemd dit te bespreken tijdens de maandelijkse kernteam bijeenkomsten. Met deze ingezette acties werd beoogd kernteams kennis te laten maken met actieonderzoek om zo verpleegkundigen te motiveren en enthousiasmeren tot co-creatie. In praktijk bleek dit een te optimistisch beeld. Waar teams enthousiast op reageerden was actief betrokken te worden bij het verkennen van de situatie op de afdeling en gezamenlijk een praktijkprobleem te identificeren. Echter bleek men onbewust van het cyclische karakter van actieonderzoek te zijn. Zo hadden zij er geen rekening mee gehouden dat er opvolging van eerder opgehaalde resultaten moet worden gegeven, dit in tegenstelling tot klassiek onderzoek doen met een duidelijke begin en eind. Vervolgens leidde dit weer tot rolverwarring in de kernteams, 'wat wordt er van ons verwacht', 'daar hebben we geen tijd voor', 'hier zijn wij vooraf niet van op de

hoogte gebracht', 'weet onze leidinggevende dit wel', 'wie ondersteund ons daarin'. Strategieën die werden toegepast waren rolverhelderingsgesprekken met memo's, gezamenlijke gesprekken met de ontwikkelingscoach van Floor, soms met de aanwezigheid van de teamleider.

Er werd gezocht naar mogelijkheden hoe onderzoekstudenten in het verbetertraject efficiënt in te zetten door middel van dataverzameling en analyse. Een omslag in het denken kost tijd. Ze zijn normaliter faciliterend naar onderzoekstudenten, 'wat heeft de student nodig voor haar of zijn onderzoek,' of, 'we hebben de student goed geholpen met haar onderzoek'. Dit in tegenstelling, 'hoe kunnen we studenten voor ons verbetertraject' inzetten.

Betrekken van eigen collega's

Kernteam vinden het lastig hun collega's te betrekken in het onderzoek. Zij geven aan, 'het leeft niet op de afdeling'. Volgens de kernteams zouden hun collega's niet of nauwelijks op de hoogte zijn, ondanks de meldingen in de nieuwsbrieven, teamsite, presentaties van studenten. Tijdens de kernteambijeenkomsten werden mogelijkheden besproken hoe hun collega's betrokken en geënthousiasmeerd konden worden. De presentaties van studenten en interactieve sessie van het kernteam zorgde voor een hoge opkomst en genereerde waardevolle input van collega's.

De break-out rooms stimuleerde de discussie in kleine groepjes en de anonimiteit van Mentimeter zou mogelijk voor een hoge inbreng van verpleegkundigen hebben geleid.

Het toepassen van een digitale interactieve sessie was nieuw en spannend voor het kernteam en vergde enige overtuigingskracht van de onderzoeker en lef van het kernteam om het te proberen. Het werd als succesvol ervaren en het kernteam wil ook in de toekomst op deze wijze weer een interactieve sessie houden. Het kernteam van afdeling T vond het belangrijk dat de onderzoeker tijdens een teamvergadering het doel van het onderzoek en de tussenopbrengsten van de deelstudies zou vertellen. Na afloop van de presentatie werden reflectieve vragen gesteld aan het team.

Opvallend is dat er weinig reactie en discussie op gang kwam. Op de vraag hoe het team betrokken willen worden in het onderzoek, werd aangegeven het zinvol te vinden wanneer er regelmatig een terugkoppeling van het onderzoek gegeven wordt tijdens een teamvergadering of tijdens het werk.

Onderzoeker als facilitator: lessons learned

In tegenstelling tot wetenschappelijk onderzoek, staat een actieonderzoeker op gelijke voet met het team in het onderzoeksproces. Een belangrijke rol is het ondersteunen en faciliteren van het team om tot een duurzame praktijkverandering te komen. Belangrijk om te vermelden is dat de onderzoeker in Kiezen voor Beter zelf beginnend actieonderzoeker is en de reflecterende leermethoden nog eigen moet maken. Een voordeel is dat de onderzoeker tevens werkzaam is als verpleegkundige in het MCL en zich gemakkelijk kan verplaatsen in de weerbarstige praktijk.

Les 1: Fysieke bijeenkomsten zijn belangrijk. Uit ervaring blijkt dat fysieke ontmoetingen tussen de onderzoeker en kernteam tot een betere werkrelatie leidt dan wanneer ontmoetingen digitaal verlopen. Dit lijkt vooral van invloed te zijn in de opstartfase waarin het opbouwen van een vertrouwensrelatie belangrijk is. Bij een fysieke ontmoetingen wordt non-verbaal gedrag beter gesignaleerd en adequater op gereageerd. Er kan gemakkelijker de ruimte gepakt worden voor 'smalltalk' waardoor men zich eerder op zijn gemak voelt. Zo ervaaarde het kernteam van T de eerste ontmoetingen met de onderzoeker via Zoom als afstandelijk en zakelijk, en pas bij de eerste fysieke ontmoeting ontstond wederzijds vertrouwen.

Les 2: De kracht van de boodschap zit in de herhaling. Verpleegkundigen pakken niet vanzelfsprekend hun participerende rol in het onderzoek door verschillende redenen. Het regelmatig herhalen van de boodschap, herhalen van de uitkomsten blijkt essentieel te zijn. Om dit te blijven monitoren is het belangrijk de juiste reflectieve vragen te stellen. Door helderheid in rollen te houden ontstaat er ruimte voor inhoudelijke ontwikkelingen binnen het team.

Les 3: De aap op de schouder niet overnemen. Het blijft belangrijk te benadrukken dat het team eigenaar is van de verandering die zij tot stand willen brengen. Wanneer een team niet voldoende in beweging komt is de valkuil van de onderzoeker om de 'aap op de schouder' over te nemen. Door regelmatig het onderzoeksproces te evalueren met de kenniskring blijft de onderzoeker zich bewust van het belang van de juiste open, prikkelende vragen te stellen om het kernteam in beweging te krijgen, zonder afbreuk te doen aan de veiligheid door bijvoorbeeld een gevoel te geven dat men aan hun lot wordt overgelaten.

8. Discussie

Deze deelstudies vormen de eerste stappen in het PDDOEN-veranderingscyclus van het Kiezen voor Beter onderzoeksprogramma. Kiezen voor Beter heeft als doel verpleegkundigen te ondersteunen in het ontwikkelen en toepassen van vakinhoudelijk leiderschap rondom niet-verrichte zorg, dit in samenspraak met de patiënt. Het doel van de huidige deelstudies was de 'Plaatsbepaling' in kaart te brengen, namelijk, 1) inzicht krijgen in de aard en oorzaak van niet-verrichte zorg; 2) teams ondersteunen in het kiezen van een activiteit die geschikt is voor een duurzame praktijkverandering; 3) inzicht in de verpleegkundige percepties over hun eigen leiderschapsgedrag, de bijkomende succesverhalen en ontwikkelkansen en 4) belemmeringen in evidence based werken en de ontwikkelkansen met betrekking tot het stimuleren van zelfmanagement op afdeling U.

8.1 Keuzes en prioriteiten in niet-verrichte zorg

Deze deelstudies tonen aan dat zorgactiviteiten zoals mobiliseren, wisselligging, het bijhouden van belangrijke gegevens, ondersteuning bij zelfmanagement en emotionele steun bieden, activiteiten zijn die relatief het meest onverricht blijven tijdens een dienst op de verpleegafdeling.

Verpleegkundigen geven diverse oorzaken aan, waarbij het voordoen van urgente situaties, de onverwachte toename aan zorgzwaarte, de activiteiten niet kunnen inpassen in de huidige werkstructuren en routines, de individuele prioritering van verpleegkundigen en de verminderde motivatie van de patiënt voor zorgactiviteiten belangrijke oorzaken zijn. Deze uitkomsten zijn in lijn met veel recente internationale studies naar niet-verrichte zorg die aantonen dat niet-verrichte zorg activiteiten divers zijn en variëren van fundamentele oftewel basiszorg, psychologische zorg tot activiteiten rondom planning van zorg en educatie (Chaboyer et al., 2021). Daarbij behoren de activiteiten die gerelateerd zijn aan mobiliseren en surveillance/monitoring van de patiënt tot de top vijf onverrichte zorgactiviteiten (Jones et al., 2015; Osborne et al., 2015; Rochefort & Clarke, 2010).

Met betrekking tot hoe verpleegkundigen hun zorg prioriteren, geven de verpleegkundigen in onze deelstudies aan dat het voordoen van urgente situaties van de patiënt of onverwachte toename patiënten en zorgzwaarte van grote invloed is hoe zij hun zorgverlening inplannen en welke activiteit prioriteit krijgt. Zo krijgt een nieuwe opname prioriteit boven mobiliseren of emotionele ondersteuning. Dit komt overeen met een kwalitatieve studie uit 2020 in het MCL hoe verpleegkundigen prioriteit geven aan zorgactiviteiten (Rasing, 2020) die zegt dat verpleegkundigen activiteiten prioriteren die hoog complex en risicovol zijn, activiteiten die als 'verplicht' worden ervaren en activiteiten die verricht moeten worden om stagnatie van het zorgproces te voorkomen. Volgens de literatuur hanteren verpleegkundigen een hiërarchische systematiek in de manier van prioritering: medisch-georiënteerde zorg en monitoring direct gelinkt aan patiëntveiligheid heeft

meer prioriteit dan mobiliseren of emotionele ondersteuning (Jones et al., 2015; Papastavrou et al., 2014). Hierbij zijn de karakteristieken van de activiteiten van invloed: bij het voorzien van emotionele en psychosociale behoeftes in plaats van fysiologische behoeftes is het effect op de gezondheid minder onmiddellijk en minder direct en kost meer tijd om uit te voeren (Jones et al., 2015). Wat ook meespeelt is dat basiszorg of minder zichtbare elementen van zorg vaker worden overgeslagen dan onderdelen van zorg waarin andere disciplines direct of indirect betrokken zijn (Vryonides et al., 2015). In onze deelstudies blijft wisselligging, naast mobiliseren, het meest vaak onverricht. Verpleegkundigen vertellen dat wisselligging regelmatig onverricht blijft en als minder urgent ervaren wordt door het inzetten van antidecubitusmatrassen. Ook landelijk gezien is het toepassen van wisselligging afgenomen (LPZ-monitor, 2015), terwijl in Nederland de prevalentie cijfers voor decubitus in ziekenhuizen hoger zijn dan in andere landen (Scheuer et al., 2014) en het belangrijk blijft ook wisselligging te geven wanneer een patiënt een antidecubitusmatras heeft (Gillespie et al., 2020; Richtlijn Decubitus | V&VN, 2021).

In onze deelstudies worden patiënten op de verpleegafdelingen nog onvoldoende ondersteund in het behouden van zelfmanagement bij hun aandoening. Volgens BN2020 hoort het stimuleren van zelfmanagement tot de kern van de beroepsuitoefening (Lambregts et al., 2015). Men heeft echter moeite om concrete invulling aan zelfmanagement te geven en er wordt verschillend mee omgegaan met betrekking tot het uitgangspunt en doel van zelfmanagement en de bijbehorende rollen van de patiënt en verpleegkundige (van Hooft et al., 2015). Dit komt overeen met de interviews, focusgroepen en voorgaande studies op afdeling U waaruit blijkt dat verpleegkundigen verschillende interpretaties en definities van zelfmanagement hanteren (Bakker, 2020). Er wordt vooral binnen de kaders van de klinische opname en perspectief van de zorgverlener gehandeld in plaats van keten breed en patiëntgericht. Deze percepties liggen in lijn met het acute medische model, gericht op monitoring en therapietrouwheid en waar de zorgverlener als expert wordt gezien (Been-Dahmen et al., 2015). Het bio psychosociaal model, daarentegen, sluit beter aan bij de psychologische en sociale behoeftes van de patiënt met een chronische aandoening (Been-Dahmen et al., 2015). In de interviews en focusgroepen op afdeling U geeft men aan dat interdisciplinair samenwerken en continuïteit van zorgverleners vaak ondermaats is, maar wel belangrijk is voor het stimuleren van zelfmanagement. Zij zien zelfmanagement bij voeding, vochtbalans, psychosociale zorg en medicatie als toepasbare en haalbare thema's voor de klinische setting en vinden het 5A zelfmanagement model daarin helpend om de behoeftes van de patiënt beter in kaart te kunnen brengen.

8.2 Verpleegsensitieve indicatoren/PROMS

In onze deelstudies is er geen analyse gedaan naar de Patient Reported Outcome Measures (PROMS). Volgens de teamleiders vielen de uitkomsten binnen de vastgestelde landelijke normen waardoor de PROMS geen aanknopingspunten gaven voor niet-verrichte zorg. Achteraf liggen deze

uitkomsten niet in lijn met de ervaringen van de verpleegkundigen in onze deelstudies: verpleegkundigen signaleren wel degelijk knelpunten in het zorgproces, echter zijn deze niet zichtbaar in de PROMS. Dit roept de vraag op of de indicatoren wel passend en voldoende nauwkeurig zijn om veranderingen te signaleren om de verpleegkundige praktijk te verbeteren. Volgens het promotieonderzoek van Kieft (2019) naar het inzichtelijk maken van verpleegkundige zorg worden kwaliteitsindicatoren met name ingezet om te toetsen of veilige zorg geboden wordt (Kieft, 2019). Het gevolg daarvan is dat er vooral wordt gemeten wat er mis kan gaan en minder wat er goed gaat, zoals welke positieve bijdrage verpleegkundigen leveren aan de gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt. Alhoewel niet onderzocht in onze deelstudies, is het van belang inzicht te krijgen in de wijze waarop verpleegkundige teams de huidige kwaliteitsindicatoren gebruiken om de zorg te monitoren en sturen.

Bekend is dat de huidige praktijkvoering van verpleegkundigen sterk gericht is op kosteneffectiviteit en transparantie en worden er allerlei gegevens geregistreerd voor externe partijen zoals zorgverzekeringen en inspectie van gezondheid. Dat leidt tot een hoge administratieve last en tot druk om de productiviteit op te schroeven. Ook in het Medisch Centrum Leeuwarden prioriteren verpleegkundigen het afwerken van de 'verplichte lijsten' boven andere zorgactiviteiten, omdat dit vanuit de organisatie opgelegd is 'aan het einde van de dienst moeten alle vinkjes groen zijn' (Rasing, 2020). Uit studies blijkt dat verpleegkundigen kwaliteitsindicatoren nauwelijks teruggekoppeld krijgen en gebruiken zij deze gegevens niet of nauwelijks om hun eigen kwaliteit van zorg te monitoren of om hun praktijkvoering te verbeteren (Kieft, 2019).

8.3 Evidence based werken

Bachelor verpleegkundigen hebben bij de invoering van het nieuwe beroepsprofiel en opleidingsprofiel BN2020 een belangrijke rol toebedeeld gekregen als reflectieve EBP-professional. Het vermogen om te reflecteren op eigen handelen en het gebruik maken van diverse kennisbronnen om de juiste handelingen te kiezen, moet leiden tot vernieuwing van de beroepspraktijk (Lambregts et al., 2015). Dit is hard nodig omdat we weten dat het gemiddeld 17 jaar duurt voordat innovaties in de dagelijkse praktijkvoering terecht komen (Morris et al., 2011). Ook weten we uit veel studies dat de vertaling van de onderzoeksresultaten naar de praktijk uitdagend is en moeizaam verloopt, mede door het gebrek aan middelen (Li et al., 2018) en dat het hiaat tussen 'knowing and doing' kan leiden tot suboptimale patiëntenzorg (Grimshaw et al., 2012).

Voor een evidence based werkcultuur hebben bachelor verpleegkundigen een minimale set aan attributen nodig zoals kennis, vaardigheden, attitude, ruimte en oordeelvermogen om evidence based werken mogelijk te maken. Ook moeten zij beschikken over belangrijke competenties zoals het kunnen formuleren van een goede onderzoeksvraag volgens het PICO-T formaat, een 'critical

appraisal' kunnen maken van evidence, waarbij er altijd aandacht is voor het patiëntenperspectief in het implementatieproces (Albarqouni et al., 2018; Melnyk et al., 2018).

In onze deelstudie op afdeling U bevestigen verpleegkundigen het nut en de noodzaak voor evidence based werken, maar ervaren tegelijkertijd uiteenlopende barrières die het evidence based werken in de weg zitten zoals het gebrek aan tijd, competenties en coördinatie. Samengevat heeft men moeite met het formuleren van een relevante onderzoeksvraag voor de praktijk, het systematische zoeken naar data en interpreteren van onderzoeksresultaten. Vervolgens blijft het vertalen van de resultaten naar praktijk haperen: men weet niet hoe het moet of men voelt dat men geen autoriteit heeft om de praktijk te veranderen. Het wordt vaak onderschat hoe tijdrovend en complex het inbedden van evidence based werken in praktijk is; er worden vaak onvoldoende middelen ingezet om evidence based werken succesvol te implementeren in de dagelijkse praktijk (Tucker & Gallagher-Ford, 2019). Een review uit 2018 heeft de meest invloedrijke belemmeringen voor evidence based werken uiteengezet in vier categorieën, namelijk strategie, cultuur, technisch en structuur (Li et al., 2018). Veel voorkomende strategische belemmeringen zijn: niet bereid zijn tijd te investeren in evidence based werken; visie, missie, strategie zijn niet gedreven door kwaliteit; gebrek aan prioriteit door leiders; hoge werklast; gebrek aan tijd; patiëntenzorg gaat voor; gebrek aan infrastructuur en ondersteuning. Dit ligt deels in lijn met onze deelstudie: verpleegkundigen benoemen de factor tijd als een grote barrière.

Belangrijke culturele barrières die door Li et al worden genoemd zijn o.a.: successen worden niet gevierd en worden daardoor geen onderdeel van de verbetercultuur; weerstand van collega's en management; geen autoriteit om de praktijk te veranderen; geen vertrouwen in de onderzoeksresultaten of interventies. In vergelijking met onze deelstudie heeft de meerderheid wel vertrouwen in de onderzoeksresultaten en voelt men over het algemeen geen weerstand tot verandering. Veel verpleegkundigen ervaren echter weinig invloed om de praktijk te veranderen. Invloedrijke technische belemmeringen die beschreven staan in de literatuur zijn: gebrek aan EBP-training, ontoereikende informatiesystemen, gebrek aan zelfvertrouwen om data te zoeken en resultaten te begrijpen. In onze deelstudie geven verpleegkundigen vooral aan kennis gebrek te hebben hoe zij een relevante onderzoeksvraag moeten maken en vervolgens data moeten zoeken, begrijpen en vertalen naar eigen praktijk.

Tenslotte worden in de review structurele belemmeringen beschreven, namelijk: nieuwe kennis wordt niet opgeslagen en verspreid in de organisatie; er wordt niet of onvoldoende gebruik gemaakt van bestaande organisatiestructuren en overlegmomenten om kennis te verspreiden; onderzoeksresultaten worden niet op één plek bewaard; onderzoeksresultaten worden niet in een eenvoudig format inzichtelijk gemaakt. Ook deze belemmeringen liggen in lijn met onze uitkomsten

waarbij verpleegkundigen aangeven te verdrinken in de grote hoeveelheid aan onderzoeken, behoefte te hebben aan een snelle en praktische vertaling van onderzoeksresultaten naar de eigen praktijk en behoefte hebben om een aantal verpleegkundigen uit het team een coördinerende en monitorende rol op zich te laten nemen.

Concluderend, naast karakteristieken van individuele verpleegkundigen zoals kennis, attitude en gedrag, zijn de karakteristieken van de organisatie het meest bepalend op het wel of niet succesvol vertalen van onderzoek naar praktijk (Grimshaw et al., 2012; Pfadenhauer et al., 2017).

Het evidence based werken, wordt beïnvloed door de cultuur van de organisatie, leiderschap, communicatie, netwerken, faciliteiten, 'champions' en evaluatie, monitoring en feedback activiteiten. De contextuele factoren zijn met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar op een complexe en dynamische wijze om veranderingen tot stand te brengen (Li et al., 2018).

8.4 Samenwerken en gedeeld leiderschap voor verandering en innovatie

Over het algemeen zijn er veel overeenkomsten gevonden tussen de afdeling met betrekking tot de vijf domeinen van transformationeel leiderschap. De afdeling lieten gemiddeld dezelfde opvallende fluctuaties binnen de domeinen zien. Gesteld kan worden dat verpleegkundigen vinden dat zij anderen in staat stellen tot handelen, het goede voorbeeld geven, en mensen een hart onder de riem steken.

Om anderen in staat te stellen tot handelen, is het belangrijk bewust te werken aan je best doen voor een vertrouwensrelatie met collega's, zorgen voor een veilige omgeving waarin verpleegkundigen zich veilig voelen hun mening te uiten en durven deel te nemen aan besluitvorming (Larsson & Sahlsten, 2016). Dit vormt de cultuur van de organisatie en heeft een impact op de doeltreffendheid en prestatie van het team door het overdragen van best practices, met als gevolg betere besluitvorming en uitkomsten (Larsson & Sahlsten, 2016).

Met betrekking tot het goede voorbeeld geven, is het essentieel consensus te bereiken over gezamenlijke normen en waarden en om dit vervolgens ook gezamenlijk uit te dragen (Kouzes, 2010). In onze studie vinden verpleegkundigen van afdeling T het verplegen in duo's een belangrijke werkmethode om goed aan te kunnen sluiten bij de wensen van de patiënt, een voorbeeld te kunnen zijn voor leerlingen en om aan gezamenlijke waarden te kunnen werken. Verpleegkundigen tonen het goede voorbeeld wanneer zij zowel professionele standaarden helder uitspreken als hun kennis en expertise delen met minder ervaren collega verpleegkundigen (Patrick et al., 2011), oftewel handelen vanuit professionele deskundigheid (Casey et al., 2011). Effectief vakinhoudelijk leiderschap zorgt voor veilige en effectieve zorg (Mannix et al., 2014). Goede klinische competenties in de praktijkvoering is een van de meest gewenste eigenschappen (Cook, 2001).

Met betrekking tot anderen een hart onder de riem steken, is het belangrijk successen te vieren om zo bij te dragen aan een positieve sfeer (Kouzes, 2010). Dit zorgt ervoor dat mensen in beweging blijven, heeft een positieve bijdrage op communicatie, brengt het team samen en bouwt aan een sterke coalitie om doelen te bereiken (Patrick et al., 2011). Dit kan naar de verpleegkundige praktijk vertaald worden als het geven van erkenning en positieve feedback aan collega's (Patrick et al., 2011). Uit ons onderzoek blijkt dat verpleegkundigen vooral elkaar laten weten vertrouwen in elkaar te hebben, maar minder bezig zijn elkaar te belonen of successen te vieren. Casey et al. (2011) stelt dat belangrijke eigenschappen van vakinhoudelijk leiderschap zijn collega's en anderen te inspireren en in hun kracht te zetten om op te komen voor hoge kwaliteit van zorg (Casey et al., 2011).

Over het algemeen blijkt dat verpleegkundigen in onze deelstudies moeite hebben anderen te inspireren tot een gezamenlijke visie en de status-quo ter discussie te stellen. Zo vinden verpleegkundigen het moeilijk met elkaar te praten over toekomstige ontwikkelingen en hoe hier richting aan te geven. Toch is het visionair denken, anderen in hun kracht zetten en anderen meenemen in de visie een cruciale eigenschap van vakinhoudelijk leiderschap (Casey et al., 2011). Deze eigenschap zou de sterkste relatie hebben met kwaliteit van zorg en werktevredenheid (S. Boamah, 2018). Vakinhoudelijk leiders werken actief aan partnerschappen, zetten hun collega's actief in hun kracht voor een effectieve bijdrage aan de besluitvorming om veilige, patiëntgerichte uitkomsten te bevorderen (Rath & Conchie, 2008). Deze verpleegkundigen zijn beter in staat anderen te inspireren tot betere zorg, werken beter samen met andere zorgprofessionals, pleiten voor hun patiënten en durven de status-quo ter discussie te stellen, vooral wanneer het welzijn van hun patiënten op het spel staat (Patrick et al., 2011).

Wat betreft de status-quo ter durven discussie stellen, blijkt uit ons onderzoek dat verpleegkundigen weinig experimenteren of buiten de eigen grenzen van de afdeling naar innovatieve oplossingen zoeken. Juist op de werkvloer zijn verpleegkundigen een bron van innovatie (Verleye & Gemmel, 2011; Yan et al., 2020). Het tonen van dit innovatief gedrag is essentieel om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Knol et al., 2009). Tegelijkertijd kan het nemen van risico's angst opwekken en een reden zijn waarom verpleegkundigen geen veranderingen initiëren (Pullen, 2003). In veel gezondheidszorgculturen is er sprake van vermijden van risico's, omdat beoordelingsfouten zwaar wegen voor zowel de patiëntenzorg als in de beleving van de verpleegkundige. Dit kan betekenen dat verpleegkundige praktijkvoering die veilig vastgesteld is de voorkeur heeft ten opzichte van innovatie. Ook pestgedrag op de werkvloer of het niet bereid zijn tot verandering van collega's is een barrière voor het initiëren van veranderingen door verpleegkundigen (Stanley & Stanley, 2019). Daarnaast is het tonen van innovatief gedrag een bijkomende rol voor de meeste verpleegkundigen die alleen onder de juiste voorwaarden wordt opgepakt (Agarwal, 2014). Werknemers moeten het gevoel hebben dat de organisatie innovatie ondersteunt (Veenendaal et al., 2019). Wanneer

verpleegkundigen het gevoel hebben autonomie in hun werk te hebben, is er des te meer vrijheid en een grotere motivatie om deel te nemen aan innovaties (Yan et al., 2020). Om veranderingen tot stand te brengen hebben verpleegkundigen specifieke vaardigheden, moed en zelfvertrouwen nodig (Stanley & Stanley, 2019).

Alhoewel niet expliciet uitgevraagd in onze deelstudies, wordt in de literatuur een directe relatie toegekend aan de formele leiders, dus de werkgever, in het creëren van een ondersteunende werkomgeving en cultuur en de mate waarin verpleegkundigen vakinhoudelijk leiderschapsgedrag laten zien (S. Boamah, 2018). Diverse systematische reviews tonen de relatie aan tussen een sterke werkomgeving en de prevalentie van niet-verrichte zorg (Chaboyer et al., 2021b; Recio-Saucedo et al., 2018; Zhao et al., 2019). Om goede zorg te kunnen leveren of praktijkverandering tot stand te brengen, moeten verpleegkundigen zich gesteund voelen (S. A. Boamah, 2019). Verpleegkundigen die hun leidinggevende als sterke leiders beoordelen, ervaren hun werkomgeving als 'empowering', en tonen vaker vakinhoudelijk leiderschapsgedrag (Carney, 2009; Manojlovich, 2005; Patrick et al., 2011).

8.5 Sterkten deelstudies

Een aantal sterke punten zijn te benoemen. Als eerste, het toepassen van de PDDOEN cyclus volgens de principes van Practice Development sluit aan bij de 'wicked problems' van de dagelijkse verpleegkundige praktijk. De kracht van participerend onderzoek zit in de nauwe samenwerking met de belanghebbenden en het samen leren om tot een duurzame praktijkverandering te komen. Het iteratieve karakter van actieonderzoek dwingt ertoe dat tussentijdse opbrengsten gebruikt worden voor vervolgstappen. Ten tweede is validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot door datatriangulatie, memberchecks na interviews en evaluatiegesprekken met kernteams, onderzoeksstudenten en de kenniskring van het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg.

8.6 Beperkingen deelstudies

Een aantal methodologische beperkingen zijn te benoemen. Als eerste werd een fout in de digitale versie van de MISSCARE geconstateerd. Bij het overzetten van de papieren vragenlijst naar Qualtrics is er een keuze optie uitgelaten. Dit betreft de keuze optie '*zo nu en dan*' met betrekking tot de vraag, '*in welke mate komt u niet toe aan onderstaande onderdeel van zorg?*'. Dit zorgt ervoor dat de mate van niet-verrichte zorg activiteiten minder goed te onderscheiden zijn. Echter, voor de plaatsbepalingsfase heeft dit geen consequenties. De MISSCARE geeft weliswaar een indicatie van niet-verrichte zorg, maar de keuze voor het aan te pakken praktijkprobleem werd gemaakt naar aanleiding van de focusgroep gesprekken met afdeling T en B. Afdeling U had los van de MISSCARE

gekozen voor zelfmanagement als praktijkprobleem. Een andere beperking is de onervarenheid van studentonderzoekers met betrekking tot interviewtechnieken. Ondanks dat studenten middels een workshop handvaten kregen aangeboden, bleek de dataverzamelingsperiode te kort te zijn om ervaring met interviewen te krijgen. Hierdoor bleef de diepgang in de interviews beperkt. In combinatie met moeite met werven van deelnemers aan focusgroepinterviews, zorgt ervoor dat er gebrek aan datasaturatie is met betrekking tot de succesverhalen en ontwikkelkansen rondom leiderschap in dagelijkse praktijk.

8.7 Implicaties voor praktijk

Een aantal aanbevelingen worden gedaan richting de praktijk.

- **Iedereen is leider.** Wat betreft vakinhoudelijk leiderschapsgedrag is het belangrijk dat alle verpleegkundigen beseffen dat zij vakinhoudelijk leiders zijn die invloed op goede zorg kunnen uitoefenen en dat dit niet voorbehouden is aan iemand in een formele leiderschapspositie.
- **LPI als leidraad.** Het wordt aanbevolen de uitkomsten van de LPI als leidraad te gebruiken om de bewustwording over vakinhoudelijk leiderschap rondom niet-verrichte zorg in het team te vergroten. Teams moeten bereid zijn om sterk ontwikkelde punten rondom leiderschap te benutten om de minder sterke kanten van leiderschapsgedrag om te zetten tot ontwikkelkansen.
- **Successen vieren.** Het is belangrijk als team afspraken te maken hoe successen gevierd worden en hoe men elkaar erkenning geeft voor hun bijdrage aan een project.
- **Visie op goede zorg.** Het is belangrijk om als team een visie op goede zorg voor hun patiënten te ontwikkelen, dit vertalen naar strategieën en concrete doelen, monitoren en zorgen dat men zich hier ook aan houdt.
- **Feedback.** Om een goed rolmodel te kunnen zijn, is het belangrijk dat men zich bekwaam en zelfverzekerd voelt om feedback te geven, vragen en ontvangen.
- **Experimenteren en lef tonen.** Teams moeten durven werkrouines en processen kritisch te beoordelen: wat kan verbeterd worden en hoe kan dit gerealiseerd worden. Het is belangrijk om ook buiten de eigen afdeling en/of organisatie te kijken.
- **Goede zorg meetbaar maken.** Verpleegkundige teams moeten nadenken hoe zij goede zorg, zoals het stimuleren van zelfmanagement, in de keten inzichtelijk en meetbaar kunnen maken door het zoeken naar geschikte verpleegsensitieve uitkomsten die eenvoudig te registreren zijn; het moet niet leiden tot extra registratielast voor verpleegkundigen.
- **Interne kwaliteitsmonitoring.** Om het eigenaarschap over verpleegsensitieve indicatoren te vergroten, is het belangrijk om de uitkomsten te gebruiken als interne kwaliteitsmonitoring op de afdeling. Het moet een vast onderdeel van een teamoverleg zijn en binnen de keten zijn.
- **Evidence based werken faciliteren.** Het is noodzakelijk aandacht te hebben voor evidence based werken: er moeten voldoende getrainde verpleegkundigen per afdeling zijn, verpleegkundigen

moeten voldoende ruimte en tijd krijgen om literatuur te kunnen lezen, ondersteuning te kunnen vragen, Journal Clubs kunnen bijwonen en implementatie kunnen coördineren. Het wordt aanbevolen dat er één of meerdere verpleegkundigen in het team zijn, die inzicht heeft in EBP-projecten of onderzoeksopdrachten in het kader van opleidingen en de voortgang hierin bewaakt. De thema's die EBP of onderzoeksprojecten behandelen, dienen bij voorkeur gelinkt te zijn aan elkaar.

- **Enthousiaste verpleegkundigen als kartrekker.** Het is belangrijk om de kartrekkers of 'champions/change agents' binnen de teams te identificeren en te gebruiken om teams in beweging te houden. Andere interventies voor evidence based werken kunnen zijn mentorschap en peer coaching, audit met feedback of follow-up reminders bij het implementatieproces.

8.8 Vervolg stappen Kiezen voor Beter onderzoek

In de volgende fase 'Doen' van Kiezen voor Beter onderzoek is het noodzakelijk de niet-verrichte zorg activiteit die gekozen is door de pilotafdelingen, nader te onderzoeken betreffende onderliggende oorzaken en problemen. Hierbij kan ontwerpgerichte methoden toegepast worden waarbij de specifieke situatie leidend is voor de te gebruiken dataverzamelmethode. Voorbeelden kunnen zijn: participerende observaties, focusgroep en/of individuele interviews en interactieve sessies waarbij gebruik gemaakt wordt van reflectieve leermethoden zoals STARR, Appreciatieve Inquiry, Teach the Teacher, Rolverhelderingsgesprekken en Waardeverhelderingsgesprekken. Het wordt aanbevolen de patiënt te betrekken in deze vervolgstappen, omdat zij unieke kennis en ervaringen hebben die kunnen bijdragen aan betere zorg. In het kader van evidence based werken valt te denken aan het vaker met elkaar oefenen van een CAT of het houden van een Journal Club. De ontwikkeling om de functie verpleegkundig onderzoeker op ZE's in te voeren kan daaraan ondersteunend zijn. Daarnaast is het belangrijk om op alle pilotafdelingen aanvullende interviews af te nemen over hoe de uitkomsten van de LPI concreet in de praktijk met de patiënt te duiden zijn en wat hierin de succesverhalen en ontwikkelkansen zijn. Vervolgens kan een actie/implementatieplan gemaakt worden aan de hand van de kernbegrippen en het beroepsprofiel en competentieprofiel BN2020. Daarnaast moet de effectiviteit van een vakinhoudelijk leiderschap interventie gemeten worden door een meetinstrument zoals bijvoorbeeld Kirkpatrick's evaluation approach: 1) Reaction: hoe denken en reageren belanghebbenden op de interventie; 2) Learning: welke vaardigheden en attitudeveranderingen zijn tot stand gekomen; 3) Gedrag: welke praktijkveranderingen zijn ontstaan; 4) Result: wat is het eindresultaat van de ingezette interventie (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

9. Conclusie

Leren op individueel en teamniveau vond plaats door verpleegkundigen te betrekken bij het evalueren van de werkplek- en praktijkcultuur door waarden en gedrag van 'goede verpleegkundige zorg' te delen en consensus te vinden bij het selecteren van een niet-verrichte zorg activiteit voor de volgende stap in Practice Development. Het definiëren van succesverhalen door tastbaar leiderschapsgedrag in concrete zorgsituaties te onderzoeken, vergroot de bewustwording en zelfherkenning van verpleegkundigen als vakinhoudelijk leider. Door succesverhalen te gebruiken, kunnen teams gesterkt worden bij het verbeteren van onderontwikkelde leiderschapscompetenties die nodig zijn om samen met de patiënt goede keuzes te maken. Het ontwikkelen en toepassen van leiderschapsgedrag is een gedeelde verantwoordelijkheid die teaminspanning vereist waarbij rekening gehouden moet worden met de lokale context. Tenslotte, het vergroten van bekendheid en kennis van leiderschapsgedrag door middel van het ophalen en delen van succesverhalen heeft continu aandacht nodig in de volgende fasen van Practice Development.

10. Literatuurlijst

- Abdelhadi, N., Drach-Zahavy, A., & Srulovici, E. (2020). The nurse's experience of decision-making processes in missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 2161–2170. <https://doi.org/10.1111/JAN.14387>
- Agarwal, U. A. (2014). Linking justice, trust and innovative work behavior to work engagement. *Personnel Review*, 43(1), 41–73. <https://doi.org/10.1108/PR-02-2012-0019/FULL/HTML>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., Heede, K. van den, Lesaffre, E., Diya, L., Smith, H., Jones, S., Kinnunen, J., Ensio, A., Jylhä, V., ... van Achterberg, T. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Albargouni, L., Hoffmann, T., Straus, S., Olsen, N. R., Young, T., Ilic, D., Shaneyfelt, T., Haynes, R. B., Guyatt, G., & Glasziou, P. (2018). Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. *JAMA Network Open*, 1(2), e180281. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2018.0281>
- Audet, L. A., Bourgault, P., & Rochefort, C. M. (2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 128–146. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2018.01.007>
- Bakker, J. (2020). *Perceptions of nurses on clinical nursing leadership Exploring perceptions of nurses on applying clinical nursing leadership competences in order to empower patients in hospital to self-manage their own health condition*. Utrecht University.
- Been-Dahmen, J. M. J., Dwarswaard, J., Hazes, J. M. W., van Staa, A., & Ista, E. (2015). Nurses' views on patient self-management: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2834–2845. <https://doi.org/10.1111/jan.12767>
- Boamah, S. (2018). Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne de Recherche En Sciences Infirmieres*, 50(1), 9–19. <https://doi.org/10.1177/0844562117732490>
- Boamah, S. A. (2019). Emergence of informal clinical leadership as a catalyst for improving patient care quality and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 1000–1009. <https://doi.org/10.1111/jan.13895>
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. SAGE Publications.
- Carney, M. (2009). Public health nurses perception of clinical leadership in Ireland: narrative descriptions. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 435–445. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2834.2009.01015.X>

- Casey, M., Mcnamara, M., Fealy, G., & Geraghty, R. (2011). Nurses' and midwives' clinical leadership development needs: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1502–1513. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2010.05581.X>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021a). Missed nursing care: An overview of reviews. In *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* (Vol. 37, Issue 2, pp. 82–91). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021b). Missed nursing care: An overview of reviews. In *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* (Vol. 37, Issue 2, pp. 82–91). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Cook, M. J. (2001). The renaissance of clinical leadership. *International Nursing Review*, 48(1), 38–46. <https://doi.org/10.1046/J.1466-7657.2001.00040.X>
- Cox, K. (2007). De Nederlandse versie van de Barriers Scale. *Nederlands Tijdschrift Voor Evidence Based Practice*, 5(2), 29–31. <https://doi.org/10.1007/bf03071180>
- Gillespie, B. M., Walker, R. M., Latimer, S. L., Thalib, L., Whitty, J. A., McInnes, E., & Chaboyer, W. P. (2020). Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009958.PUB3/EPDF/ABSTRACT>
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50/COMMENTS>
- Gustafsson, N., Leino-Kilpi, H., Prga, I., Suhonen, R., & Stolt, M. (2020). Missed care from the patient's perspective – a scoping review. In *Patient Preference and Adherence* (Vol. 14, pp. 383–400). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/PPA.S238024>
- Halfens, R. J. G., Meesterberends, E., Neyens, J. C. L., Rondas, A. A. L. M., Rijcken, S., Wolters, S., & Schols, J. M. G. A. (n.d.). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage resultaten 2015 CAPHRI School for Public Health and Primary Care*. www.lpz-um.eu
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 52, Issue 6, pp. 1121–1137). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Judy, S., & Hammond, S. (n.d.). *An Introduction to Appreciative Inquiry*. Retrieved May 19, 2022, from <https://www.emergingnleader.com/wp-content/uploads/2015/05/An-Introduction-to-Appreciative-Inquiry.pdf>
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0B013E3181A23CF5>
- Kalisch, B., Tschannen, D., & Lee, H. (2011). Does missed nursing care predict job satisfaction? *Journal of Healthcare Management*, 56(2), 117–131. <https://doi.org/10.1097/00115514-201103000-00007>

- Kieft, A. M. M. (2019). *Creating a clear picture of nursing care: Het inzichtelijk maken van verpleegkundige zorg* — Tilburg University Research Portal.
<https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/creating-a-clear-picture-of-nursing-care-het-inzichtelijk-maken-v>
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels Berrett-Koehler Series* (2006 Berrett-Koehler, Ed.; 3rd ed.).
- Knol, J., nursing, R. V. L.-J. of advanced, & 2009, undefined. (2009). Innovative behavior: The effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Wiley Online Library*, 65(2), 359–370.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04876.x>
- Kouzes, J. M. P. B. Z. (2010). *A coach's guide to developing exemplary leaders: Making the most of the Leadership Challenge and the Leadership Practice Inventory (LPI)* (L. K. M. Shannon, Ed.). Pfeiffer.
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2015). Bachelor Nursing 2020. *Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde*, 129. <https://www.actiz.nl/stream/bachelor-nursing-2020-4-0.pdf>
- Larsson, I. E., & Sahlsten, M. J. M. (2016). The Staff Nurse Clinical Leader at the Bedside: Swedish Registered Nurses' Perceptions. *Nursing Research and Practice*, 2016, 1–8.
<https://doi.org/10.1155/2016/1797014>
- Li, S. A., Jeffs, L., Barwick, M., & Stevens, B. (2018). Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Systematic Reviews*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/S13643-018-0734-5>
- Mannix, J., Wilkes, L., & Daly, J. (2014). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. <https://doi.org/10.5172/Conu.2013.45.1.10>, 45(1), 10–21.
<https://doi.org/10.5172/CONU.2013.45.1.10>
- Manojlovich, M. (2005). Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction Through Nurse-Physician Communication. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 367–373.
<https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.2005.00063.X>
- McCormack, B., Manley, K., & Titchen, A. (2013). *Practice development in nursing and healthcare*.
[https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=MUqG9VHyQfIC&oi=fnd&pg=PA1991&dq=McCormack,+B.,+Manley,+K.,+%26+Titchen,+A.+\(2013\).+Practice+Development+in+Nursing+and++Healthcare&ots=AU4W55fxfR&sig=udq6PVp85oaukeT3S453XIVslNY](https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=MUqG9VHyQfIC&oi=fnd&pg=PA1991&dq=McCormack,+B.,+Manley,+K.,+%26+Titchen,+A.+(2013).+Practice+Development+in+Nursing+and++Healthcare&ots=AU4W55fxfR&sig=udq6PVp85oaukeT3S453XIVslNY)
- Melnik, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/WVN.12269>
- Morris, Z. S., wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510–520.
<https://doi.org/10.1258/JRSM.2011.110180>

- Osborne, S., Douglas, C., Reid, C., Jones, L., & Gardner, G. (2015). The primacy of vital signs – Acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(5), 951–962. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2015.01.014>
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(1), 3–25. <https://doi.org/10.1002/HPM.2160>
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449–460. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2834.2011.01238.X>
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L., & Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 12(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/S13012-017-0552-5/TABLES/5>
- Pullen, M. L. (2003). Developing clinical leadership skills in student nurses. *Nurse Education Today*, 23(1), 34–39. [https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(02\)00161-2](https://doi.org/10.1016/S0260-6917(02)00161-2)
- Rao, A. D., Kumar, A., & McHugh, M. (2017). Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(1), 73–79. <https://doi.org/10.1111/JNU.12267>
- Rasing, H. (2020). *Nursing leadership affecting missed nursing care in hospitals: a qualitative study*. Utrecht University.
- Rath, T., & Conchie, B. (2008). *Strength based leadership: Great leaders, teams and why people follow*. Gallup Press.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 27, Issues 11–12, pp. 2248–2259). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Richtlijn Decubitus / V&VN. (n.d.). Retrieved March 24, 2022, from <https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-decubitus/>
- Rochefort, C. M., & Clarke, S. P. (2010). Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2213–2224. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2010.05376.X>
- Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. v., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L., & Granados-Gámez, G. (2020). Original Research: How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. *American Journal of Nursing*, 120(7), 28–38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16>
- Scheuer, C., Boot, E., Carse, N., Clardy, A., Gallagher, J., Heck, S., Marron, S., Martinez-Alvarez, L., Masarykova, D., Mcmillan, P., Murphy, F., Steel, E., Ekdom, H. van, & Vecchione, H. (2014).

- Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen: Rapportage resultaten 2014. *Physical Education and Sport for Children and Youth with Special Needs Researches – Best Practices – Situation*, 343–354. <https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>
- Stanley, D., & Stanley, K. (2019a). Clinical leadership and rural and remote practice: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1314–1324. <https://doi.org/10.1111/jonm.12813>
- Stanley, D., & Stanley, K. (2019b). Clinical leadership and rural and remote practice: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1314–1324. <https://doi.org/10.1111/jonm.12813>
- Tucker, S. J., & Gallagher-Ford, L. (2019). EBP 2.0: From Strategy to Implementation. *American Journal of Nursing*, 119(4), 50–52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000554549.01028.AF>
- van der Cingel, C., Cardiff, S., Jukema, J., & van Hout, A. (2022). *Moreel verpleegkundig leiderschap*. Boom Uitgevers. https://www.boomhogeronderwijs.nl/product/100-9634_Moreel-verpleegkundig-leiderschap
- van Hooft, S., Dwarswaard, J., & van Staa, A. (2015). Ondersteunen van zelfmanagement Wat vraagt dit van verpleegkundigen? *Bijzijn XL 2015* 8:3, 8(3), 8–11. <https://doi.org/10.1007/S12632-015-0034-4>
- van Hooft, S. M., Dwarswaard, J., Jedeloo, S., Bal, R., & van Staa, A. L. (2015). Four perspectives on self-management support by nurses for people with chronic conditions: A Q-methodological study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 157–166. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2014.07.004>
- Veenendaal, A., revue, T. B.-M., & 2015, undefined. (2019). Perceptions of HRM and their effect on dimensions of innovative work behavior: Evidence from a manufacturing firm. *JSTOR*. <https://doi.org/10.1688/mrev-2015-02-Veenendaal>
- Verleye, K., & Gemmel, P. (2011). Innovation in the elderly care sector – at the edge of chaos. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 4(2), 122–128. <https://doi.org/10.1179/1753304X11Y.0000000002>
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., & Merkouris, A. (2015). The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics*, 22(8), 881–900. <https://doi.org/10.1177/0969733014551377>
- Yan, D., Wen, F., Li, X., & Zhang, Y. (2020). The relationship between psychological capital and innovation behavior in Chinese nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(3). <https://doi.org/10.1111/JONM.12926>
- Zhao, Y., Ma, D., Wan, Z., Sun, D., Li, H., & Sun, J. (2019). Associations between work environment and implicit rationing of nursing care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.12895>

Bijlage A: MISSCARE-vragenlijst

VRAGENLIJST NIET VERRICHTE VERPLEEGKUNIDGE ZORG (MISSCARE)*

Beatrice J. Kalisch

1. Naam van de instelling:
2. Naam van de afdeling, of laatste werkperiode:
3. Geslacht: _____ Vrouw _____ Man
4. Leeftijd:
 - 1) _____ Jonger dan 25 jaar (<25)
 - 2) _____ 25 tot 34 jaar (25-34)
 - 3) _____ 35 tot 44 jaar (35-44)
 - 4) _____ 45 tot 54 jaar (45-54)
 - 5) _____ 55 tot 64 jaar (55-64)
 - 6) _____ 65 jaar of ouder (65+)
5. Hoogst genoten opleiding:
 - 1) _____ MBO-helpende niveau 2
 - 2) _____ MBO-verzorgende IG-niveau 3
 - 3) _____ In-service A-verpleegkundige
 - 4) _____ MBO-verpleegkundige
 - 5) _____ HBO-verpleegkundige
 - 6) _____ Master Verplegingswetenschappen
 - 7) _____ Master Advanced Nursing Practice
 - 8) _____ Anders, namelijk: _____
6. Wat is uw huidige functie:
 - 1) _____ Helpende
 - 2) _____ Verzorgende
 - 3) _____ Verpleegkundige
 - 4) _____ HBO-verpleegkundige (senior, regie- of bachelor rol)
 - 5) _____ Verpleegkundige met specialisatie
 - 6) _____ Verpleegkundig Specialist/Nurse Practitioner
 - 7) _____ Anders, namelijk _____
7. Aantal uren dat u gewoonlijk werkt in een week:
 - 1) _____ minder dan 30 uren per week
 - 2) _____ meer dan 30 uren per week

8. **Dagdelen** welke u het meeste werkt?
- 1) _____ Overdag
 - 2) _____ Avond
 - 3) _____ Nacht
 - 4) _____ Afwisseling tussen dag-, avond- en nachtdiensten
9. Hoe lang werkt u in **uw huidige functie**?
- 1) _____ Tot 6 maanden
 - 2) _____ Tussen 6 maanden en 2 jaar
 - 3) _____ Tussen 2 en 5 jaar
 - 4) _____ Tussen 5 en 10 jaar
 - 5) _____ Langer dan 10 jaar
10. Hoe lang werkt u op **uw huidige verpleegafdeling**?
- 1) _____ Tot 6 maanden
 - 2) _____ Tussen 6 maanden en 2 jaar
 - 3) _____ Tussen 2 en 5 jaar
 - 4) _____ Tussen 5 en 10 jaar
 - 5) _____ Langer dan 10 jaar
11. Hoeveel uren bedraagt de dienst die u het vaakst werkt?
- 1) _____ Minder dan 8 uur
 - 2) _____ 8 uur
 - 3) _____ Meer dan 8 uur
 - 4) _____ Afwisseling tussen diensten van meer of minder uren
 - 5) _____ Anders, namelijk: _____
12. Hoeveel overuren hebt u in de afgelopen 3 maanden gemaakt?
- 1) _____ Geen
 - 2) _____ 1-12 uur
 - 3) _____ Meer dan 12 uur
13. Hoeveel dagen bent u in de afgelopen 3 maanden **afwezig** geweest van uw werk wegens ziekte met uitzondering van goedgekeurde vakantie of roostervrije dagen of verlof?
- 1) _____ Geen
 - 2) _____ 1 dag of dienst
 - 3) _____ 2-3 dagen of diensten
 - 4) _____ 4-6 dagen of diensten
 - 5) _____ Meer dan 6 dagen of diensten
14. Overweegt u om van **functie** te veranderen?
- 1) _____ Ja, binnen de komende 6 maanden
 - 2) _____ Ja, binnen 1 jaar
 - 3) _____ Nee, ik overweeg niet te veranderen van functie

15. Hoe vaak is er naar uw mening voldoende verpleegkundig personeel op uw afdeling aanwezig?

- 1) _____ 100% van de tijd
- 2) _____ 75% van de tijd
- 3) _____ 50% van de tijd
- 4) _____ 25% van de tijd
- 5) _____ 0% van de tijd

16. Hoeveel **patiënten** heeft u verpleegd tijdens uw **laatst gewerkte dienst**?

_____ patiënt(en)

16. Hoeveel nieuwe patiënten heeft u **opgenomen** tijdens uw laatste gewerkte dienst (waaronder ook overplaatsingen van een andere afdeling)?

_____ patiënt(en)

17. Hoeveel patiënten heeft u **ontslagen** tijdens uw laatste gewerkte dienst (waaronder ook overplaatsingen naar een andere afdeling)?

_____ patiënt(en)

Kies alstublieft één antwoord per vraag.

	Zeervrededen	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Zeervrededen
18. Hoe tevreden bent u over uw huidige functie?					
19. Ongeacht uw huidige functie, hoe tevreden bent u met uw werk al verpleegkundige of verzorgende of helpende?					
20. Hoe tevreden bent u over de samenwerking binnen uw afdeling?					

Onderdeel A – NIET VERRICHTE VERPLEEGKUNDIGE ZORG (MISSCARE)

Van verpleegkundigen worden vaak meerdere acties tegelijk verwacht, waardoor ze hun prioriteiten moeten bijstellen en niet altijd alle zorg kunnen leveren die hun patiënten nodig hebben.

Hoe vaak komt het verplegend personeel (ook uzelf) op uw afdeling niet toe aan de volgende **onderdelen van verpleegkundige zorg** waardoor deze **niet verricht worden** in uw dienst?

Gelieve slechts één vakje per onderdeel aan te vinken.

	Altijd gemist	Vaak gemist	Soms gemist	Zelden ge- mist	Nooit ge- mist
1) Mobiliseren 3 keer per dag, of op indicatie/afpraak					
2) Wisselgigging geven iedere 2 uur of op indicatie/afpraak					
3) De patiënt helpen met eten als het nog warm is					
4) De maaltijd voor de patiënt klaarzetten om zelf te eten					
5) Medicijnen binnen 30 minu- ten van vastgesteld tijdstip ge- ven					
6) Vitale functies meten volgens protocol.					
7) Het bijhouden van de vocht- balans					
8) Complete documentatie van noodzakelijke gegevens					
9 a) Patiëntenvoorlichting over ziekte, onderzoek en behande- ling					
9 b) Patiëntenvoorlichting over leefstijl, zelfzorg, en zelfmana- gement					
10) Emotionele steun bieden aan patiënt en familie					
11) Patiënten wassen en huid- zorg					
12) Mondzorg					
13) Handen wassen tussen han- delingen					
14 a) Indiceren en regelen van nazorg (ontslagplanning).					
14 b) Instrueren en voorlichten in een ontslaggesprek.					

15) Glucose meten aan bed volgens afspraak					
16 a) Lichamelijke en functionele conditie van de patiënt beoordelen tijdens iedere dienst					
16 b) Psychosociale conditie van de patiënt beoordelen tijdens iedere dienst					
17) Specifieke herbeoordeling conditie van de patiënt o.b.v. eerder gesignaleerde knelpunten					
18) Infuus en centrale lijn verzorgen en evalueren volgens protocol					
19) Binnen 5 minuten reageren op een patiëntoproep					
20) 'Ad hoc/Indien nodig' medicatie wordt binnen 15 minuten toegediend					
21) Effectiviteit van de medicijnen beoordelen					
22) Bijwonen van multidisciplinair overleg					
23) Binnen 5 minuten helpen na een verzoek bij toiletgang					
24) Huid en wondzorg					

Onderdeel B - Redenen voor niet-verrichte verpleegkundige zorg (MISSCARE)

Met betrekking tot de verpleegkundige zorg waar het verplegend personeel (ook uzelf) op uw afdeling niet aan toe komen (zoals aangegeven in deel A van deze vragenlijst), wat zijn volgens u de **OORZAKEN** dat deze zorg op uw afdeling **NIET WORDEN VERRICHT**?

Gelieve slechts één vakje per onderdeel aan te vinken.

	Veel voorkomende oorzaak	Minder vaak voorkomende oorzaak	Weinig voorkomende oorzaak	GEEN oorzaak
1) Onvoldoende verplegend personeel				

2) Urgente situatie patiënt (bijv. klinische achteruitgang)				
3) Onverwachte toename aantal patiënten en/of zorgzwaarte				
4) Hoge aantallen geplande opnames en/of ontslagen.				
5) Onvoldoende ondersteunend personeel (bijv. helpenden, administratief personeel)				
6) Patiëntentoe wijzing niet in balans				
7) Benodigde medicijnen zijn niet beschikbaar				
8) Ontoereikende overdracht van een vorige dienst of andere afdeling				
9) Andere afdelingen leverden de nodige zorg niet (bijv. fysiotherapie)				
10) Benodigde voorraden en instrumenten/apparaatuur niet beschikbaar				
11) Benodigde voorraden en instrumenten/apparaatuur werken onvoldoende/niet.				
12) Gebrek aan ondersteuning van COLLEGA'S				
13) Spanningen of communicatieproblemen met andere ONDERSTEUNENDE AFDELINGEN				
14) Spanningen of communicatieproblemen binnen het VERPLEEGKUNDIG TEAM				
15) Spanningen of communicatieproblemen met het MEDISCH TEAM				
16) Zorgverlener (verpleegkundige/				

verzorgende/helpende) is afwezig of (tijdelijk) niet beschikbaar voor de taak.				
17) Verzorgende/Helpende gaf niet aan dat zorg niet was verleend (indien van toepassing)				

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

Bijlage B: Leadership Practice Inventory vragenlijst

Leadership Practice Inventory Plas M, Crijns M. Vakinhoudelijk leiderschap en de LPI. Nederlands tijdschrift voor evidence based practice. 2010; 3:20-22.

Met deze vragenlijst wordt de mate van vakinhoudelijk leiderschap gemeten. Beoordeel uzelf op elk onderdeel met een score die kan variëren van 1 tot en met 10. Kruis per stelling één vierkantje aan dat de mate aangeeft waarin u het eens bent met elk onderdeel. Bijna nooit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bijna altijd 10

1. Ik neem mezelf als voorbeeld bij wat ik van anderen verwacht.
2. Ik praat over toekomstige ontwikkelingen die van invloed zullen zijn op de wijze waarop we ons werk uitvoeren.
3. Ik ga op zoek naar uitdagingen om mijn eigen vaardigheden en bekwaamheden te testen.
4. Ik bevorder samenwerkingsverbanden tussen de mensen met wie ik werk.
5. Ik geef mensen een compliment als ze hun werk goed gedaan hebben.
6. Ik besteed er tijd en energie aan om me ervan te verzekeren dat de mensen waarmee ik werk zich houden aan de principes en normen, die we samen hebben afgesproken.
7. Ik beschrijf een aantrekkelijk beeld over hoe de toekomst (van de zorgverlening) er zou kunnen uitzien.
8. Ik daag mensen uit nieuwe en innovatieve werkwijzen uit te proberen.
9. Ik sta open voor uiteenlopende standpunten, meningen en perspectieven.
10. Ik vind het belangrijk mensen te laten weten dat ik vertrouwen heb in hun mogelijkheden.
11. Ik kom mijn beloften en afspraken die ik maak na.
12. Ik nodig anderen uit om een fascinerende toekomstdroom (over de zorgverlening) met mij te delen.
13. Ik zoek buiten de grenzen van mijn organisatie naar innovatieve manieren om te verbeteren wat we doen.
14. Ik behandel anderen met waardigheid en respect.
15. Ik let erop dat mensen op creatieve wijze worden beloond voor hun bijdrage aan het succes van onze projecten/ons team.
16. Ik vraag feedback over hoe mijn handelen de prestaties van anderen beïnvloedt.
17. Ik laat anderen zien dat zij hun doelen voor de lange termijn kunnen realiseren door een gezamenlijke visie te onderschrijven.
18. Ik stel de vraag 'wat kunnen we leren?' als het niet loopt als verwacht.
19. Ik steun de beslissingen die mensen zelf nemen.

20. Ik geef in het openbaar erkenning aan mensen die zich loyaal tonen aan de gezamenlijke waarden.
21. Ik werk aan consensus (overeenstemming) met betrekking tot de gezamenlijke waarden op basis waarvan onze organisatie wordt geleid
22. Ik schets de grote lijnen van wat we hopen te bereiken.
23. Ik overtuig me ervan dat we haalbare doelstellingen formuleren, concrete plannen maken en meetbare resultaten vaststellen voor de projecten en programma's waar we aan werken.
24. Ik geef mensen veel vrijheid en keuzemogelijkheden om zelf te beslissen hoe ze hun werk uitvoeren.
25. Als we iets hebben bereikt vind ik manieren om het te vieren.
26. Ik ben duidelijk over mijn opvatting over (vakinhoudelijk) leiderschap.
27. Ik spreek met oprechte overtuiging over de (hogere) betekenis en het doel van ons werk.
28. Ik experimenteer en neem risico's, zelfs als er kans is dat het misgaat.
29. Ik zie erop toe dat mensen groeien in hun werk door zich nieuwe vaardigheden eigen te maken en zich te ontwikkelen.
30. Ik geef de leden van het team veel waardering en steun voor hun bijdragen.

Bijlage C: Funk

Barriers Scale (Funk et al.,1992), de Nederlandse versie

	Geen belemmering	Kleine belemmering	Redelijke belemmering	Grote belemmering	Geen mening
Onderzoeksverslagen/artikelen zijn niet gemakkelijk beschikbaar					
Implicaties voor de praktijk zijn niet helder beschreven					
Statistische analyses zijn niet te begrijpen					
Het onderzoek is niet relevant voor de verpleegkundige praktijkvoering					
Verpleegkundigen zijn niet op de hoogte van onderzoeksresultaten					
Er zijn onvoldoende randvoorwaarden voor implementatie van onderzoeksresultaten					
Verpleegkundigen hebben geen tijd om onderzoeksverslagen te lezen					
Verpleegkundigen zijn niet bekwaam om literatuur te zoeken op een systematische wijze					
Verpleegkundigen denken dat het voordeel van verandering in de praktijk minimaal zal zijn					
Verpleegkundigen zijn onzeker of ze de onderzoeksresultaten moeten geloven					
Verpleegkundigen vinden onderzoeksartikelen die ze lezen methodologisch zwak					
Relevante literatuur is niet op een plaats verzameld					
Verpleegkundigen vinden dat ze onvoldoende autoriteit hebben om de patiëntenzorg te veranderen					
Verpleegkundigen vinden dat onderzoeksresultaten niet te vertalen zijn naar hun eigen setting					
Verpleegkundigen voelen zich geïsoleerd van deskundige collega's met wie ze onderzoeksresultaten kunnen bespreken					
Verpleegkundigen zien weinig voordeel voor zichzelf					
De cultuur op de werkplek is niet stimulerend voor het zoeken en implementeren van onderzoeksresultaten					
Medici zullen niet meewerken aan de implementatie					
Management zal implementatie niet toestaan					
Verpleegkundigen zien de meerwaarde van onderzoek voor de praktijk niet in					
De noodzaak om de praktijkvoering te veranderen is nergens beschreven					
De conclusies die worden getrokken uit het onderzoek worden niet goed verantwoord					
De literatuur laat tegenstrijdige resultaten zien					
Onderzoeksresultaten worden niet helder en leesbaar gerapporteerd					
Collega's ondersteunen de implementatie niet					
Verpleegkundigen zijn niet bereid om veranderingen/ nieuwe ideeën uit te proberen					
De hoeveelheid onderzoeksverslagen is overweldigend					
Verpleegkundigen voelen zich niet bekaam om de kwaliteit van onderzoeksverslagen te evalueren					
ER is in praktijk onvoldoende tijd om nieuwe ideeën te implementeren					
Verpleegkundigen hebben moeite met het lezen van Engelstalige verslagen					
Zijn er andere factoren waarvan u denkt dat deze een belemmering vormen voor het gebruik maken van de onderzoeksresultaten? Zo ja, gelieve deze te beschrijven en te scoren?					
1.					
2.					
3.					
Welke van de boven geschreven belemmeringen zijn, volgens u, de drie grootste barrières voor het gebruikmaken van onderzoeksresultaten door verpleegkundigen?					
Grootste barrière					
Een na grootste barrière					
Twee na grootste barrière					
Welke factoren bevorderen, volgens u, het gebruikmaken van onderzoeksresultaten?					

Bijlage D: Topicslijst focusgroepen niet-verrichte zorg

Focusgroep afdeling B:

Inleiding (+/- 18 minuten)

*** Voorstellen (4 minuten).**

De naam van de student-onderzoeker is Anick de Boer, vierdejaars student van de hbo-v opleiding aan NHL Stenden Hogeschool in Leeuwarden. Werkt aan een ontwerpgericht onderzoek, deze wordt gedaan binnen het kiezen voor beter project van het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg. Daarnaast is er een medestudent (D. Hoekstra) aanwezig, zij werkt ook aan onderzoek met hetzelfde onderwerp, echter wel op andere afdeling. Tenslotte is R. Andela aanwezig, zij is verplegswetenschapper bij het lectoraat.

*** Waardering uitspreken aan deelnemers van het onderzoek (2 minuten).**

Allereerst bedankt voor het willen deelnemen aan het onderzoek, zonder jullie was het onmogelijk geweest om dit onderzoek uit te voeren. Weet wel dat u te allen tijde zonder reden kan en mag stoppen met het deelnemen aan het onderzoek.

*** Korte en bondige toelichting achtergronden en het doel van het onderzoek (3 minuten).**

Het praktijkonderzoek, kiezen voor beter, komt vanuit de opdrachtgever M. van der Cingel van het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg. Op afdeling B. in het MCL zal in kaart worden gebracht wat de belangrijkste niet-verrichte verpleegkundige zorg bedraagt. In co-creatie met het team van verpleegkundigen zal de student-onderzoeker een prioritering (+ haalbaarheid) aanbrengen in de belangrijkste niet-verrichte verpleegkundige zorg. Na het afronden van het onderzoek zal dit inzichtelijk zijn gemaakt en zal de student-onderzoeker de praktijk voorzien van een advies. Dit zodat de verpleegkundigen kunnen gaan werken aan positieve verbeteringen, dit zal mogelijk bijdragen aan een toename van de kwaliteit van zorg.

*** Gespreksdoel, opbouw en geschatte tijdsduur (3 minuten).**

Het interview heeft als doel om verpleegkundigen te ondervragen naar meningen, ervaringen en praktijkvoorbeelden. Op deze manier zal de professional in de praktijk benaderd en kritisch ondervraagd worden en zal er uiteindelijk een prioritering (+ haalbaarheid) gemaakt kunnen worden in wat de belangrijkste niet-verrichte verpleegkundige zorg op afdeling B. bedraagt. Tevens worden de belangrijkste onderliggende oorzaken van de niet-verrichte verpleegkundige zorg inzichtelijk gemaakt. Het diepte-interview zal tussen de 45 en 60 minuten gaan duren.

*** Data-analyse & gegevensverwerking (3 minuten).**

Vragen aan de deelnemers: dit interview zal worden opgenomen, is er iemand die hier bezwaar tegen heeft?

De opgedane gegevens die verzameld worden tijdens het interview zullen voor doeleinden gebruikt worden. Tevens zal indien hier geen bewaar tegen is, het interview worden opgenomen, de bewaartermijn bij de NHL Stenden Hogeschool is vijftien jaar. De gegevens zullen bijdragen aan het uiteindelijk beantwoorden van de onderzoeksvraag (Wat is volgens verpleegkundigen op afdeling B. Interne Geneeskunde in het MCL de belangrijkste "MNC" voor patiënten die op de afdeling behandeld worden?). Het is essentieel hierbij te vermelden dat de gegevens op een anonieme en vertrouwelijke manier worden verwerkt.

*** Bespreken en ondertekenen informed consent (3 minuten).**

U heeft een toestemmingsformulier ontvangen voor het schriftelijk geven van een vrijwillig informed consent.

Kern (+/- 25 minuten)

- * Uitkomsten MISSCARE-enquête – niet-verrichte verpleegkundige zorg en oorzaken (5 minuten)
- * Doorvragen & praktijkvoorbeelden (10 minuten)
- * Prioritering/haalbaarheid niet-verrichte verpleegkundige zorg – 1 zorgonderdeel met oorzaak (10 minuten)

Hoofdtopic 1 – Belangrijkste niet-verrichte verpleegkundige zorg op afdeling B. Interne Geneeskunde in het MCL	
Beginvraag	
Wat is volgens jullie op afdeling B. Interne Geneeskunde in het MCL de belangrijkste “niet-verrichte verpleegkundige zorg” voor patiënten die op de afdeling behandeld worden?	
Doorvraagmogelijkheden	
Hoe ervaren jullie deze niet-verrichte verpleegkundige zorg op verpleegafdeling B? Hoe en wanneer doet de niet-verrichte verpleegkundige zorg zich voor; kunnen jullie hier een veelvoorkomend praktijkvoorbeeld van benoemen? Wat zijn de gevolgen van deze niet-verrichte verpleegkundige zorg voor de patiënt op verpleegafdeling B? Jullie geven ... en ... aan, kunnen jullie nader toelichten wat jullie hiermee precies bedoelen? Waarop is dat (oordeel, mening, verklaring) gebaseerd? Welke niet-verrichte verpleegkundige zorg heeft volgens jullie prioriteit/meest haalbaar (om aan te werken) op de verpleegafdeling? Hoe denken de andere verpleegkundigen hierover?	
Sub topics (top 3 vanuit de enquête)	
Altijd/vaak gemiste zorgonderdelen	
Het mobiliseren van de patiënt, drie keer per dag op indicatie/afpraak (15x).	
Het binnen vijf minuten reageren op een patiëntoproep (12x).	
Het compleet documenteren van de noodzakelijke gegevens (11x)	
Unithoofd	Mobiliseren en (preventie) valincidenten

Hoofdtopic 2 – Belangrijkste oorzaken niet-verrichte verpleegkundige zorg op afdeling B. Interne Geneeskunde in het MCL	
Beginvraag	
Wat zijn de belangrijkste oorzaken van de niet-verrichte verpleegkundige zorg volgens jullie op afdeling B. Interne Geneeskunde in het MCL?	
Doorvraagmogelijkheden	
Hoe en wanneer doen deze oorzaken zich voor; kunnen jullie hier een veelvoorkomend praktijkvoorbeeld van benoemen? Welke oorzaken van niet-verrichte verpleegkundige zorg heeft volgens jullie prioriteit/meest	

haalbaar (om aan te werken) op de verpleegafdeling? Hoe denken de andere verpleegkundigen over deze oorzaak?
Sub topics (top 3 vanuit de enquête)
Oorzaken
Het onverwacht toenemen van het aantal patiënten en/of de zorgzwaarte (21x)
Het voordoen van een urgente situatie bij een patiënt, zoals klinische achteruitgang (14x)
Het niet beschikbaar zijn van de benodigde medicatie (13x)
Onvoldoende ondersteunend personeel aanwezig, te denken aan een helpende of administratief medewerker (12x)
Het krijgen van een ontoereikende overdracht van een vorige dienst of andere afdeling (12x)
Onvoldoende verplegend personeel aanwezig op de afdeling (11x)
Patiënttoewijzing is uit balans (11x)

Hoofdtopic 3 – Adviezen voor het verminderen/voorkomen van niet-verrichte verpleegkundige zorg op afdeling B. Interne Geneeskunde in het MCL
Beginvraag
Wat zijn volgens jullie adviezen voor het verminderen/voorkomen van niet-verrichte verpleegkundige zorg op afdeling B. Interne Geneeskunde?
Doorvraagmogelijkheden
Wat zijn jullie adviezen voor het verminderen/voorkomen van niet-verrichte verpleegkundige zorg op afdeling B; kunnen jullie hier een (praktijk)voorbeeld van benoemen? Hoe denken de andere verpleegkundigen over deze adviezen? Jullie geven ... en ... aan, kunnen jullie nader toelichten wat jullie hiermee precies bedoelen? Welk advies is volgens jullie het meest essentieel om in te zetten op verpleegafdeling B?
Sub topics
Aanwezigheid materiële middelen.
Verplegend personeel op de verpleegafdeling.
Ondersteunend personeel, bv. helpende of administratief personeel.
Aantal geplande opnames en/of ontslagen.
Aantal patiënten per verpleegkundige per dienst.
Balans in toewijzing van patiënten.
Leeftijd van de verpleegkundigen.
Draaien van overuren.

Afsluiting (+/- 11 minuten)

- * Directe member check, korte samenvatting van het besprokene (5 minuten).
- * Heeft geïnterviewde nog vragen en/of aanvullingen? (3 minuten).
- * Benoemen dat het onderzoek zal uitmonden in een rapportage, geïnterviewde kan hier desgewenst inzage in krijgen (2 minuten).
- * Dankwoord voor deelname (1 minuut).

Focusgroep afdeling T

Inleiding

(18 minuten)

Voorstellen (4 minuten)

Waardering deelname (2 minuten)

Allereerst wil ik jullie allen bedanken voor de deelname van dit interview. Jullie meningen en ervaringen als verpleegkundige spelen een grote rol in het onderzoek naar de belangrijkste niet- verrichte verpleegkundige zorg op de verpleegafdeling Plastische Chirurgie (T). Met deze resultaten kan er uiteindelijk gericht aan het voorkomen/reduceren van niet-verrichte verpleegkundige zorg gewerkt worden.

Achtergrond en doel onderzoek (3 minuten)

Dit onderzoek wordt uitgevoerd vanuit het project “kiezen voor beter” van het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg van M. van der Cingel. Op afdeling T van het MCL te Leeuwarden is het onduidelijk wat de belangrijkste niet-verrichte verpleegkundige zorg is. Het doel van het onderzoek is dat na afronding er doormiddel van co-creatie (door de onderzoeker) samen met de verpleegkundigen een prioritering wordt aangebracht in de niet-verrichte verpleegkundige zorg voor patiënten aanwezig op de afdeling plastische chirurgie. Aan deze belangrijkste, meest prioriteit hebbende niet-verrichte verpleegkundige zorg kan vervolgens door het verpleegkundig team gewerkt worden om mogelijk de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Gespreksdoel (incl. duur interview 3 minuten)

Het doel van het Contextual interview is om doormiddel van meningen, ervaringen en praktijkvoorbeelden van de verpleegkundigen doormiddel van co-creatie te komen tot één zorgonderdeel die als belangrijkste niet-verrichte verpleegkundige zorg wordt gezien voor patiënten die worden behandeld op afdeling T. Hierbij zal er worden gekeken naar de meest prioriteit hebbende niet-verrichte verpleegkundige zorg en de haalbaarheid met betrekking tot verandering. Daarnaast wordt ook de belangrijkste oorzaak van deze niet verrichte verpleegkundige zorg en de adviezen voor het voorkomen van MNC in kaart gebracht. Van hieruit kan er vervolgens aan de dagelijkse verpleegkundige praktijk een advies worden verstrekt, zodat er hiermee kan worden gewerkt aan het afnemen van de belangrijkste MNC.

Duur interview (incl. gespreksdoel 3 minuten)

Het interview zal 45 tot 60 minuten duren.

Opbouw interview

Tijdens dit interview wordt gekeken of de resultaten van de enquête evenredig lopen met jullie meningen en ervaringen met MNC, voor het vergaren van meer kennis over het aspect MNC op jullie verpleegafdeling, hierbij wordt er één zorgonderdeel geprioriteerd. Het interview bestaat uit hoofdt topics met aanhangende sub topics. Deze hoofdt topics zijn: belangrijkste MNC, oorzaken MNC en de adviezen voor het voorkomen van MNC. De suptopics die hier aanhangen zijn voortkomend uit de resultaten van het interview en de literatuur. Per topic worden er beginvragen gesteld. Doormiddel van doorvragen zal er diepte in de onderwerpen van het interview plaatsvinden. Het kan daarom voorkomen dat ik jullie onderbreek voor het verkrijgen van verdieping in een onderwerp.

Gegevensverwerking & data-analyse (3 minuten)

Vragen vooraf: Dit gesprek zal worden opgenomen, hebben jullie hier bezwaar tegen?

Er zal zorgvuldig worden omgegaan met de door jullie gegeven informatie. De informatie blijft hierbij anoniem en zijn alleen op verzoek beschikbaar voor partner organisaties die onderzoek uitvoeren. De onderzoeksgegevens worden vijftien jaar bewaard op de NHL Stenden Hogeschool. Om de privacy te beschermen krijgen jullie gegevens en de audio opname materialen een code. Jullie naam en andere gegevens die je direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Indien jullie niet willen dat bepaalde gegeven informatie in de uitwerking wordt verwerkt vermeld dit dan gerust.

Daarnaast mag er op elk moment, ook tijdens het interview gestopt worden met de deelname. Na het afnemen van het Contextual interview bij het kernteam zal de ruwe kwalitatieve data getranscribeerd gaan worden. Deze data zullen vervolgens voorzien worden van codes en uiteindelijk zal het geanalyseerd worden. De kwalitatieve data zullen visueel worden gemaakt doormiddel van een thematische analyse. Bij de analyse van de data zal de privacy van de verpleegkundigen gewaarborgd worden.

Toestemmingsverklaring deelnemers (3 minuten)

Jullie hebben een toestemmingsformulier ontvangen voor het geven van een schriftelijk informed consent. Hiermee wordt er toestemming gegeven om vrijwillig mee te willen werken aan het onderzoek.

Kern

(30 minuten)

- Uitkomsten MISSCARE-enquête – niet-verrichte verpleegkundige zorg en oorzaken (5 minuten)
- Doorvragen & praktijkvoorbeelden (10 minuten)
- Prioritering/meest haalbare niet verrichte verpleegkundige zorg – lijstje top drie (10 minuten)
- Mogelijke adviezen (5 minuten)

Hoofdtopic 1- belangrijkste niet-verrichte verpleegkundige zorgonderdelen

Beginvraag

Wat is de belangrijkste niet-verrichte verpleegkundige zorg volgens jullie voor patiënten die behandeld worden op de afdeling Plastische Chirurgie?

Doorvraagmogelijkheden

Hoe ervaren jullie deze niet-verrichte verpleegkundige zorg op verpleegafdeling T?
Hoe en wanneer doet deze niet-verrichte verpleegkundige zorg zich voor; kunnen jullie een veel voorkomend praktijkvoorbeeld benoemen?
Wat zijn de gevolgen voor de patiënt van deze niet verrichte verpleegkundige zorg op afdeling T?
Jullie geven ... en ... aan; kunnen jullie nader toelichten wat jullie hiermee bedoelen?
Waarop is dat oordeel, die mening of verklaring gebaseerd?
Wat moet ik mij hierbij concreet voorstellen?
Welke niet-verrichte verpleegkundige zorg heeft volgens jullie prioriteit/meest haalbaar (om aan te werken) op de verpleegafdeling T
Hoe denken de overige verpleegkundigen hierover?

Subtopics (top drie vanuit de enquête, verifiëren bij kernteam)

	Meest voorkomende gemiste zorgonderdelen	
	Het geven van een wisselgigging iedere twee uur of op indicatie/afpraak	
	Het uitvoeren van mondzorg	
	Het mobiliseren 3 keer per dag of op indicatie/afpraak	

Hoofdtopic 2- belangrijkste oorzaken niet-verrichte verpleegkundige zorg

Beginvraag

Wat is de belangrijkste oorzaak van de niet-verrichte verpleegkundige zorg volgens jullie voor patiënten die behandeld worden op de afdeling Plastische Chirurgie?

Doelvragenmogelijkheden

Hoe en wanneer doen deze oorzaken zich voor; kunnen jullie hier een veel voorkomend praktijkvoorbeeld van noemen?

Welke oorzaak van niet-verrichte verpleegkundige zorg heeft volgens jullie prioriteit/meest haalbaar (om aan te werken) op de verpleegafdeling?

Hoe denken de overige verpleegkundigen over deze oorzaak?

Subtopics (top drie vanuit de enquête, verifiëren bij kernteam)

	Meest voorkomende oorzaken	
	Hoge aantallen geplande opnames en/of ontslagen	
	Onvoldoende verplegend personeel.	
	Onvoldoende ondersteunend personeel bijvoorbeeld, helpenden of administratief personeel.	
	De urgente situatie van de patiënt(en), zoals klinische achteruitgang.	
	De patiëntentoe wijzing niet in balans.	
	Ontoereikende overdracht van een vorige dienst of andere afdeling.	
	Onverwachte toename aantal patiënten en/of zorgzwaarte weergegeven.	

Hoofdtopic 3- adviezen voor voorkomen van niet-verrichte verpleegkundige zorg

Beginvraag

Wat zijn volgens jullie adviezen voor het voorkomen van niet-verrichte verpleegkundige op de afdeling Plastische chirurgie?

Doelvraagmogelijkheden

Wat zijn jullie adviezen voor het voorkomen van niet-verrichte verpleegkundige zorg op verpleegafdeling T; kunnen jullie hier een (praktijk)voorbeeld van noemen (best case)?
Hoe denken de overige verpleegkundigen over deze adviezen?
Jullie geven ... en ... aan; kunnen jullie nader toelichten wat jullie hiermee bedoelen?
Welk advies is volgens jullie het meest essentieel om in te zetten op verpleegafdeling T?

Subtopics

Verplegend personeel op de verpleegafdeling
Ondersteunend personeel bijvoorbeeld, helpenden of administratief personeel
Balans in de toewijzing van patiënten
Aantallen geplande opnames en/of ontslagen
Aanwezigheid materiele middelen
Leeftijd van verpleegkundigen
Aantal patiënten per verpleegkundige per dienst

Afsluiting

(11 minuten)

- Membercheck, samenvatting van wat er besproken is (5 minuten)
- Hebben de geïnterviewden nog vragen of aanvullingen? (3 minuten)
- Aangeven dat het onderzoek zal uitmonden in een rapportage, waar de geïnterviewde desgewenst inzage in kan krijgen (2 minuten)
- Bedanken voor deelname aan het interview (1 minuut)

STARR Model

Situatie

1. Wat was de situatie?
 - Wanneer speelde de situatie zich af?
 - Wat speelde er?
 - Wie waren erbij betrokken?

Taak

2. Wat was je taak?
 - Wat was je rol?
 - Wat wilde je bereiken?
 - Wat werd er van je verwacht/Wat verwachtte je van jezelf in deze situatie?

Actie

3. Hoe heb je het aangepakt en waarom?
 - Hoe pakte je het aan?
 - Waarom heb je het zo aangepakt? Onderbouw dit antwoord met theoretische concepten die je opleiding heeft aangereikt of die je zelf hebt opgezocht.

Resultaat

4. Heeft het gewerkt en waarom?
 - Heeft het gewerkt?
 - Waarom wel/waarom niet?

Reflectie

5. Wat heb je ervan geleerd?
 - Hoe vond je dat je het hebt gedaan?
 - Was je tevreden met de resultaten?

- Wat is de essentie van wat je geleerd hebt?
- Wat zou je de volgende keer eventueel anders of beter doen?
- Kun je wat je hebt geleerd ook toepassen in andere situaties?

Bijlage E: Topicslijst focusgroep leiderschap

Focusgroep afd. T

Inleiding.

Voorstellen

Waardering uitspreken voor deelname

Hartelijk dank voor jullie deelname aan de focusgroep/interviews. Jullie ervaringen en visie vanuit de praktijk spelen een grote rol in dit onderzoek. Mede met behulp van deze resultaten kan gericht in kaart worden gebracht wat jullie perceptie is ten aanzien van verpleegkundig leiderschap en jullie eigen leiderschapskwaliteiten. Dit is een vervolgonderzoek van een student van het eerste semester over de niet-verrichte zorg.

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg en is onderdeel van het project 'Kiezen voor beter'. Kiezen voor beter heeft als doel om vakinhoudelijk leiderschap te ontwikkelen en toe te passen in de gezamenlijke besluitvorming met de patiënt om niet-verrichte zorg aan te pakken. Afgelopen semester is missed nursing care in kaart gebracht. In mijn deelstudie wil ik onderzoeken wat jullie perceptie is van jullie leiderschapsvaardigheden. Dit doe ik aan de hand van de LPI die reeds is afgenomen.

Doel van het interview

Het doel van dit interview/focusgroep is om met behulp van meningen, praktijkvoorbeelden en ervaringen in kaart te brengen hoe verpleegkundigen aankijken tegen verpleegkundig leiderschap en hun eigen leiderschapskwaliteiten. Daarnaast wordt gekeken hoe dit eventueel in relatie staat tot niet-verrichte zorg. Met behulp van deze gegevens kan uiteindelijk een advies worden gegeven aan de afdeling, waarmee de verpleegkundige de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren.

Duur en opbouw

De duur van dit interview zal zo'n 60 minuten zijn. Tijdens het interview wordt gekeken of de uitkomsten van de eerder afgenomen LPI-vragenlijst overeenkomen met de resultaten die uit deze focusgroep naar voren komen. De verschillende dimensies die bij de LPI horen zullen onder de aandacht komen. Hierbij wordt voornamelijk gekeken en gevraagd naar de succesfactoren en praktijkvoorbeelden. Iedere vraag begint met ene hoofdtopic/beginvraag. Hierop volgend zal verdiepend worden doorgevraagd om meer informatie en diepgang uit het interview te halen.

Gegevensverwerking

Dit gesprek zal worden opgenomen middels een video-opname. Hebben jullie hier bezwaar tegen?

Uiteraard zal zorgvuldig worden omgegaan met jullie informatie. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Mocht er bepaalde informatie zijn die niet in de uitwerking vermeld mag worden, meldt dit dan gerust. Er mag op elk moment gestopt worden met het interview.

Na afloop van het interview zal de data getranscribeerd worden. Deze vergaarde data zullen hierna geanalyseerd worden. Bij de analyse van de data zal de privacy van de ondervraagde verpleegkundigen gewaarborgd blijven en anoniem verwerkt worden.

Kern van het interview

- Grafiek met de cijfers
- Succesfactoren vanuit de LPI
- Minder succesvolle dimensies vanuit de LPI

Hoofdtopic 1: Succesvolle dimensies LPI

Beginvraag:

Jullie scoren aanzienlijk hoog op bepaalde dimensies van de vragenlijst. Deze dimensies zijn

1. Goede voorbeeld geven,
2. Anderen in staat stellen te handelen
3. Mensen een hart onder de riem steken.

De vraagstellingen die onder deze dimensies vallen zijn 1. is dat je jezelf als voorbeeld neemt bij wat je van anderen verwacht, 2. dat je beloften en afspraken nakomt en dat jullie 3. samenwerkingsverbanden bevorderen.

Op deze dimensies en vraagstellingen wil ik graag dieper op ingaan?

Waarom zijn deze dimensies voor jullie belangrijk en succesvol?

Doorvraagmogelijkheden:

Welke dimensies spreken jullie zeker aan?

Waarom zijn die dimensies succesvol?

Wat zijn hierin succesverhalen of succesfactoren?

Noem een aantal voorbeelden vanuit de praktijk.

Wat betekent dit voor jullie en de patiëntenzorg?

Wat voor resultaat heeft dit op niet-verrichte zorg?

Kunnen jullie voorbeelden benoemen m.b.t. positieve aspecten bij patiënten en collega's?

Hoe zouden jullie die succesvolle dimensies willen continueren?

Subtopics: (Top 5 van de hoogst scorende leiderschapsgedragingen vanuit de enquête)

- *Voorbeeldfunctie*
- *Samenwerkingsverbanden*
- *Beloften en afspraken*
- *Vertrouwen in collega's*
- *Waardigheid en respect*
- *Openstaan uiteenlopende standpunten*
- *Creatieve wijze belonen bij succes*
- *Beslissingen steunen*
- *Vrijheid en keuzemogelijkheden*

Hoofdtopic 2: Minder succesvolle dimensies LPI

Beginvraag:

Volgens de LPI scoren jullie lager op de dimensies 1. Inspireren tot een gezamenlijke visie en 2. De status quo aanpakken. Hieronder vallen de vraagstellingen: 1. Het vormen van een gezamenlijke visie, 2. Buiten de grenzen van de organisatie denken en 3. Experimenteren en risico's nemen.

Op deze dimensies en vraagstellingen wil ik graag dieper ingaan.

Waarom zijn deze dimensies voor jullie minder succesvol?

Doorvraagmogelijkheden:

Welke dimensie spreekt jullie het minst aan?

Waarom is dat zo?

Noem een aantal voorbeelden vanuit de praktijk.

Wat betekent het voor jullie en de patiëntenzorg als deze dimensies onderbelicht blijven?

Wat voor resultaat heeft dit op bijvoorbeeld de niet-verrichte zorg?

Hoe zouden jullie deze dimensies succesvoller willen maken?

Wat hebben jullie nodig om deze dimensies alsnog succesvol te maken in de praktijk?

Wat zou jouw individuele bijdrage kunnen zijn?

Subtopics: (top 5 van de laagst scorende leiderschapsgedragingen vanuit de enquête)

- *Buiten de grenzen van de organisatie denken*
- *innovatie in de zorg*
- *Beeld van de VPK in de toekomst*
- *gezamenlijke visie*
- *Experimenteren en risico's nemen in de zorg*
- *Gezamenlijk toekomstdroom VPK*
- *Toekomstdroom (over de verpleging) gezamenlijk delen*
- *Toekomstdroom gezamenlijk dragen*
- *Doelen lange termijn*
- *Haalbare doelstellingen*
- *Concrete plannen*
- *Meetbare resultaten*

Bijlage F: Topicslijst diepte-interviews zelfmanagement

In deze bijlage is het meetinstrument in te zien die gebruikt is tijdens het voeren van de interviews.

Introductie en opname starten

- Voorstellen
- Benoemen dat het gesprek wordt opgenomen
- Opbouw interview: toelichting van interview, interview, afronden
- Bedanken voor deelname interview
- Geschatte tijdsduur (ongeveer 30 minuten) en plaats interview (eigen werkomgeving)
- Aanleiding onderzoek: project Kiezen voor Beter door het lectoraat. Dit project heeft als doel "Vakinhoudelijk leiderschap van verpleegkundigen te ontwikkelen en de gezamenlijke besluitvorming met patiënten over aan hen te verlenen zorg te ondersteunen"
- Doel interview toelichten: meningen en ervaringen van verschillende disciplines helder krijgen op het gebied van zelfmanagement bij een patiënt met een high output stoma en zicht krijgen op problematiek bij deze patiënten
- Onderzoeksvraag: Hoe kunnen afdelingsverpleegkundigen ondersteunt worden bij het bevorderen van het zelfmanagement bij patiënten met een high output stoma bij een ileostoma op verpleegafdeling U van het MCL?
- Verwerking van de informatie gebeurt vertrouwelijk en anoniem, deelname is geheel vrijwillig, transcriberen interviews, coderen, conclusie trekken
- Bespreken en ondertekenen informed consent (tweevoudig ondertekenen)

Kern van het interview

Tabel 6: Kern van het interview	
Hoofdtopic 1. Geleverde zorg rondom de High Output Stoma	
<i>Beginvraag</i>	
Welke zorg levert u aan patiënten met een High Output Stoma (of ileostoma)?	
<i>Doelvraagmogelijkheden</i>	
Wat is de ideale situatie? Wat is de werkelijke situatie?; Hoe stimuleert u het zelfmanagement bij deze patiënten?; Waar lopen patiënten volgens u tegen aan op het gebied van de High Output Stoma?; Zijn er bepaalde zaken waar u tegen aan loopt?; Weet u wat het 5A model is?	
<i>Subtopics</i>	
5A model; Protocol; Middelen; Voorlichting en adviezen; Epic	
Hoofdtopic 2. Samenwerking met afdelingsverpleegkundigen en andere disciplines	
<i>Beginvraag</i>	
Hoe werkt u samen met de afdelingsverpleegkundigen en andere disciplines?	
<i>Doelvraagmogelijkheden</i>	
Hoe ervaart u de samenwerking? Wat kan er beter? Wat is de reden hiervan?; Wat voor rol heeft de afdelingsverpleegkundige volgens u bij het proces van de High Output Stoma?; Wat verwacht u van een afdelingsverpleegkundige?; Zijn de protocollen omtrent de High Output Stoma duidelijk voor u?; Zijn er onduidelijkheden voor u bij het gehele proces?; Wat zijn uw meningen en ervaringen van het proces?; Signaleert u wel eens fouten?	
<i>Subtopics</i>	
Medicatie; Vochtbalans bijhouden; Mening en ervaringen van het proces; Signaleren van fouten; Informatie terugkoppelen naar elkaar; Miscommunicatie; Samenwerking; Naasten betrekken bij zorg	
Algemene doorvraagmogelijkheden	
Kunt u dat nader toelichten?; Wat bedoelt u daar precies mee?; Kunt u daar een voorbeeld van noemen?; Kunt u dat eventueel verder toelichten?; Wat ligt hieraan ten grondslag?; Wat zijn hier oorzaken van?; Wat zijn hier gevolgen van?	

Afronding van het interview

- Directe membercheck uitvoeren: Het interview samenvatten en vragen aan de deelnemer of die informatie juist en volledig is
- Geef de respondent de gelegenheid om nog wat aan te vullen of op te merken
- Bedanken voor de tijd en moeite
- Opname stoppen

Bijlage G: Topicslijst focusgroep 1 afdeling U

In deze bijlage is de PowerPoint in te zien die gebruikt is bij het geven van de klinische les voorafgaand aan de brainstormsessie voor de werkvorm 'Brainwriting'.



Zelfmanagement

Gemaakt door: Iris van der Bijl



Inhoudsopgave

- Wat is zelfmanagement?
- Overzicht zelfmanagement
- Zelfmanagement Web en 5A model
- Zelfmanagementondersteuning
- Brainwriting
- Vragen???

Wat is zelfmanagement?

- YouTube filmpje: <https://www.youtube.com/watch?v=H8PsUxxDumo>
- Conclusie
 - **Zelfredzaamheid** legt de nadruk op zelfstandig functioneren en zelf doen.
 - **Zelfmanagement** legt de nadruk op zelf bepalen en kwaliteit van leven.

Overzicht zelfmanagement

Zelfmanagement	Zelfmanagement
... gaat over het leven	... gaat niet alleen over de ziekte of aandoening
... heeft als doel een goede kwaliteit van leven	... heeft niet als eerste doel om optimale therapietrouw te krijgen
... gaat vooral over 'zelf bepalen' (zelfregie)	... gaat niet op de eerste plaats over 'zelf doen'
... is van de zorgvrager	... is niet van de zorgverlener
... wordt door de zorgvrager zelf bepaald	... wordt niet door de zorgverlener opgedragen
... gaat over sociale en emotionele gevolgen van het leven met een chronische aandoening	... gaat niet alleen om zorgtaken of verandering van de leefstijl
... doet de zorgvrager samen met anderen (familie, vrienden en eventueel zorgverleners)	... doet de zorgvrager niet alleen
... betekent zorg op maat, omdat elke zorgvrager uniek is	... is geen standaardrecept of protocol
... moet de zorgvrager leren	... gaat/komt niet vanzelf
... leert de zorgvrager door vallen en opstaan: door het zelf te ervaren	... leert de zorgvrager niet uit een boekje of van een app of website
... betekent dat je de zorgvrager niet in de steek laat	... is niet 'u vraagt en wij draaien'

Zelfmanagement Web en 5A model

- YouTube filmpje:

<https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=ifa9FjNwk1c&t=19s>

Zelfmanagement Web

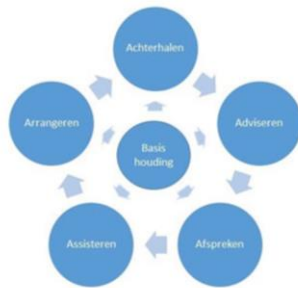
Wilt u aangeven hoe het met u gaat op het gebied van:

Uw antwoord kunt u aangeven door aan te kruisen:

- = goed
- = niet goed, maar ook niet slecht
- = niet goed



5A model



Zelfmanagementondersteuning

- Papieren uitdelen en kort bij langs gaan



Brainwriting

- Uitleg geven
 - Een ronde duurt 5 minuten
 - 2 rondes per onderwerp/probleemstelling
 - Doorgeven met de klok mee
 - Spraakopname
- Nabespreken op relevantie en haalbaarheid

Vragen???



Bijlage H: Topicslijst focusgroep 2 afdeling U



In groepjes

- * Praten over stelling (5 minuten)

Filmpje



Terugkoppeling

- * Kwam er een discussie op gang?
- * Nieuwe inzichten?

Verschil

- * Zelfzorg: mate waarin een mens in staat is voor zichzelf te zorgen.
- * Zelfmanagement: omgaan met chronische aandoening (verschijnselen, symptomen, behandeling, lichamelijke, emotionele en sociale gevolgen en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven.

Casus

- * Dhr M., 65 jaar
- * Gehuwd
- * Gepensioneerd boekhouder
- * Voorgeschiedenis: ziekte van Crohn
- * Ivm stenose terminale ileum een ileocecaal resectie ondergaan + aanleggen ileostoma.
- * Ileostoma is productief. De laatste 2 dagen productie 2500ml per 24 uur. Het protocol high output treedt in werking. Beginnend bij stap 1.

Hoe kunnen we zelfmanagement hier toepassen?

Uitwerking casus

- * Casemanager er op zetten -> informatie inwinnen over hoe ziekte van Crohn in leven is ingepast
- * Patiënt goed informeren en betrekken bij de stappen die genomen worden
- * Medicatie in eigen beheer
- * Zelf bijhouden voedingsregistratielijst
- * Familie betrekken
- * Mentale toestand monitoren

Filmpje



Mentimeter

- * Is de term zelfmanagement nu duidelijker geworden?
- * Wat is het verschil met zelfzorg?
- * Welke kansen zien jullie op de afdeling om zelfmanagement in te passen
- * Verder nog ideeën of opmerkingen?

Afsluiting

- * Bedankt voor de aandacht!

Bijlage I: Uitkomsten MISSCARE

Vraag	Afdeling	Altijd gemist%	#	Vaak gemist%	#	Soms gemist%	#	Nooit gemist%	#	Total
Mobiliseren 3 keer per dag, of op indicatie/afspraken	B	4%	1	56%	14	40%	10	0%	0	25
	T	0%	0	57%	12	43%	9	0%	0	21
	U	0%	0	27%	4	67%	10	7%	1	15
Wisselgeving geven iedere 2 uur of op indicatie/afspraken	B	0%	0	36%	9	48%	12	16%	4	25
	T	5%	1	19%	4	67%	14	10%	2	21
	U	0%	0	33%	5	47%	7	20%	3	15
De patiënt helpen met eten als het nog warm is	B	0%	0	20%	5	76%	19	4%	1	25
	T	0%	0	14%	3	76%	16	10%	2	21
	U	0%	0	7%	1	53%	8	40%	6	15
De maaltijd voor de patiënt klaarzetten om zelf te eten	B	0%	0	8%	2	48%	12	44%	11	25
	T	0%	0	0%	0	38%	8	62%	13	21
	U	0%	0	0%	0	33%	5	67%	10	15
Medicijnen binnen 30 minuten van vastgesteld tijdstip geven	B	0%	0	16%	4	76%	19	8%	2	25
	T	0%	0	5%	1	81%	17	14%	3	21
	U	0%	0	20%	3	73%	11	7%	1	15
Vitale functies meten volgens protocol	B	0%	0	4%	1	44%	11	52%	13	25
	T	0%	0	0%	0	57%	12	43%	9	21
	U	0%	0	0%	0	47%	7	53%	8	15
Het bijhouden van de vochtbalans	B	0%	0	32%	8	64%	16	4%	1	25
	T	0%	0	10%	2	67%	14	24%	5	21
	U	0%	0	7%	1	87%	13	7%	1	15
Complete documentatie van noodzakelijke gegevens	B	0%	0	44%	11	20%	5	36%	9	25
	T	0%	0	14%	3	67%	14	1%	4	21
	U	0%	0	20%	3	67%	10	13%	2	15
Patiëntenvoorlichting over ziekte, onderzoek en behandeling	B	0%	0	8%	2	76%	19	1%	4	25
	T	0%	0	5%	1	71%	15	24%	5	21
	U	0%	0	7%	1	60%	9	33%	5	15

Patiëntenvoorlichting over leefstijl, zelfzorg, en zelfmanagement	B	0%	0	42%	10	58%	14	0%	0	24
	T	0%	0	14%	3	76%	16	10%	2	21
	U	0%	0	33%	5	40%	6	27%	4	15
Emotionele steun bieden aan patiënt en familie	B	0%	0	24%	6	64%	16	12%	3	25
	T	0%	0	14%	3	81%	17	5%	1	21
	U	0%	0	7%	1	53%	8	40%	6	15
Patiënten wassen en huidzorg	B	0%	0	0%	0	40%	10	60%	15	25
	T	0%	0	0%	0	24%	5	76%	16	21
	U	0%	0	0%	0	13%	2	87%	13	15
Mondzorg	B	0%	0	28%	7	56%	14	16%	4	25
	T	0%	0	33%	7	57%	12	10%	2	21
	U	0%	0	7%	1	73%	11	20%	3	15
Handen wassen tussen handelingen	B	0%	0	16%	4	44%	11	40%	10	25
	T	0%	0	0%	0	38%	8	62%	13	21
	U	0%	0	7%	1	40%	6	53%	8	15
Indiceren en regelen van nazorg (ontslagplanning)	B	0%	0	17%	4	54%	13	29%	7	24
	T	0%	0	0%	0	48%	10	52%	11	21
	U	0%	0	0%	0	53%	8	47%	7	15
Instrueren en voorlichten in een ontslaggesprek	B	0%	0	8%	2	52%	13	40%	10	25
	T	0%	0	0%	0	57%	12	43%	9	21
	U	0%	0	0%	0	33%	5	67%	10	15
Glucose meten aan bed volgens afspraak	B	0%	0	4%	1	44%	11	52%	13	25
	T	0%	0	0%	0	43%	9	57%	12	21
	U	0%	0	0%	0	27%	4	73%	11	15
Lichamelijke en functionele conditie van de patiënt beoordelen tijdens iedere dienst	B	0%	0	4%	1	60%	15	36%	9	25
	T	0%	0	0%	0	43%	9	57%	12	21
	U	0%	0	0%	0	20%	3	80%	12	15
Psychosociale conditie van de patiënt beoordelen tijdens iedere dienst	B	0%	0	12%	3	72%	18	16%	4	25
	T	0%	0	5%	1	76%	16	19%	4	21
	U	0%	0	0%	0	60%	9	40%	6	15

Specifieke herbeoordeling conditie van de patiënt o.b.v. eerder gesignaleerde knelpunten	B	0%	0	20%	5	52%	13	28%	7	25
	T	0%	0	10%	2	67%	14	24%	5	21
	U	0%	0	0%	0	67%	10	33%	5	15
Infuus en centrale lijn verzorgen en evalueren volgens protocol	B	0%	0	32%	8	56%	14	12%	3	25
	T	0%	0	19%	4	38%	8	43%	9	21
	U	0%	0	7%	1	60%	9	33%	5	15
Binnen 5 minuten reageren op een patiëntoproep	B	0%	0	48%	12	40%	10	1%	3	25
	T	0%	0	5%	1	71%	15	24%	5	21
	U	0%	0	0%	0	93%	14	7%		15
'Ad hoc/Indien nodig' medicatie wordt binnen 15 minuten toegediend	B	0%	0	4%	1	56%	14	40%	10	25
	T	0%	0	5%	1	29%	6	67%	14	21
	U	0%	0	0%	0	40%	6	60%	9	15
Effectiviteit van de medicijnen beoordelen	B	0%	0	16%	4	80%	20	4%	1	25
	T	0%	0	5%	1	81%	17	14%	3	21
	U	0%	0	0%	0	60%	9	40%	6	15
Bijwonen van multidisciplinair overleg	B	4%	1	16%	4	32%	8	48%	12	25
	T	0%	0	5%	1	38%	8	57%	12	21
	U	0%	0	0%	0	7%	1	93%	14	15
Binnen 5 minuten helpen na een verzoek bij toiletgang	B	0%	0	16%	4	68%	17	16%	4	25
	T	0%	0	5%	1	81%	17	1%	3	21
	U	0%	0	0%	0	60%	9	40%	6	15
Huid en wondzorg	B	0%	0	0%	0	100%	25	0%	0	25
	T	0%	0	0%	0	52%	11	48%	10	21
	U	0%	0	0%	0	40%	6	60%	9	15

10Rijlabes Oorzaken	Som van Veel voorkomende oorzaak	Som van Minder vaak voorkomende oorzaak	Som van Weinig voorkomende oorzaak	Som van Geen oorzaak
Andere afdelingen leverden de nodige zorg niet (bijv. fysiotherapie)	6	14	24	15
B	4	7	7	6
T	1	5	9	5
U	1	2	8	4
Benodigde medicijnen zijn niet beschikbaar	22	24	10	3
B	13	7	2	2
T	4	10	6	0
U	5	7	2	1
Benodigde voorraden en instrumenten/apparatuur niet beschikbaar	7	17	27	7
B	4	6	9	4
T	3	5	11	1
U	0	6	7	2
Benodigde voorraden en instrumenten/apparatuur werken onvoldoende/niet.	5	19	27	8
B	3	9	8	4
T	2	7	8	3
U	0	3	11	1
Gebrek aan ondersteuning van COLLEGA'S	4	14	28	12
B	3	9	6	5
T	0	2	14	4
U	1	3	8	3
Hoge aantallen geplande opnames en/of ontslagen.	28	22	9	0
B	12	8	4	0
T	14	6	0	0
U	2	8	5	0
Ontoereikende overdracht van een vorige dienst of andere afdeling	5	22	25	6
B	2	11	8	2
T	1	8	8	3
U	2	3	9	1
Onverwachte toename aantal patiënten en/of zorgzwaarte	46	11	1	1
B	21	3	0	0
T	16	4	0	0
U	9	4	1	1
Onvoldoende ondersteunend personeel (bijv. helpenden, administratief personeel	16	30	10	3
B	9	12	3	0
T	4	13	3	0
U	3	5	4	3
Onvoldoende verplegend personeel	23	23	13	0
B	11	11	2	0
T	6	10	4	0
U	6	2	7	0
Patiëntentoewijzing niet in balans	7	23	21	8
B	3	11	8	2
T	1	8	7	4
U	3	4	6	2

Spanningen of communicatieproblemen binnen het VERPLEEGKUNDIG TEAM	1	9	30	19
B	1	6	10	7
T	0	1	14	5
U	0	2	6	7
Spanningen of communicatieproblemen met andere ONDERSTEUNENDE AFDELINGEN	2	14	27	16
B	1	8	9	6
T	1	2	13	4
U	0	4	5	6
Spanningen of communicatieproblemen met het MEDISCH TEAM	6	15	23	14
B	4	7	9	4
T	2	3	10	4
U	0	5	4	6
Urgente situatie patiënt (bijv. klinische achteruitgang)	29	23	6	1
B	14	10	0	0
T	7	7	6	0
U	8	6	0	1
Verzorgende/Helpende gaf niet aan dat zorg niet was verleend (indien van toepassing)	2	8	20	26
B	2	6	6	9
T	0	0	7	11
U	0	2	7	6
Zorgverlener (verpleegkundige/ verzorgende/helpende) is afwezig of (tijdelijk) niet beschikbaar voor de taak	8	17	25	9
B	6	8	6	4
T	1	7	9	3
U	1	2	10	2
Eindtotaal	217	305	326	148

Bijlage J: Tabel LPI uitkomsten

MODEL THE WAY: Ik neem mijzelf als voorbeeld bij wat ik van anderen verwacht.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	7,7	2,2	5%	1	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	10%	2	10%	2	25%	5	30%	6	15%	3	20
T	7,5	1,1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	16%	3	16%	3	48%	9	16%	3	0%	0	19
U	7,7	1,6	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	7%	1	0%	0	21%	3	29%	4	29%	4	7%	1	14
G	7,1	2,3	7%	1	0%	0	0%	0	7%	1	0%	0	20%	3	7%	1	33%	5	20%	3	7%	1	15
MODEL THE WAY Ik besteed tijd en energie aan me ervan te verzekeren dat de mensen met wie ik werk zich houden aan de principes en normen die we samen hebben afgesproken.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	6,8	1,8	0%	0	0%	0	5%	1	5%	1	11%	2	16%	3	26%	5	21%	4	11%	2	5%	1	19
T	5,9	2,2	11%	2	0%	0	5%	1	0%	0	16%	3	21%	4	21%	4	21%	4	5%	1	0%	0	19
U	6,5	2,4	7%	1	0%	0	7%	1	7%	1	0%	0	21%	3	21%	3	7%	1	29%	4	0%	0	14
G	7,2	2,1	7%	1	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	13%	2	13%	2	40%	6	13%	2	7%	1	15
MODEL THE WAY Ik kom mijn beloften en afspraken na.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	9,1	0,7	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	21%	4	53%	10	26%	5	19
T	8,8	1,0	0%	0	0%	0	0%	0	%	0	0%	0	%	0	16%	3	11%	2	47%	9	26%	5	19
U	9,5	0,8	0%	0	0%	0	%	0	%	0	0%	0	0%	0	0%	0	14%	2	21%	3	64%	9	14
G	9,0	1,1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	0%	0	13%	2	47%	7	33%	5	15
MODEL THE WAY Ik vraag feedback over hoe mijn handelen de prestaties van anderen beïnvloedt :																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	6,8	1,6	0%	0	0%	0	10%	2	0%	0	5%	1	40%	8	5%	1	30%	6	5%	1	5%	1	20
T	6,0	2,1	0%	0	0%	0	21%	4	0%	0	11%	2	32%	6	21%	4	5%	1	0%	0	11%	2	19
U	6,9	2,5	7%	1	0%	0	0%	0	7%	1	7%	1	21%	3	7%	1	21%	3	14%	2	14%	2	14
G	5,9	2,3	7%	1	%	0	1%	2	7%	1	7%	1	20%	3	7%	1	40%	6	0%	0	0%	0	15
MODEL THE WAY Ik werk aan consensus met betrekking tot de gezamenlijke waarden op basis waarvan onze organisatie wordt geleid																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	7,1	1,5	0%	0	0%	0	5%	1	0%	0	5%	1	16%	3	32%	6	32%	6	5%	1	5%	1	19
T	5,2	2,3	11%	2	0%	0	16%	3	11%	2	11%	2	21%	4	11%	2	21%	4	0%	0	0%	0	19
U	6,6	2,3	0%	0	7%	1	7%	1	0%	0	7%	1	21%	3	21%	3	21%	3	0%	0	14%	2	14
G	6,5	1,4	0%	0	0%	0	7%	1	0%	0	7%	1	40%	6	13%	2	33%	5	0%	0	0%	0	15
MODEL THE WAY Ik ben duidelijk over mijn opvattingen over (vakinhoudelijk) leiderschap.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	6,7	1,8	0%	0	0%	0	0%	0	16%	3	11%	2	16%	3	26%	5	11%	2	16%	3	5%	1	19
T	7,2	1,7	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	16%	3	16%	3	11%	2	32%	6	16%	3	5%	1	19
U	7,0	2,2	7.%	1	0%	0	0%	0	7%	1	0%	0	7%	1	29%	4	36%	5	7%	1	7%	1	14
G	6,7	1,9	0%	0	7%	1	0%	0	7%	1	0%	0	40%	6	0%	0	33%	5	13%	2	0%	0	15
INSPIRING A SHARED VISION: Ik praat over toekomstige ontwikkelingen die van invloed zullen zijn op de wijze waarop we ons werk uitvoeren.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	5,9	2,3	5%	1	0%	0	15%	3	10%	2	10%	2	30%	6	5%	1	10%	2	10%	2	5%	1	20
T	5,8	1,9	0%	0	0%	0	16%	3	11%	2	16%	3	26%	5	0%	0	26%	5	5%	1	0%	0	19
U	6,6	2,1	0%	0	0%	0	7%	1	21%	3	7%	1	0%	0	7%	1	50%	7	7%	1	0%	0	14
G	5,5	2,1	7%	1	0%	0	13%	2	7%	1	20%	3	27%	4	7%	1	13%	2	7%	1	0%	0	15
INSPIRING A SHARED VISION Ik beschrijf een aantrekkelijk beeld over hoe de toekomst van de verpleging eruit zou kunnen zien.																							
B	4,7	2,1	0%	0	5%	1	30%	6	30%	6	10%	2	10%	2	0%	0	5%	1	10%	2	0%	0	20
T	5,4	2,0	0%	0	0%	0	37%	7	0%	0	16%	3	21%	4	5%	1	16%	3	5%	1	0%	0	19

U	5,8	2,2	0%	0	0%	0	29%	4	0%	0	21%	3	7%	1	7%	1	29%	4	7%	1	0%	0	14
G	5,1	2,4	7%	1	7%	1	13%	2	13%	2	13%	2	27%	4	0%	0	7%	1	1%	2	0%	0	15

INSPIRING A SHARED VISION Ik nodig anderen uit om een fascinerende toekomstdroom (over de verpleging) met mij te delen.

Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	4,8	2,9	16%	3	16%	3	10%	2	0%	0	16%	3	11%	2	5%	1	11%	2	16%	3	0%	0	19
T	4,6	2,7	26%	5	0%	0	10%	2	0%	0	16%	3	26%	5	5%	1	11%	2	5%	1	0%	0	19
U	5,3	2,6	7%	1	14%	2	14%	2	0%	0	7%	1	21%	3	7%	1	21%	3	7%	1	0%	0	14
G	4,3	2,8	2%	3	7%	1	33%	5	0%	0	0%	0	7%	1	13%	2	13%	2	7%	1	0%	0	15

INSPIRING A SHARED VISION Ik laat anderen zien dat zij hun doelen voor de lange termijn kunnen realiseren door een gezamenlijke visie te onderschrijven.

Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	4,7	2,4	11%	2	11%	2	16%	3	11%	2	11%	2	16%	3	16%	3	5%	1	5%	1	0%	0	19
T	4,7	2,3	11%	2	5%	1	21%	4	11%	2	5%	1	26%	5	11%	2	5%	1	5%	1	0%	0	19
U	4,9	2,9	14%	2	7%	1	21%	3	7%	1	0%	0	29%	4	0%	0	7%	1	7%	1	7%	1	14
G	4,4	2,1	7%	1	7%	1	47%	7	0%	0	7%	1	20%	3	7%	1	7%	1	0%	0	0%	0	15

INSPIRING A SHARED VISION Ik schets de grote lijnen van wat we hopen te bereiken.

Afd.	Mean	Sd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
B	6,9	1,9	5%	1	0%	0	0%	0	37%	7	21%	4	21%	4	11%	2	5%	1	19				
T	5,5	2,4	11%	2	5%	1	11%	2	0%	0	11%	2	21%	4	16%	3	26%	5	0%	0	0%	0	19
U	6,6	2,3	0%	0	7%	1	14%	2	0%	0	0%	0	7%	1	36%	5	21%	3	7%	1	7%	1	14
G	5.8	1.9	7%	1	0%	0	7%	1	7%	1	7%	1	33%	5	27%	4	1%	2	0%	0	0%	0	15

INSPIRING A SHARED VISION Ik spreek met oprechte overtuigingen over de (hogere) betekenis en het doel van ons werk

Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
B	6,8	2,4	5%	1	0%	0	5%	1	5%	1	11%	2	16%	3	11%	2	21%	4	16%	3	11%	2	19
T	6,7	2,1	0%	0	0%	0	21%	4	0%	0	5%	1	16%	3	11%	2	32%	6	11%	2	5%	1	19
U	6,5	2,1	7%	1	0%	0	0%	0	7%	1	0%	0	36%	5	14%	2	21%	3	14%	2	0%	0	14
G	6,4	1,9	0%	0	7%	1	0%	0	0%	0	27%	4	27%	4	0%	0	27%	4	13%	2	0%	0	15

CHALLENGE THE PROCESS

Ik ga op zoek naar uitdagingen om mijn eigen vaardigheden en bekwaamheden te testen.

Afd.	Mean	Sd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totaal										
B	7,6	1,8	0%	0	0%	0	5%	1	10%	2	0%	0	15%	3	10%	2	25%	5	25%	5	10%	2	20
T	7,2	1,2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	37%	7	26%	5	16%	3	21%	4	0%	0	19
U	7,8	1,5	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	14%	2	7%	1	7%	1	36%	5	21%	4	7%	1	14
G	7,1	1,5	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	13%	2	33%	5	0%	0	33%	5	20%	3	0%	0	15

CHALLENGE THE PROCESS Ik daag mensen uit nieuwe en innovatieve werkwijzen te proberen.

Afd.	Mean	Sd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totaal										
B	5,7	1,8	0%	0	0%	0	16%	3	11%	2	21%	4	11%	2	21%	4	21%	4	0%	0	0%	0	19
T	5,8	1,8	0%	0	0%	0	16%	3	0%	0	26%	5	26%	5	16%	3	5%	1	11%	2	0%	0	19
U	6,4	2,1	7.14%	1	0%	0	0%	0	14%	2	0%	0	1%	2	29%	4	29%	4	7%	1	0%	0	14
G	5,2	1,8	0.00%	0	7%	1	13%	2	20%	3	7%	1	33%	5	7%	1	13%	2	0%	0	0%	0	15

CHALLENGE THE PROCESS Ik stel de vraag: "Wat kunnen we leren" als het niet loopt zoals verwacht.

Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	6,3	1,9	0%	0	0%	0	11%	2	5%	1	16%	3	26%	5	16%	3	5%	1	21%	4	0%	0	19
T	5,5	1,8	0%	0	0%	0	16%	3	16%	3	21%	4	21%	4	16%	3	5%	1	0%	0	5%	1	19
U	7,3	1,7	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	21%	3	14%	2	14%	2	29%	4	7%	1	14%	2	14
G	5,8	2,3	0%	0	7%	1	26.67%	4	7%	1	7%	1	13%	2	13%	2	13%	2	13%	2	0%	0	15

CHALLENGE THE PROCESS Ik overtuig me ervan dat we haalbare doelstellingen formuleren, concrete plannen maken en meetbare resultaten vaststellen voor de projecten en programma's waar we aan werken.

Afd.	Mean	Sd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totaal										
B	6,4	2,1	0%	0	0%	0	16%	3	0%	0	11%	2	37%	7	0%	0	21%	4	5%	1	11%	2	19
T	5,4	2,4	11%	2	11%	2	0%	0	5%	1	%	1	37%	7	16%	3	11%	2	5%	1	0%	0	19

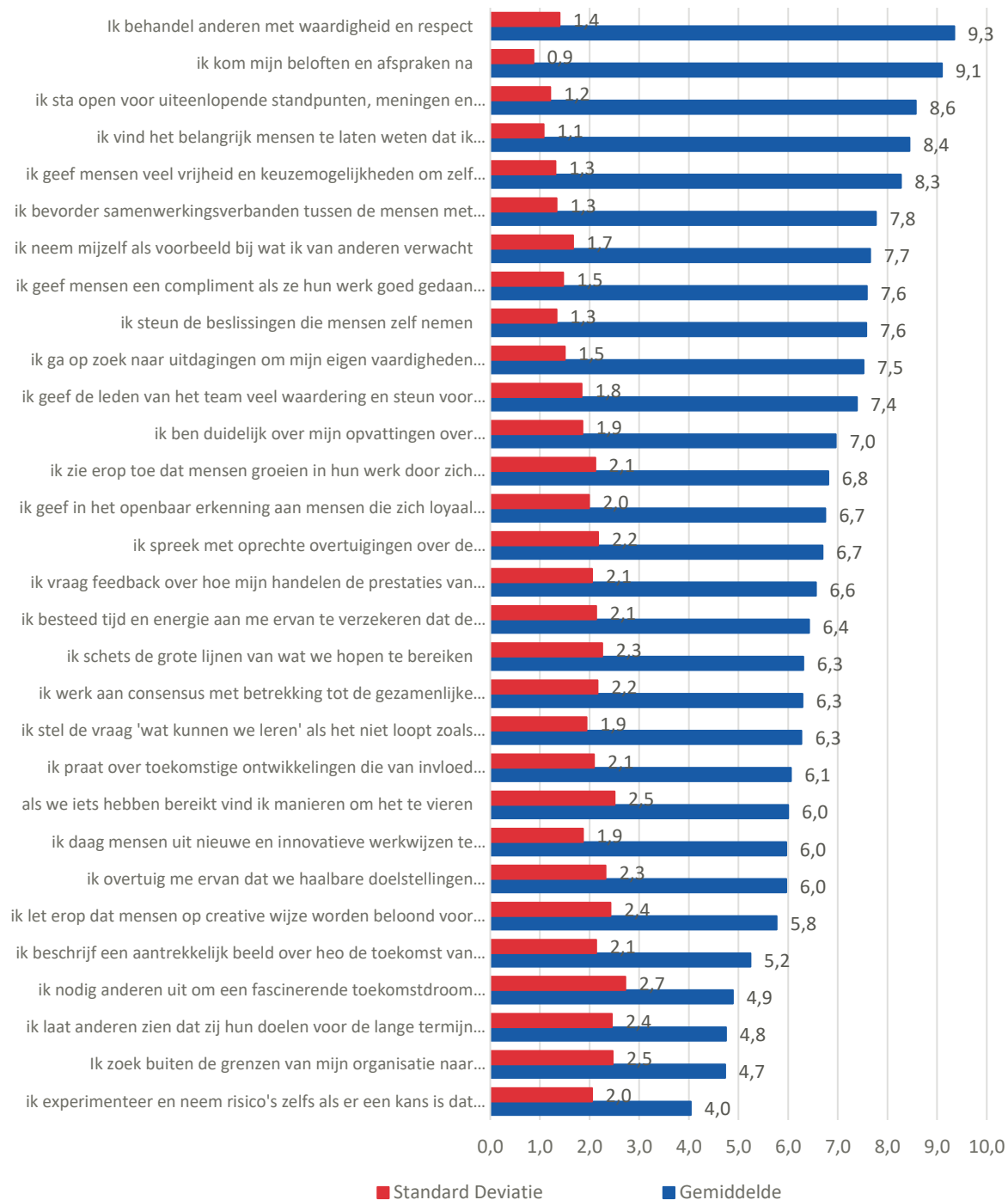
U	6,1	2,5	0%	0	8%	1	1%	2	8%	1	8%	1	15%	2	8%	1	23%	3	8%	1	8%	1	13
G	5,5	2,7	13%	2	7%	1	13%	2	0%	0	0%	0	20%	3	7%	1	40%	6	0%	0	0%	0	15
CHALLENGE THE PROCESS Ik experimenteer en neem risico's, zelfs als er een kans is dat het misgaat.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	4,8	1,9	0%	0	5%	1	2%	6	16%	3	5%	1	21%	4	16%	3	0%	0	5%	1	0%	0	19
T	3,5	2,1	16%	3	16%	3	32%	6	16%	3	5%	1	5%	1	5%	1	0%	0	5%	1	0%	0	19
U	6,4	2,1	14%	2	21%	3	14%	2	14%	2	%	1	21%	3	7%	1	0%	0	0%	0	0%	0	14
G	5,2	1,8	7%	1	7%	1	27%	4	13%	2	20%	3	20%	3	0%	0	7%	1	0%	0	0%	0	15
CHALLENGE THE PROCESS Ik zoek buiten de grenzen van mijn organisatie naar innovatieve manieren om te verbeteren wat we doen.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	4,7	2,6	16%	3	5%	1	21%	4	5%	1	5%	1	21%	4	11%	2	11%	2	5%	1	0%	0	19
T	4,5	2,0	5%	1	5%	1	32%	6	5%	1	21%	4	16%	3	5%	1	11%	2	0%	0	0%	0	19
U	5,1	3,0	1%	2	1%	2	7%	1	7%	1	14%	2	7%	1	7%	1	15%	2	7%	1	7%	1	14
G	4,5	2,5	13%	2	1%	2	20%	3	7%	1	0%	0	27%	4	0%	0	20%	3	0%	0	0%	0	15
ENABLING OTHERS TO ACT Ik behandel anderen met waardigheid en respect																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	9,2	2,1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	11%	2	16%	3	74%	1 4	19
T	9,3	0,8	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	2%	4	26%	5	3%	1 0	19
U	9,0	2,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	1%	2	7%	1	79%	1 1	14
G	9,6	0,7	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	1%	2	1%	2	73%	1 1	15
ENABLING OTHERS TO ACT Ik sta open voor uiteenlopende standpunten, meningen en perspectieven.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	8,3	1,5	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	16%	3	16%	3	21%	4	16%	3	32%	6	19
T	8,8	1,1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	17%	3	17%	3	33%	6	33%	6	18
U	8,6	0,9	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	50%	7	21%	3	21%	3	14
G	7,9	1,3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	7%	1	13%	2	7%	7	13%	2	33%	2	15
ENAGLING OTHERS TO ACTIE Ik steun de beslissingen die mensen zelf nemen.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	7,4	1,3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	26%	5	11%	2	47%	9	5%	1	5%	1	19
T	7,5	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	16%	3	42%	8	11%	2	16%	3	11%	2	19
U	8,0	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	7%	1	14%	2	29%	4	36%	5	7%	1	14
G	8,0	1,0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	1%	2	0%	0	67%	1 0	13%	2	7%	1	15
ENABLING OTHERS TO ACT Ik geef mensen veel vrijheid en keuzemogelijkheden om zelf te beslissen hoe ze hun werk uitvoeren.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	8,3	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	11%	2	0%	0	37%	7	32%	6	16%	3	19
T	8,1	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	6%	1	11%	2	11%	2	33%	6	22%	4	17%	3	18
U	8,6	1,2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	7%	1	29%	4	36%	5	21%	3	14
G	8,9	0,8	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	40%	6	33%	5	27%	4	15
ENABLING OTHERS TO ACT Ik zie erop toe dat mensen groeien in hun werk door zich nieuwe vaardigheden eigen te maken en zich te ontwikkelen.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	7,9	1,9	0%	0	0%	0	%	1	0%	0	0%	0	21%	4	11%	2	16%	3	26%	5	21%	4	19
T	5,8	2,2	0%	0	11%	2	%	1	16%	3	%	1	21%	4	21%	4	11%	2	5%	1	5%	1	19
U	6,6	1,6	0%	0	0%	0	0%	0	14%	2	7%	1	21%	3	29%	4	14%	2	15%	2	0%	0	14
G	6,7	2,2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	40%	6	33%	5	27%	4	15
ENABLING OTHERS TO ACT Ik bevorder samenwerkingsverbanden tussen de mensen met wie ik werk.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9				
B	7,9	0,8	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	21%	4	53%	1 0	21%	4	0%	0	19
T	7,9	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	11%	2	21%	4	21%	4	32%	6	11%	2	19
U	7,4	1,8	0%	0	0%	0	7%	1	0%	0	7%	1	1%	2	7%	1	36%	5	29%	4	0%	0	14

G	8,2	1,1	0%	0	0%	0	0.00%	0	0%	0	0%	0	13%	2	0%	0	53%	8	20%	3	13%	2	15
ENCOURAGE THE HEART Ik vind het belangrijk mensen te laten weten dat ik vertrouwen heb in hun mogelijkheden.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	8,7	1,1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	0%	0	42%	8	26%	5	26%	5	19
T	8,3	1,0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	16%	3	37%	7	32%	6	11%	2	19
U	8,4	1,2	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	15%	2	29%	4	36%	5	14%	2	14
G	7,5	1,8	0%	0	0%	0	7%	1	7%	1	0%	0	7%	1	7%	1	47%	7	27%	4	0%	0	15
ENCOURAGE THE HEART Ik let erop dat mensen op creatieve wijze worden beloond voor hun bijdrage aan het succes van onze projecten/afdeling.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	5,9	2,3	0%	0	11%	2	11%	2	0%	0	16%	3	26%	5	11%	2	16%	3	5%	1	5%	1	19
T	5,4	2,3	11%	2	0%	0	16%	3	0%	0	16%	3	2%	4	16%	3	2%	4	0%	0	0%	0	19
U	6,1	2,9	7%	1	7%	1	7%	1	7%	1	7%	1	29%	4	0%	0	15%	2	0%	0	21%	3	14
G	6,0	2,4	0%	0	13%	2	13%	2	0%	0	0%	0	27%	4	7%	1	33%	5	7%	1	0%	0	15
ENCOURAGE THE HEART Ik geef in de openbaar erkenning aan mensen die zich loyaal tonen aan de gezamenlijke waarden.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	7,5	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	5%	1	26%	5	11%	2	32%	6	21%	4	5%	1	19
T	5,9	1,9	0%	0	0%	0	17%	3	6%	1	17%	3	28%	5	6%	1	22%	4	0%	0	6%	1	18
U	7,4	1,9	7.14%	1	0%	0	0%	0	7%	1	15%	2	7%	1	21%	3	14%	2	21%	3	7%	1	14
G	6,0	2,4	6.67%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	33%	5	7%	1	47%	7	7%	1	0%	0	15
ENCOURAGE THE HEART; Als we iets hebben bereikt, vind ik manieren om het te vieren.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	5,8	2,3	16%	3	5%	1	0%	0	11%	2	21.1%	4	5%	1	16%	3	21%	4	5%	1	0%	0	19
T	5,8	2,3	0%	0	5%	1	21%	4	0%	0	10.53%	2	32%	6	0%	0	16%	3	16%	3	0%	0	19
U	6,5	2,7	7%	1	0%	0	1%	2	0%	0	7%	1	14%	2	14%	2	7%	1	36%	5	0%	0	14
G	7,7	2,1	0%	0	7%	1	0%	0	0%	0	0%	0	1%	2	20%	3	27%	4	13%	2	20%	3	15
ENCOURAGE THE HEART: Ik geef de leden van het team veel waardering en steun voor hun bijdragen.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	7,4	1,7	0%	0	0%	0	0%	0	11%	2	%	1	11%	2	11%	2	42%	8	16%	3	5%	1	19
T	7,1	2,1	0%	0	5%	1	5%	1	0%	0	5%	1	2%	4	16%	3	21%	4	16%	3	11%	2	19
U	7,9	1,6	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	0%	0	7%	1	21%	3	29%	4	21%	3	14%	2	14
G	8,3	1,3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	20%	3	40%	6	7%	1	27%	4	15
ENCOURAGE THE HEART Ik geef mensen een compliment als ze hun werk goed gedaan hebben.																							
Afd.	Mean	Sd	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Totaal
B	7,5	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	11%	2	16%	3	21%	4	26%	5	21%	4	5%	1	19
T	7,4	1,6	0%	0	0%	0	6%	1	0%	0	0%	0	22%	4	17%	3	33%	6	17%	3	6%	1	18
U	8,0	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	14%	2	0%	0	36%	5	36%	5	7%	1	14
G	8,2	1,4	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	7%	1	7%	1	40%	6	20%	3	20%	3	15

1=nooit; 2=uiteerst zelden; 3=zelden; 4=een enkele keer; 5=nu en dan; 6=soms;
7=tamelijk dikwijls; 8= gewoonlijk; 9=zeer vaak; 1=bijna altijd

*De uitkomsten van afdeling G vallen buiten het onderzoek van Kiezen voor Beter.

LPI vragenlijst totaal in gemiddelde



Bijlage K: Tabel Funk Barrière Schaal

Vraag	Kenmerk	Geen belemmering		Kleine belemmering		Redelijke belemmering		Grote belemmering		Geen mening		Total
Onderzoeksverslagen/artikelen zijn niet gemakkelijk beschikbaar	C	0%	0	43%	6	29%	4	21%	3	7%	1	14
Implicaties voor de praktijk zijn niet helder beschreven	C	7%	1	36%	5	21%	3	14%	2	21%	3	14
Statistische analyses zijn niet te begrijpen	C	0%	0	36%	5	21%	3	14%	2	29%	4	14
Het onderzoek is niet relevant voor de verpleegkundige praktijkvoering	C	21%	3	21%	3	29%	4	14%	2	14%	2	14
Relevante literatuur is niet op een plaats verzameld	C	14%	2	21%	3	14%	2	14%	2	36%	5	14
Onderzoeksresultaten worden niet helder en leesbaar gerapporteerd	C	0%	0	39%	5	31%	4	23%	3	8%	1	13
Verpleegkundigen zijn niet op de hoogte van onderzoeksresultaten	A	7%	1	21%	3	36%	5	29%	4	7%	1	14
Verpleegkundigen denken dat het voordeel van verandering in de praktijk minimaal zal zijn	A	29%	4	21%	3	43%	6	0%	0	7%	1	14
Verpleegkundigen zijn niet bekwaam om literatuur te zoeken op een systematische wijze	A	7%	1	29%	4	29%	4	21%	3	14%	2	14
Verpleegkundigen zien de meerwaarde van onderzoek voor de praktijk niet	A	39%	5	31%	4	31%	4	0%	0	0%	0	13
Verpleegkundigen voelen zich geïsoleerd van deskundige collega's met wie ze onderzoeksresultaten kunnen bespreken	A	29%	4	21%	3	21%	3	14%	2	14%	2	14
Verpleegkundigen zien weinig voordeel voor zichzelf	A	14%	2	21%	3	21%	3	21%	3	21%	3	14
De noodzaak om de praktijkvoering te veranderen is nergens beschreven	A	23%	3	8%	1	31%	4	15%	2	23%	3	13
Verpleegkundigen zijn niet bereid om verandering/nieuwe ideeën uit te proberen	A	31%	4	39%	5	23%	3	8%	1	0%	0	13
Verpleegkundigen voelen zich niet bekwaam nieuwe ideeën te implementeren	A	8%	1	39%	5	15%	2	15%	2	23%	3	13
Verpleegkundigen hebben moeite met het lezen van Engelstalige verslagen	A	0%	0	23%	3	23%	3	54%	7	0%	0	13
De conclusies die worden getrokken uit het onderzoek worden niet goed verantwoord	I	8%	1	31%	4	23%	3	0%	0	39%	5	13
Verpleegkundigen zijn onzeker of ze de onderzoeksresultaten moeten geloven	I	29%	4	21%	3	36%	5	0%	0	14%	2	14

<i>Verpleegkundigen vinden onderzoeksartikelen die ze lezen methodologisch zwak</i>	I	14%	2	29%	4	14%	2	0%	0	43%	6	14
<i>De literatuur laat tegenstrijdige resultaten zien</i>	I	8%	1	15%	2	23%	3	15%	2	39%	5	13
<i>Verpleegkundigen vinden dat ze onvoldoende autoriteit hebben om de patiëntenzorg te veranderen</i>	S	21%	3	14%	2	36%	5	14%	2	14%	2	14
<i>Verpleegkundigen vinden dat onderzoeksresultaten niet te vertalen zijn naar hun eigen setting</i>	S	21%	3	7%	1	36%	5	14%	2	21%	3	14
<i>Verpleegkundigen hebben geen tijd om onderzoeksverslagen te lezen</i>	S	0%	0	14%	2	36%	5	43%	6	21%	1	14
<i>De cultuur op de werkplek is niet stimulerend voor het zoeken en implementeren van onderzoeksresultaten</i>	S	39%	5	15%	2	23%	3	15%	2	8%	1	13
<i>Medici zullen niet meewerken aan de implementatie</i>	S	23%	3	23%	3	31%	4	8%	1	15%	2	13
<i>Management zal implementatie niet toestaan</i>	S	8%	1	31%	4	39%	5	0%	0	23%	3	13
<i>Collega's ondersteunen de implementatie niet</i>	S	15%	2	31%	4	23%	3	8%	1	23%	3	13
<i>De hoeveelheid onderzoeksverslagen is overweldigend</i>	-	8%	1	0%	0	31%	4	39%	5	23%	3	13

C=Communicatie; A=Adopter; S=Setting; I=Innovatie

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
<i>"Gebrek aan kennis. Dit terwijl er veel te behalen valt"</i> <i>"Iemand die hierin de leiding neemt, zichtbaarheid van de resultaten"</i> <i>"Duidelijke conclusie en klein onderzoek mogelijk (snel uit te voeren en snel resultaat)"</i> <i>"Aansluitend bij de verpleegafdeling, ideeën vanuit de VPK hun kant"</i> <i>Goede onderzoeksvraag vinden"</i> <i>"Klinische les, begrijpbaarheid, kort en bondige uitslag, dat het is de praktijk makkelijk aan te passen is"</i>	<i>"Onderzoek is niet voldoende onderdeel vd verpleegkundige praktijk door bv tijdgebrek"</i> <i>"Gebrek aan kennis. Dit terwijl er veel te behalen valt"</i> <i>"Te grote resultaten/verslagen/lastige termen"</i> <i>"Geen tijd"</i> <i>"Te theoretisch"</i> <i>"Tijd, Engelse taal, zin"</i> <i>"Motivatie"</i>

Openvragen Funk Barrière Schaal

Bijlage L: Uitkomsten focusgroep 1 afdeling U

Probleemstelling 1: Hoe kunnen jullie het zelfmanagement bij medicatiegebruik stimuleren?	Probleemstelling 2: Hoe kunnen jullie het zelfmanagement bij voeding/intake stimuleren?	Probleemstelling 3: Hoe kunnen jullie een patiënt psychosociaal ondersteunen?
Medicatie in eigen beheer, indien coöperatief, thuismedicatie ook. Eventueel met een wekker? Er dient genoeg voorraad van medicatie aanwezig te zijn op de afdeling (baxterrol?). IIII	Tijdens opname eten van thuis laten meenemen, zodat patiënt dingen meeneemt die hij graag eet en rekening gehouden kan worden met dieetwensen. Hierbij kan afgevraagd worden of dit in het protocol past. IIIIII	Dagelijks evalueren hoe de patiënt de opname/stoma ervaart. Hierbij bespreken waar de behoefte ligt en wat de patiënt nodig heeft. II
Goede voorlichting geven over de werking van medicatie. Zakkaartje geven aan patiënt over de werking, wat het juiste gebruik is en met de tijdstippen erbij. IIIIII	Inzichtelijk maken voor de patiënten waarom welke stap gezet dient te worden, en wat het gevolg daarvan is.	Inschakelen van geestelijke verzorging. II
Vragen wat de patiënt zelf wil. Verwachtingen van de zorg benoemen. Hierin dient de thuissituatie ook meegenomen te worden. Hier moet het opgepakt/doorgevoerd worden. Hoe zit de dagindeling van de patiënt thuis eruit bijvoorbeeld? II	Scholing aan collega's geven over isotone dranken en vochtbeperking.	Wat heeft de patiënt nodig om zelfzorg toe te passen en vertrouwen hierin te krijgen. Eventueel maatschappelijk werker bij aanpassingen in sociale situatie en thuissituatie.
Opties geven voor zorg- en hulpbronnen.	Voor opname/OK uitleg, adviezen en opties van hulpbronnen aanreiken over gezonde voeding, vochtbeperking en isotone dranken aan de patiënt, eventueel met een zakkaartje. IIII	Familie/partner erbij betrekken, wat kunnen zij bieden? Hoe zien zij hoe het thuis gaat? Familiegesprekken hiervoor inplannen. IIII
Bij het opnamegesprek al vermelden, hoe dit in zijn werk kan/zal gaan. Eventueel met familielid (waarmee patiënt samenwoont) erbij bewust maken van mogelijke problemen, hij/zij kan hier misschien hulp in bieden en zo makkelijker doorgevoerd worden naar de thuissituatie. Bespreken in een familiegesprek. II	Eigen verantwoordelijkheid voor de voeding en vocht bij de patiënt houden, eetdagboek/vochtregistratielijst bijhouden. Dit dan dagelijks evalueren met de patiënt. IIIII	Op poli vragen/inschatten of er psychosociale hulp nodig is. Dit dan doorvoeren op de afdeling.
Verpleegkundigen en stagiaires scholing geven omtrent het stimuleren van de zelfmanagement bij medicatiegebruik, maar ook wat de werking etc. van de medicatie precies is.	Vooraf opname afspraak met diëtiste voor leefstijlaanpassingen.	Bij langdurige opnames casemanager plus af en toe een gesprek met de patiënt.
In MTR de juiste tijd van inname zetten. In MTR het voorschrift van het gebruik zetten.	Wanneer belang van voeding duidelijk is, zorgt dit voor een sneller ontslag.	Lotgenoten contact aanbieden of preoperatief groepsbijeenkomsten

Meeneem doosje voor thuis, als patiënt van huis is.	Partner ook voorlichten over dit onderwerp en laten meedoen bij het bijhouden van het eetdagboek.	Patiënt informatie geven en koppeling aanbieden tussen thuissituatie en de situatie in het ziekenhuis. II
Ervoor zorgen dat artsen de juiste orders plaatst.	Weet de patiënt welke voeding goed is en welke niet voor een high output stoma?	Goede voorbereiding en preoperatieve zorg toepassen.

Bijlage M: Uitkomsten focusgroep 2 afdeling U

Interactieve Sessie Zelfmanagement Afdeling U 23 Juni 2021 20-21 uur via ZOOM

Samenvatting inhoud:

- Doelstelling: uitkomsten Frenetti scan, verduidelijking begrip zelfmanagement n.a.v. onderzoek Anne Molenaar, Vervolg stappen n.a.v. onderzoek Iris v.d. Bijl, samenwerking lectoraat
- Terugkoppeling breakoutroom stelling “Zelfmanagement is hetzelfde als Zelfzorg”
 - R1: Bekeken vanuit perspectief van patiënt: patiënt delegeren. Het is hetzelfde maar ook weer niet. Dat je als verpleegkundige niet alles uit handen neemt maar ook patiënt laat delegeren of toelaat. Hoe meer je als verpleegkundige opdringt dat werk soms averechts en als je de patiënt zelf de regie geeft dat werkt ook stimulerender
 - R2: Zelfmanagement: dat patiënten meer gaan regelen in hun eigen zorg. En dat zelfzorg meer is zelfstandig al meer kunnen bij de ADL of zo. Wel weer 2 aparte dingen met het zelfmanagement en zo. Meer om het hele ziekteproces en zo, op het moment dat ze in het ziekenhuis komen dat ze al meer dingen zelf kunnen regelen, al meer zelf in de hand hebben
 - R3: zelfmanagement is voor de patiënt om dingen zelf te plannen in en rondom hun ziekteproces. Zelfzorg vind ik meer wat kan iemand zelf qua ADL, zichzelf wassen, eten, drinken en zo. Bij zelfmanagement vind ik toch dat de patiënt meer dingen zelf gaat plannen rondom zijn ziekteproces. Zelf de inzichten heeft wat wel, wat niet lukt.
- N.a.v. eerste filmpje “wat vonden jullie van filmpje? Sluit de inhoud aan bij jullie idee van zelfmanagement?”
 - R4: Het filmpje is leuk, we menen dat we soms wel eens te weinig tijd hebben, dat dat onderdeel er wel aardig uitspringt. En ook weer niet, want we nemen ook wel weer de tijd omdat we dan wel betere doelen behalen met onze patiënten
 - R4 Het filmpje is uitgebreider dan wat we hebben besproken. Allemaal dingen waar je zelf niet aan denkt wanneer je het over zelfmanagement hebt
 - R5: management van de zorg, dan hebben we het vooral over de chronische patiënten, in het ziekenhuis hebben we het mensen die ziek worden, die in het begin van de ziekte staan. Dat mensen met een stoma moeten gaan leven, bijvoorbeeld, we kunnen er wel een start van maken. Een andere start bijvoorbeeld. We kunnen de mensen gaan helpen dat ze de zelf de zorg gaan managen.

Theorie over zelfzorg + zelfmanagement:

- De mate waarin iemand voor zichzelf kan zorgen (zelfzorg)
- Zelfmanagement breed begrip: 4 centrale elementen

Casus: “hoe zelfmanagement te stimuleren?” Input van de groep:

- Patiënt zelf vochtbalans goed bij laten houden
- Patiënt meer laten verdiepen wat is nou een highoutput stoma
- Een schema geven wat er bijgehouden moet worden (patiënten hebben vaak geen idee wat we allemaal moeten bijhouden) [Bewustwording: wat is er aan de hand]
- Inzicht geven wat je er zelf aan kan doen qua eten en drinken, wat positief en nadelig werkt d.m.v. voedingsadvies geven. Wat is belangrijk. Inzicht geven wat er gebeurt als je te veel

drinkt. Ook bij inname van medicijnen, bv loperamide, voor bij de maaltijd, dat je uitlegt waarom dat zo belangrijk is

- Eerst beginnen met iemand zijn eigen intentie, dat je weet van de patiënt wat de patiënt belangrijk vindt, om te weten wat hij nodig heeft om weer naar huis toe te gaan, dat ie ook inzicht krijgt in dit probleem, risico's. Maar vooral intentie zodat je dit soort dingen kan aanpakken. En wat voor invloed heeft intentie daarop en wat voor rol dit speelt om dit wel toe te kunnen passen. Dat je dat als verpleegkundige weet en hierop in kan spelen
- Familie betrekken is belangrijk, in het hoe en wat. Ook een soort informatie aan de familie kunnen geven. Over de voeding, over wat het inhoudt een high output stoma

“Begrijpen jullie de casus?”

R6: ja ik snap het, ik denk dat het wel belangrijk is om het in verschillende punten te benoemen inderdaad (*refereert aan medisch, rol, emotioneel management*)

R7: ik vind het wel duidelijk, het is wel iets waar we meer aandacht voor kunnen hebben op het werk inderdaad. Heel toepasselijk in deze situatie maar ook wel andere situaties zijn denkbaar, denk ik

Menti: ***Zijn er nog onduidelijkheden wat betreft zelfmanagement?***

- Hoe willen jullie dit meer gaan toepassen op de afdeling
- Was heel duidelijk
- De presentatie in combi met filmpjes hebben veel duidelijkheid gegeven
- Nee
- Er duidelijk. Op welke manier zouden we dit nog efficiënter op de afdeling toe kunnen passen
- Nee
- Duidelijk
- Duidelijke uitleg, leuk ook met de filmpjes. Maakt het nog iets inzichtelijker
- Maakt het weer even duidelijker met deze voorbeelden en meer bewustwording
- Soms ga je snel over op praten over wat de patiënt zelf kan. Ligt soms dicht bij elkaar
- Duidelijk, meer bewustwording
- Wie wil betrokken worden om mee te denken over zelfmanagement op afdeling handen en voeten geven
- Duidelijk. Even wennen hoe en waar we het toe kunnen passen. Maar het lijkt mij een mooie aanvulling

Menti: ***Welke kansen zien jullie om op de afdeling zelfmanagement in te passen?***

- Casemanagement
- Je noemde het zelf al met casemanagement. Ik denk dat we casemanagement en zelfmanagement goed kunnen combineren
- Medicatie in eigen beheer bij chronisch patiënten (die ze thuis ook gebruiken)
- Casemanagement
- Kansen te over. Nu alleen de afspraak maken om het ook echt te gaan toepassen. Dit ook regelmatig evalueren met elkaar om het onderwerp onder de aandacht te houden.
- Patiënt meer betrekken/regie geven
- Nog meer aandacht voor goede uitleg geven over ziekteproces, zodat patiënt zelf goede keuzes kan maken
- Meer de dagindeling zoals thuis de patiënt ook gewend is.
- Met name m.b.t. kennis delen en van daaruit meer eigen management. Vochtbalans is veel voorkomend voorbeeld. Wordt nog te weinig gebruikt, terwijl dit dan wel echt beter kan gaan.

- Misschien meer combineren i.c.m. casemanagement wat nu op de afdeling ook steeds meer komt, dit betreft ook vaak de 'langliggers' en/of chronisch ziekten
- Genoeg kansen. Zoals jullie aangeven moeten we dit met elkaar doen. We doen als casemanagement. Een breed begrip maar leg de vraag dan ook gelijk ook bij de patiënt neer? Wat kan u zelf? Wat wilt u zelf? Hoe ziet u het?
- Zelf meer de regie aan de patiënt geven
- Je kan het bij iedere patiënt toepassen. Wat kan iemand zelf doen (suiker prikken, wegen, bloeddruk meten) wat of wie heeft iemand nodig om te gaan met zijn ziekte in het ziekenhuis en thuis. Die vraag hoort standaard voor ons te zijn
- Op verschillende gebieden. Bijvoorbeeld bij mobiliseren, stomazorg, medicatie, toepassen shared decision making
- Bij voorbeeld vocht en voedingslijsten laten invullen door de goede patiënt

Proces:

- Aanwezig: 20 teamleden (inclusief kernteam)
- Aanleiding, doelstelling avond is helder
- 2 korte filmpjes YouTube
- Discussie in break-out rooms 5 minuten, 2-3 personen per room
- 2 vragen via menti
- Rol 2 moderators (kernteam): helder, prettige spreekstem. Duidelijke uitleg. Anderen stimuleren voor inbreng. Meebewegen met anderen. Complimenten geven. Op aantal punten had meer doorgevraagd kunnen worden.
- Nadeel:
 - Break-out room niet opgenomen (niet inzichtelijk hoe discussies verliepen, Tjitske kon niet meeluisteren)
 - Enkele vpk hadden technische storingen, konden niet in break-out rooms waardoor er in 1 groepje geen discussie ontstond

