

Kiezen voor beter

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

Eindrapportage onderzoeksprogramma
27 juni 2024

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

DOI: 10.48544/df96bc80-a28a-4094-84cc-58c65eca540f



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 leiderschap¹ door verpleegkundigen op de werkvloer is geassocieerd met betere patiëntuitkomsten 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 (MCL) heeft als doel verpleegkundigen te ondersteunen in het ontwikkelen en toepassen van vakinhoudelijk leiderschap, in samenspraak met de patiënt. Hierbij worden de principes van participerend actieonderzoek en methoden van Practice Development toegepast om tot een duurzame praktijkverandering te komen². Deze pilotstudie vond plaats op drie verpleegafdelingen, namelijk B, T en U van in het MCL van september 2020 tot en met juni 2023. Deze rapportage is het vervolg op de tussenrapportage van november 2022 waarbij de uitkomsten van de verkennende fase en inhoudelijke doelbepaling per afdeling werden beschreven. De inhoudelijk gekozen thema's waar een vervolg aan gegeven wordt in deze eindrapportage zijn palliatieve zorg (B), zelfregie bij mobiliteit (T) en zelfregie bij voeding (U).

Doel: In deze eindrapportage worden de uitkomsten van de vervolgstappen, die volgens Practice Development werden vormgegeven, beschreven. Dit betreffen successen en ontwikkelkansen in hoe verpleegkundigen vakinhoudelijk leiderschap tonen bij het in samenspraak met de patiënt maken van keuzes, in het wel of niet geven van zorg op de thema's palliatieve zorg en zelfregie bij voeding en mobiliteit. Daarnaast worden de evaluatie-uitkomsten van actieonderzoek als onderzoeks-/leermethode beschreven. Per hoofdstuk wordt een samenvatting op hoofdlijnen van de losse deelstudies beschreven.

Methode: Het onderzoeksdesign hanteert de iteratieve fasen van Practice Development. Met behulp van mixed methodes werd data verzameld tijdens verschillende deelstudies om inzicht te krijgen in: 1) hoe verpleegkundigen de zelfregie van patiënten ondersteunen bij voeding en mobiliteit, en 2) hoe verpleegkundigen palliatieve zorg toepassen. Op het thema zelfregie werden 30 interviews met patiënten, 20 participerende observaties met verpleegkundigen, en 6 casusbesprekingen afgenomen. Op het thema palliatieve zorg werden 2 focusgroep interviews met verpleegkundigen en arts-assistenten, 10 participerende observaties en 6 interviews met verpleegkundigen afgenomen. Topicslijsten en observatielijsten werden ontwikkeld op basis van literatuurstudies, het 5A zelfmanagement model en de 4 fasen van palliatieve zorg. Daarnaast vonden er periodieke proces evaluatiegesprekken

¹ In deze rapportage wordt vakinhoudelijk leiderschap synoniem gebruikt voor klinisch leiderschap.

² Deze tekst en onderdelen van teksten in deze rapportage is al eerder beschreven en opgenomen in de tussenrapportage van Kiezen voor Beter, waar over de 1^e periode van verkenning in deze pilotstudie wordt gerapporteerd.

plaats over het actieonderzoek met de kernteams van de afdelingen. Dataverzameling over de inhoudelijke thema's werd gedaan door vierdejaars bachelor studentonderzoekers van NHL Stenden Hogeschool; evaluatiegesprekken werden gedaan door de lectoraats-onderzoeker. Kwalitatieve data werden onafhankelijk door een studentonderzoeker en lectoraats-onderzoeker geanalyseerd via thematische analyse.

Resultaten: Wat betreft vakinhoudelijk leiderschap rondom zelfregie hebben verpleegkundigen en patiënten aandacht voor het behoud van zelfregie rondom voeding en mobiliteit tijdens de opname. Verpleegkundigen erkennen het belang van zelfregie. Patiënten die een preoperatieve voorbereiding hadden gehad, geven aan in staat te zijn de zelfregie te behouden. Patiënten hechten veel waarde aan de rol van de verpleegkundige maar vinden dat verpleegkundigen de patiënt nog onvoldoende stimuleren om zelfregie te pakken of ontwikkelen. Patiënten vinden het belangrijk dat er meer aandacht is voor hun wensen, behoeften, kennis, motivatie. Patiënten vinden het belangrijk dat verpleegkundigen de mantelzorgers vroegtijdig betrekken, en samen evalueren en vooruitkijken wat nodig is om de gezondheid goed te kunnen managen. Verpleegkundigen blijken vaak onbewust bekwaam en/of onbewust onbekwaam in het omgaan met zelfregie in concrete zorgsituaties. De focus van veel verpleegkundigen is op het 'hier en nu' van de opname en niet op het terugblikken of vooruitkijken. Casusbesprekingen aan de hand van het 5A model lijkt bewustwording over zelfregie te vergroten bij verpleegkundigen. Wat betreft palliatieve zorg associëren verpleegkundigen en arts-assistenten dit met de periode waarbij het sterven nabij is (stervensfase) en de periode na het overlijden (nazorgfase). De focus ligt op het comfort van de patiënt, familie participatie en nazorg voor de naasten en wordt als teamverantwoordelijkheid gezien. Verpleegkundigen hebben een signaleringsfunctie en tonen moed in het opkomen voor de patiënt in complexe situaties, zoals het achterhalen en vertalen van de wensen en behoeften van de patiënt richting artsen en/of naasten.

Met betrekking tot ontwikkelkansen is er sprake van kennistekort over de vier specifieke fasen van palliatieve zorg zoals de symptoomgerichte fase. Er is kennistekort over markeringshulpmiddelen, gesprekstechnieken en onduidelijkheid over eigenaarschap, met name over wie proactieve zorgplanning gesprekken initieert. Dit kan leiden tot morele dilemma's in de uitvoering van zorg bij verpleegkundigen, bijvoorbeeld handelingen uitvoeren om conflicten met de patiënt en/of naasten te voorkomen. Actieonderzoek wordt gezien als een goede manier om ingewikkelde problemen op de werkvloer aan te pakken omdat er sprake is van co-creatie van alle belanghebbenden waarbij er ook aandacht is voor implementatie. Actieonderzoek is echter nog een relatief onbekend fenomeen in het ziekenhuis en het vraagt een langdurige commitment en proactieve houding van de werkvloer. De aanwezigheid van kartrekkers op de afdeling, zoals bachelor verpleegkundigen van kernteams voor functiedifferentiatie, lijken van groot belang om actieonderzoek succesvol in te zetten.

Conclusie: Er is een positieve houding in verpleegkundige teams om zelfregie van patiënten te bevorderen, kwalitatief goede palliatieve zorg te leveren en om via actieonderzoek veranderingen in de praktijk te bewerkstelligen. Een belangrijke inhoudelijke aanbeveling die uit deze studie naar voren komt is het belang om te investeren in kennis en competenties van verpleegkundigen rondom zelfmanagement en palliatieve zorg. Daarnaast wordt aanbevolen kartrekkers aan te stellen die actieonderzoek toepassen om duurzame praktijkverandering te bewerkstelligen.

Inhoud

Samenvatting	1
1. Introductie	4
2. Onderzoeksvraag	8
3. Methode	10
4. Samenvatting resultaten deelstudies afdeling U	16
5. Samenvatting resultaten deelstudies afdeling T	23
6. Samenvatting resultaten deelstudies afdeling B	29
7. Resultaten cyclisch evaluatie actieonderzoek	34
8. Discussie	38
9. Conclusies en aanbevelingen voor praktijk, onderwijs en onderzoek	44
10. Literatuurlijst	10
Bijlage A. Deelstudie U topiclijst patiënt interviews november - december 2021	52
Bijlage B. Deelstudie U topiclijst patiëntinterviews april 2022	54
Bijlage C. Deelstudie U topiclijst participerende observaties + casusbesprekingen september - december 2022	56
Bijlage D. Deelstudie T topiclijst patiëntinterviews november - december 2021	57
Bijlage E. Deelstudie T topiclijst patiëntinterviews april 2022.....	60
Bijlage F. Deelstudie T topiclijst participerende observaties + casusbesprekingen september - december 2022	62
Bijlage G. Deelstudie B topiclijst focusinterviews maart - april 2022	64
Bijlage H. Deelstudie B topicslijst interviews verpleegkundigen november 2022	66
Bijlage I. Deelstudie B topicslijst participerende observaties november 2022	68

1. Introductie

1.1 Kiezen voor Beter pilotstudie

Voor u ligt de eindrapportage van het pilotonderzoek 'Kiezen voor Beter, een onderzoek naar de versterking van de invloed van verpleegkundigen op goede ziekenhuiszorg'.

Deze pilotstudie is uitgevoerd van september 2020 tot en met juni 2023 op drie verpleegafdelingen (B, T, en U)³ in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), onder toezicht van het lectoraat Verpleegkundige Leiderschap en Onderzoek Goede Zorg (VLOGZ).

Dit eindrapport volgt de tussenrapportage op van november 2022 (Holtrop et al., 2022).

Bekend is dat verpleegkundigen vaak niet toekomen aan het leveren van alle noodzakelijke zorg, met soms negatieve gevolgen voor de patiënt (Gustafsson et al., 2020). Anderzijds hebben patiënten betere uitkomsten wanneer verpleegkundigen vanuit hun vakinhoudelijk deskundigheid effectief invloed kunnen uitoefenen op de dagelijkse zorg voor de patiënt (Rodríguez-García et al., 2020).

Dit vakinhoudelijk leiderschap is nadrukkelijk toegekend aan de BN2020⁴ hbo-opgeleide verpleegkundige, echter zijn deze verpleegkundigen zoekende hoe zij dit vorm moeten geven in de praktijk. Deze pilotstudie identificeert de successen en ontwikkelkansen in hoe verpleegkundigen vakinhoudelijk leiderschapsgedrag ontwikkelen en toepassen in concrete zorg situaties met hun patiënten, met betrekking tot het maken van keuzes rondom niet-verrichte zorg. Hiermee levert de pilotstudie een bijdrage aan de behoefte van verpleegkundigen om het concept vakinhoudelijk leiderschap te vertalen naar concreet gedrag in de zorg voor hun patiënten.

1.2 Actieonderzoek

In het Kiezen voor Beter onderzoeksprogramma zijn de principes van ontwerpgericht- en participatief actieonderzoek toegepast. Bij deze vorm van onderzoek ligt de focus op co-creatie tussen de lectoraats-onderzoekers VLOGZ, studentonderzoekers, verpleegkundige teams van T, B en U, en de patiënten. Het kenmerkt zich door iteratieve stappen gericht op de empowerment van de betrokken doelgroepen door middel van samen leren, onderzoeken, ontwikkelen en toepassen van interventies om tot een duurzame praktijkverandering te komen (Munten et al., 2012). De PDDOEN methode van Practice Development als veranderfilosofie faciliteert het verbeterproces. Dit behelst de volgende iteratieve fasen: Plaatsbepaling (P), Doelbepaling (D), Doen (D), Open voor nieuwe inzichten (O), Evalueren (E) en Nieuwe ronde (N). Samengevat betekent PDDOEN dat ná informatieverzameling en verkenning van de huidige situatie wordt vastgesteld wat men wil aanpakken en wordt een plan gemaakt. In de uitvoer van dit plan wordt informatie verzameld over hoe de acties uitpakken in de dagelijkse praktijk en worden tussentijdse voortschrijdende inzichten

³ Verpleegafdeling T (combinatie specialismen hoofd- hals chirurgie, urologie, orthopedie)

Verpleegafdeling B (combinatiespecialisme interne; maag-, darm-, leverziekten)

Verpleegafdeling U (chirurgische oncologie; maag-darm chirurgie)

⁴ BN2020 het landelijke opleidingsprofiel bachelor verpleegkunde volgens de Canadian Medical Competency Framework (Canmeds)-rollen

opgedaan. Vervolgens kan nieuw gedrag, een nieuwe werkwijze en/of een keuzehulp in een volgende ronde worden doorontwikkeld (Munten et al., 2012).

Een eerste cyclus van PDDOEN is uitgevoerd tussen september 2020 en juni 2021 op de pilotafdelingen. Daarbij werd de huidige werkcultuur en praktijkvoering met betrekking tot niet-verrichte zorg, evidence based werken, vakinhoudelijk leiderschap en actieonderzoek als proces verkend middels vragenlijsten en interviews. De uitkomsten werden gedeeld met de teams waarna ieder team een 'niet-verrichte zorg' thema prioriteerde voor praktijkverbetering middels een tweede PDDOEN-cyclus. Een samenvatting van de uitkomsten van de eerste PDDOEN-cyclus wordt weergegeven in de onderstaande paragrafen, box 1 en box 2. Een uitgebreide beschrijving van de eerste PDDOEN-cyclus is terug te lezen in de [tussenrapportage](#) van november 2022 (Holtrop et al., 2022).

1.3 Resultaten eerste PDDOEN-cyclus

1.3.1 Product/Inhoud

Wat betreft de verkenning naar niet-verrichte zorg op de afdelingen worden activiteiten zoals driemaal per dag mobiliseren, het geven van wisselgigging, het stimuleren van zelfmanagement relatief vaker uitgesteld dan bijvoorbeeld vitale functies monitoren.

Van alle oorzaken van niet-verrichte zorg lijken urgente situaties met patiënten en de onverwachte toename aan zorgzwaarte de belangrijkste te zijn. Echter, de mate waarin een activiteit past in de bestaande werkroutine, de wijze waarop een individuele verpleegkundige een activiteit prioriteert, de mate van continuïteit in zorgverleners en interprofessioneel samenwerken kan bevorderend of juist belemmerend werken in het omgaan met niet verrichte zorg. Wat betreft het stimuleren van zelfregie⁵ wordt het 5A zelfmanagement model⁶ als ondersteunend ervaren.

Ten aanzien van evidence based werken vinden verpleegkundigen het belangrijk onderzoeksresultaten toe te kunnen passen in hun dagelijks werk maar worden hierin beperkt door het gebrek aan tijd, kennis en ondersteuning. Zij hebben behoefte aan een 'kartrekker' op de afdeling die evidence based werken coördineert.

De meeste verpleegkundigen vinden dat zij leiderschapsgedrag tonen in hun werk door te laten zien dat zij goede rolmodellen zijn, elkaar een hart onder de riem steken en door collega's in staat te stellen tot handelen. Maar zij geven toe dat ze moeite hebben om de status quo ter discussie te stellen of om over een gezamenlijke visie te praten.

De bewustwording en zelfherkenning als vakinhoudelijk leider werd bij verpleegkundigen vergroot door successen in concreet leiderschapsgedrag in concrete zorgsituaties te onderzoeken en met elkaar te bespreken.

De verpleegkundige teams hebben de volgende thema's voor praktijkverbetering gekozen: het stimuleren van zelfregie bij mobiliseren (afdeling T), het stimuleren van zelfregie bij voeding (afdeling U) en optimaliseren van palliatieve zorg (afdeling B) (Box 1).

⁵ Zelfregie: in deze pilotstudie wordt 'zelfregie' gebruikt als synoniem voor 'zelfmanagement' en 'eigen regie'.

⁶ 5A zelfmanagement model: het proces van zelfmanagement ondersteuning in opeenvolgende stappen: Achterhalen, Adviseren, Afspreken, Assisteren en Arrangeren (van Hooft et al., 2015).

Box 1. Resultaten op inhoud PDDOEN-cyclus 1

Meest voorkomende niet-verrichte zorg activiteiten

- 3 keer per dag mobiliseren
- Wisselgigging
- Stimuleren zelfmanagement

Meest voorkomende oorzaken niet-verrichte zorg

- Urgente situaties met patiënten
- Onverwachte toename zorgzwaarte

Meest voorkomende bevorderende of belemmerende factoren niet-verrichte zorg

- Werkprocessen
- Individuele prioritering
- Continuïteit in zorgverleners
- Interprofessioneel samenwerken

Successen en kansen zelfperceptie leiderschapsgedrag

- Successen: rolmodel zijn, hart onder de riem steken, collega's in staat stellen tot handelen
- Kansen: status quo ter discussie stellen, gezamenlijke visie ontwikkelen

Thema's praktijkverbetering

- Zelfregie bij mobiliseren (afdeling T)
- Zelfregie bij voeding (afdeling U)
- Optimaliseren van palliatieve zorg (afdeling B)

1.3.2 Procesevaluatie Actieonderzoek

Uit de samenwerking met de pilotafdelingen worden de geleerde lessen duidelijk (zie Box 2) en blijkt dat actieonderzoek een nieuw fenomeen is voor verpleegkundigen. Actieonderzoek vraagt een proactieve, participerende houding van het team. Pilotteams zijn enerzijds positief over de principes van actieonderzoek vanwege het cyclische karakter waarbij tussenopbrengsten dienen als input voor vervolg stappen voor het verbeteringsproces.

Het benutten van studentonderzoekers bij dataverzameling ter bevordering van praktijkverbetering wordt eveneens als positief gezien. Anderzijds zien kernteams bezwaren in de uitvoer van actieonderzoek; in de eerste deelstudies voelden zij onvoldoende eigenaarschap en hadden zij moeite hun collega's in beweging krijgen.

Ook voor de onderzoeker is de rol als facilitator nieuw en uitdagend, het vraagt een toegankelijke, flexibele houding en kennis van de lokale context van de afdelingen. Een belangrijke valkuil is dat de onderzoeker zich eigenaar van afdelingsproblemen voelde en hierdoor te veel zelf oplossingen aandroeg, in plaats van de kernteams te faciliteren om zelf oplossingen te bedenken. De eerste deelstudies vonden plaats tijdens de Covid-19 pandemie. Werkdruk, hoge roulatie aan personeel en de restricties in face-to-face of 'on the job' contacten zorgde voor een extra uitdaging om tot een wederkerige vertrouwensrelatie te komen tussen de onderzoekers en verpleegkundige teams.

Box 2. Resultaten op proces PDDOEN-cyclus 1

Geleerde lessen actieleren

- Fysieke bijeenkomsten zijn belangrijk voor vertrouwensrelaties en goede samenwerking
- Continu herhaling van de boodschap is noodzakelijk om de participerende rol van verpleegkundige teams te stimuleren.
- Als onderzoeker niet de aap op de schouder nemen; verpleegkundige teams zijn eigenaar van de verandering die zij tot stand willen brengen.

1.4 Vervolg stappen in Kiezen voor Beter

De eerste PDDOEN-cyclus heeft geleid tot een brede analyse van de huidige praktijkvoering vanuit het verpleegkundig perspectief. Echter, de dieperliggende successen en ontwikkelkansen vanuit het perspectief van verpleegkundigen en patiënten rondom de gekozen thema's zijn niet bekend.

De patiënt als belanghebbende heeft zijn eigen unieke expertise en is daarom een essentiële bron van informatie. Het betrekken van patiënten bij Kiezen voor Beter ligt in lijn met MCL-beleid, dat patiënten participatie als speerpunt heeft gekozen (Commissie Patiëntparticipatie, 2024).

Door daarnaast succesverhalen te gebruiken, kunnen teams gesterkt worden bij het verbeteren van leiderschapscompetenties die nodig zijn om samen met de patiënt goede keuzes te maken. Het vergroten van bekendheid en kennis van leiderschapsgedrag door middel van het ophalen en delen van succesverhalen is een iteratief proces dat continu aandacht vraagt in de volgende fasen van Practice Development. Tenslotte is het belangrijk om de geleerde lessen van actieleren uit de eerste fase in de tweede PDDOEN-cyclus toe te passen.

2. Onderzoeksvraag

De hieronder beschreven hoofdvraag en deelvragen hebben betrekking op de gehele pilotstudie. De sub-deelvragen op afdelingsniveau zijn het vervolg op de uitkomsten van PDDOEN-cyclus 1 (Holtrop et al., 2022). De bijhorende stappen van PDDOEN-cyclus 2, tijdspad en uitkomstmaten worden beschreven in Tabel 1.

2.1 Hoofdvraag onderzoeksprogramma Kiezen voor Beter

Hoe kunnen verpleegkundigen werkzaam in een ziekenhuis, 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?

Deelvragen:

1. Wat zijn successen en ontwikkelkansen om leiderschapsgedrag (t.a.v. keuzes om ziekenhuiscomplicaties te voorkomen) te versterken?
2. Wat zijn successen en ontwikkelkansen om actieonderzoek toe te passen als methode om leiderschapsgedrag te versterken?

2.2 Sub-deelvragen afdeling U

- Welke verwachtingen, ervaring en behoeften hebben patiënten over zelfregie bij voeding rondom een opname?
- Hoe past de verpleegkundige het 5A zelfmanagement model toe bij voeding?

2.3 Sub-deelvragen afdeling T

- Welke verwachtingen, ervaring en behoeften hebben patiënten over zelfregie bij mobiliteit rondom een opname?
- Hoe past de verpleegkundige het 5A zelfmanagement model toe bij mobiliteit?

2.4 Sub-deelvragen afdeling B

- Wat zijn volgens het team successen en ontwikkelkansen in palliatieve zorg rondom een opname?
- Hoe wordt de gezamenlijke besluitvorming naar aanleiding van de wensen en behoeften van de palliatieve zorgvrager ingevuld in de symptoomgerichte fase?
- Hoe worden de wensen en behoeften van de zorgvrager en familie ingevuld tijdens de stervensfase en nazorg door verpleegkundigen?

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

Deelvraag	Afdeling	Fase PDDOEN-cyclus	Methode	Datum dataverzameling	Uitkomst parameter
Welke verwachtingen, ervaring en behoeften hebben patiënten over zelfregie bij voeding rondom een opname?	U	Doelbepaling	Semigestructureerde interviews met patiënten	November-december 2021; April 2022	Kennis over voeding Preoperatieve voorbereiding Verwachtingen, ervaring en behoeften rol verpleegkundige in zelfregie bij voeding
Hoe past de verpleegkundige het 5A zelfmanagement model toe bij voeding?	U	Doen Open voor nieuwe inzichten Evalueren	Participerende observaties + casusbesprekingen	September 2022-december 2022	Achterhalen over voeding Adviseren over voeding Afspreken over voeding Assisteren over voeding Arrangeren over voeding
Welke verwachtingen, ervaring en behoeften hebben patiënten over zelfregie bij mobiliteit rondom een opname?	T	Doelbepaling	Semigestructureerde interviews met patiënten	November-december 2021; April 2022	Kennis over mobiliteit Preopname voorbereiding Verwachtingen, ervaring en behoeften rol verpleegkundige in zelfregie bij mobiliteit
Hoe past de verpleegkundigen het 5A zelfmanagement model toe bij mobiliseren?	T	Doen, Open voor nieuwe inzichten Evalueren	Participerende observaties + casus besprekingen	September 2022-december 2022	Achterhalen over mobiliteit Adviseren over mobiliteit Afspreken over mobiliteit Assisteren over mobiliteit Arrangeren over mobiliteit
Wat zijn volgens het team successen en ontwikkelkansen in de symptoomgerichte- en stervensfase van palliatieve zorg rondom een opname?	B	Plaatsbepaling	Focusgroep interviews	Maart -april 2022	Kennis over symptoomgericht- en stervensfase Perceptie goede begeleiding Perceptie behoeften patiënt en naasten Perceptie eigen rol zorgverlener
Hoe wordt de gezamenlijke besluitvorming naar aanleiding van de wensen en behoeften van de palliatieve zorgvrager ingevuld in de symptoomgerichte fase?	B	Plaatsbepaling	Participerende observaties	November 2022	Successen/ontwikkelkansen gezamenlijke besluitvorming Wensen en behoeften Successen/ontwikkelkansen Deskundigheid
Hoe worden de wensen en behoeften van de zorgvrager en familie ingevuld tijdens de stervensfase en nazorg door verpleegkundigen?	B	Plaatsbepaling	Semigestructureerde interviews	November 2022	Successen/ontwikkelkansen kwaliteit van sterven Deskundigheid Successen/ontwikkelkansen deskundigheid Successen/ontwikkelkansen familie participatie Wensen/behoeften
Wat zijn successen en ontwikkelkansen in het toepassen van actieonderzoek in Kiezen voor Beter	T, B, U	Doen, Open voor nieuwe inzichten, evaluatie	Informeel gesprekken/interviews Observaties Memo's Fieldnotes	Sept 2019-Januari 2023	Rol onderzoeker Toegepaste werk/leermethoden

3. Methode

3.1 Studie design

Kwalitatieve deelstudies vonden plaats op de pilotafdelingen middels diepte-interviews, focusgroep interviews, participerende observaties en/of casusbesprekingen. Deze kwalitatieve methoden geven inzicht in de motivaties, percepties, behoeften en emoties van zorgverleners en patiënten (Boeije, 2010). Deze methode is geschikt om succesverhalen en ontwikkelkansen met betrekking tot vakinhoudelijk leiderschap en niet-verrichte zorg uit te diepen volgens de principes van 'Appreciative Inquiry' (Judy & Hammond, 2006). Appreciative Inquiry, ook wel waarderend onderzoeken genoemd, is een manier van vragen stellen waarbij de focus ligt op wat goed gaat en wat energie geeft en niet op wat fout gaat.

De deelstudies werden uitgevoerd tussen september 2021 en januari 2023. De RTPO van Medisch Centrum Leeuwarden heeft een niet-WMO verklaring voor de studie afgegeven (RTPO 1091).

3.2 Studiepopulatie

De deelstudies hanteren de onderstaande criteria (Tabel 2).

- Verpleegkundigen van deelnemende pilotafdelingen die een hbo, mbo of in-service opleiding als vooropleiding hebben en uitvoerend verpleegkundig handelen.
- Patiënten van afdeling T met een geplande of spoed opname.
- Patiënten van afdeling U die een geplande of spoedoperatie aan de maag-, darm-, lever (MDL) stelsel zijn ondergaan, met een minimaal verblijf van 3 dagen.
- Arts-assistenten betrokken bij palliatieve zorg op afdeling B (AIOS, ANIOS).
- Verpleegkundigen van het Team Ondersteunende Palliatieve Zorg (TOPZ) in het MCL.

Tabel 2. Inclusiecriteria, aantal deelnemers per dataverzamelingsmethode

Dataverzamelingsmethode	Inclusiecriteria	Aantal deelnemers
Focusgroep interviews	Maximale variatie werkervaring, leeftijd, functie Maximale variatie werkervaring, leeftijd, functie	4-6 participanten per focusgroep interview
Casusbespreking		4-6 participanten per casusbespreking
Participerende observaties + interviews		10 participanten
Individuele interviews patiënten	Ouder dan 18 jaar Maximale variatie in leeftijd, opname duur, type operatie	15 participanten

3.3 Werving en toestemming

Verpleegkundige teams werden per deelstudie geïnformeerd door de lectoraats-onderzoeker, studentonderzoeker(s), teamleiders en/of de kernteams van Floor 2020⁷. Informatie werd gegeven via nieuwbrieven of de teamsite, bijeenkomsten tijdens teamvergaderingen en in voorstelbrieven van de studentonderzoekers.

3.3.1 Interviews met patiënten

Werving van patiënten voor interviews vond plaats tijdens de klinische opname. Patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria werden gevraagd voor belangstelling door de dienstdoende verpleegkundige (Tabel 2). Geïnteresseerde patiënten kregen vervolgens een informatiebrief met toestemmingsformulier van de studentonderzoeker. Na instemming van de patiënt werd een afspraak voor het afnemen van het interview gemaakt. Het toestemmingsformulier werd ondertekend voorafgaand aan het interview.

3.3.2 Participerende observaties op de pilotafdelingen

De studentonderzoeker plande in overleg met het kernteam, regie- of bachelorverpleegkundige of teamleider meeloopdiensten in. Tijdens de diensten werden verpleegkundigen via informatiebrief toestemming gevraagd voor deelname aan de participerende observaties. De toestemmingsbrief werd vooraf aan het observeren ondertekend.

3.3.3 Focusgroep interviews, individuele interviews, casusbespreking op de pilotafdelingen

Werving werd gedaan door de studentonderzoekers en/of kernteam en/of teamleider middels telefoon, mail, Whatsapp of nieuwbrieven op de teamsite. Alle geïnteresseerden kregen vooraf een informatiebrief. Bij de start van de onderzoeksactiviteit werd het toestemmingsformulier ondertekend.

⁷ Kernteams Floor 2020: Het project Floor 2020 richtte zich op verpleegkundige professionalisering in relatie tot functiedifferentiatie en werd ondersteund door de Floor-opleidingsfunctionaris. Daarbij ging het om te komen tot een goede functiemix, met een ontwikkeling van de functie bachelorverpleegkundige gekoppeld aan de kernbegrippen van het beroeps- en opleidingsprofiel BN2020, naast de bestaande verpleegkundige functie. De afdelingen die als proeftuinen waren ingericht hadden kernteams van verpleegkundigen met verschillende opleidingsniveaus die deze ontwikkeling ondersteunden. De kernteams fungeerden als eerste aanspreekpunt voor de KvB pilotstudie.

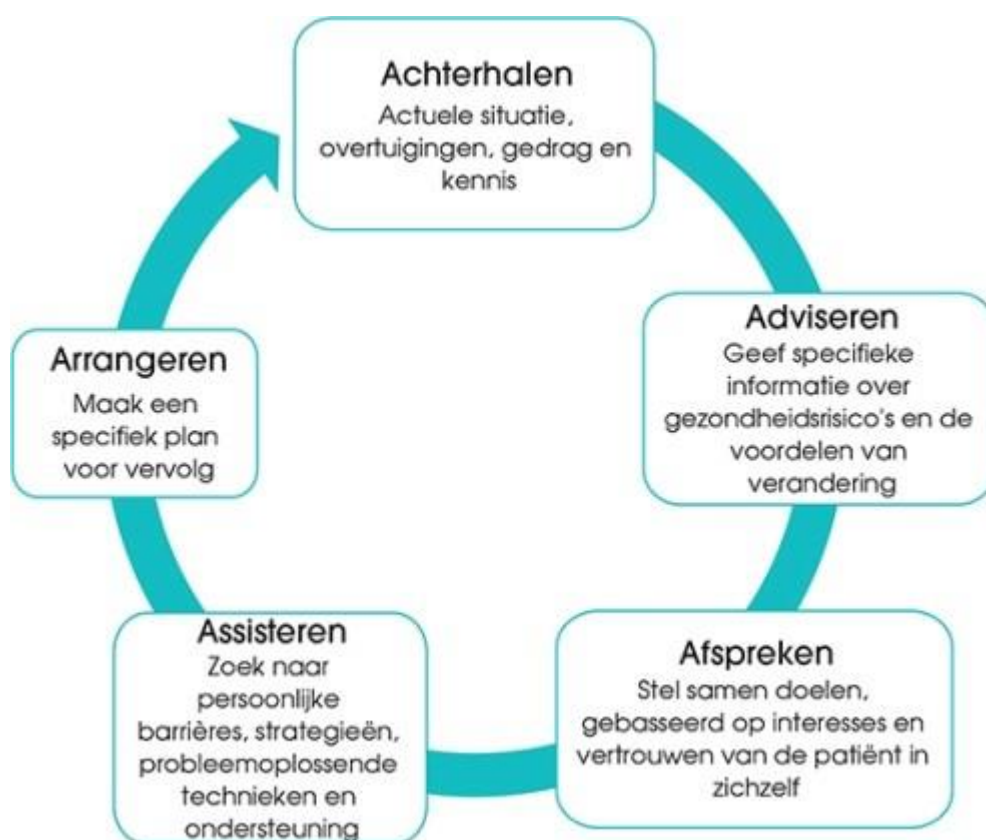
3.4 Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats in een aantal stappen zoals beschreven in onderstaande paragrafen en volgens Tabel 2. Dataverzameling werd gedaan door vierdejaars bachelor studentonderzoekers onder supervisie van de lectoraats-onderzoeker.

3.4.1 Patiënten interviews op afdeling T en U

De interviews met patiënten werden digitaal afgenomen via Zoom en op de verpleegafdeling aan bed, afhankelijk van de geldende Covid-19 maatregelen bij het inplannen van het interview. Een interview bedroeg gemiddeld 30 minuten en werd vastgelegd via Zoom of mobiele telefoon van de studentonderzoeker. De geluidsopnames werden verbatim getranscribeerd, waarna de geluidsopnames werden gewist.

De observatielijsten en topicslijsten zijn gebaseerd op het 5A zelfmanagement model (Figuur 1). Het 5A zelfmanagement model beschrijft het proces van zelfmanagement ondersteuning in opeenvolgende stappen: Achterhalen, Adviseren, Afspreken, Assisteren en Arrangeren (van Hooft et al., 2015).



Figuur 1: 5A zelfmanagement model

3.4.2 Participerende observaties op afdeling T en U

Participerende observaties werden gedurende zes weken tijdens verschillende diensten uitgevoerd. De gemiddelde observatieperiode per dag bedroeg 4-5 uren. Per observatie dag werd er 1 tot 2 verpleegkundigen in hun dagelijkse werkzaamheden geobserveerd.

In samenspraak met de dienstdoende regie- of bachelorverpleegkundige of verpleegkundige van het kernteam werd per observatie dag besloten aan welke verpleegkundige de studentonderzoeker werd gekoppeld. Deze keuze werd gemaakt op basis van de inclusiecriteria van het onderzoek en bereidheid van de verpleegkundige.

Bij aanvang van het meeloop moment gaf de studentonderzoeker uitleg aan de verpleegkundigen over het doel van de deelstudie, de wijze van informatieverzameling en achtergrondinformatie over het 5A model. De studentonderzoeker liep gedurende de observatie dag met de verpleegkundige mee en stelde tussendoor vragen. Data werd vastgelegd met papier en pen in een observatieschema. Het 5A zelfmanagement model diende als raamwerk voor het observatieschema en de verdiepende vragen. Na afloop van de dienst evalueerden en reflecteerden de studentonderzoeker en verpleegkundige op de successen en ontwikkelkansen.

3.4.3 Casusbesprekingen op afdeling T en U

Naar aanleiding van de uitkomsten van de participerende observaties werd samen met het kernteam gezocht naar een manier om de bewustwording van het 5A zelfmanagement model onder verpleegkundigen te vergroten. De studentonderzoeker en het kernteam ontwikkelden een fictieve casus als afspiegeling van de patiëntenpopulatie van de afdeling. Per afdeling werden 2 tot 3 momenten gepland om de casus te bespreken.

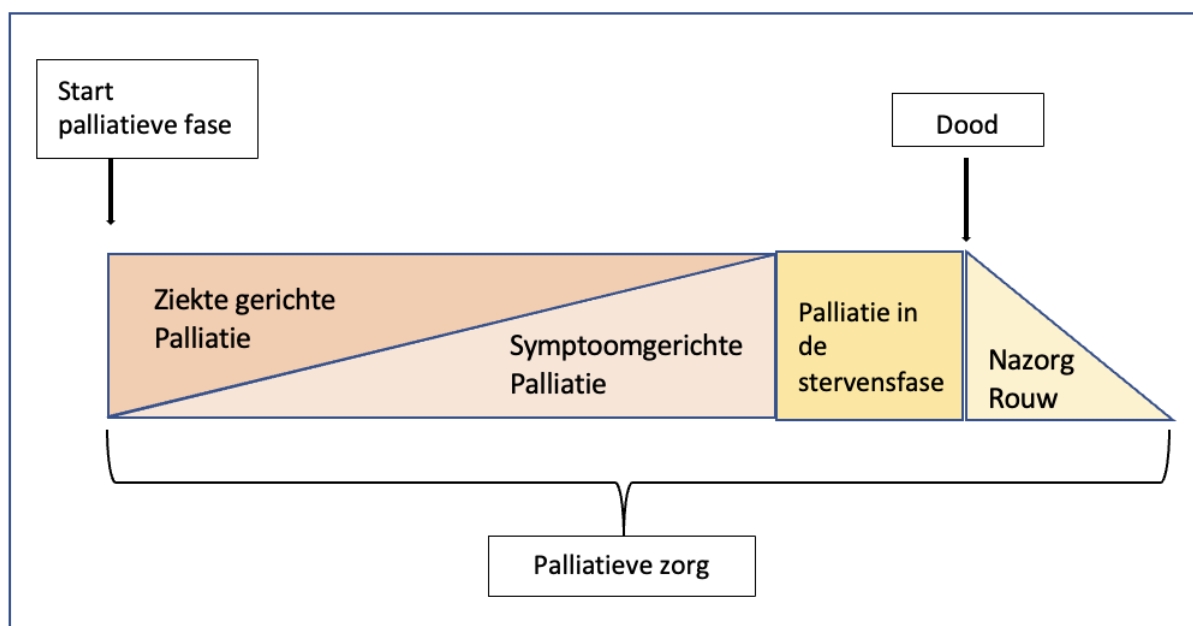
Vooraf kregen participerende verpleegkundigen uitleg over het 5A zelfmanagement model.

Onder leiding van de studentonderzoeker werd tijdens de casusbespreking de participerende verpleegkundigen gevraagd per onderdeel van het 5A zelfmanagement model voorbeelden te geven hoe zij concreet invulling zouden geven aan zelfregie bij mobiliseren (afdeling T) en zelfregie bij voeding (afdeling U). Daarna werd geëvalueerd hoe zij de casusbespreking hadden ervaren.

De uitkomsten werden vastgelegd met papier en pen in het eerder gebruikte observatieschema.

3.4.4 Focusgroep interviews palliatieve zorg afdeling B

In focusgroep interviews met 4-6 participerende verpleegkundigen en arts-assistenten werd middels een topicslijst en het STARR reflectie model de successen en ontwikkelkansen in palliatieve zorg voor patiënten op afdeling B bediscussieerd (Benders, 2019). Deelnemers werden gevraagd naar praktijkvoorbeelden (Situatie); de taak die de deelnemer had in de voorbeeld situatie had (Taak); de genomen acties (Actie); de behaalde resultaten (Resultaten) en reflectie op het proces (Reflectie). De topicslijst was gebaseerd op literatuur en de vier fasen van palliatieve zorg, namelijk ziekte gerichte palliatie, symptoomgerichte palliatie, palliatie in de stervensfase, en nazorg (Figuur 2). De duur per focusgroep interview bedroeg 60 minuten, werd opgenomen met de geluidsopname van een mobiele telefoon en geleid en gemonitord door twee studentonderzoekers. De lectoraats-onderzoeker was observant bij het eerste focusgroep interview.



Figuur 2. Verschillende Fasen van Palliatieve Zorg (Kennisplein Zorg voor Beter (2021))

3.4.5 Participerende observaties palliatieve zorg afdeling B

Naar aanleiding van de focusgroep interviews werden participerende observaties gedaan op afdeling B. De studentonderzoeker werd per observatie dag gekoppeld aan 1 tot 2 participerende verpleegkundigen voor maximaal vier uren per observatiemoment.

Vooraf werd geïnventariseerd welke patiënten een positieve ‘surprise question’ hadden. Met een positieve surprise question vraag je jezelf af of je verbaasd zou zijn wanneer een patiënt binnen een jaar zou komen te overlijden. Wanneer het antwoord op deze vraag nee is wordt gezien als begin van de palliatieve fase (Stichting Palliatieve Zorg Nederland, 2022). De studentonderzoeker observeerde en stelde vragen over de gezamenlijke besluitvorming tussen de verpleegkundige, de patiënt en diens naasten met betrekking tot de symptoomgerichte fase in palliatieve zorg aan de hand van een topicslijst die gebaseerd was op literatuuronderzoek.

3.4.6 Individuele interviews palliatieve zorg afdeling B

Parallel aan de participerende observaties en naar aanleiding van de resultaten van de focusgroep interviews, werden verdiepende, face-to-face, semigestructureerde interviews met participerende verpleegkundigen afgenomen. Participanten werden gevraagd naar wensen en behoeften met betrekking tot familieparticipatie in de stervensfase en nazorg aan de hand van een op literatuur gebaseerde topicslijst. De interviews vonden plaats op een rustige locatie in het MCL.

3.4.7 Cyclisch evaluatie actieonderzoek

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.

3.5 Data-analyse

Kwalitatieve data werden geanalyseerd middels thematische analyse volgens Boeije 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. 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. Peer debriefing vond twee wekelijks plaats tussen de studentonderzoekers en onderzoeker waarin bevindingen werden bediscussieerd en consensus werd bereikt. Hiermee werd de kwaliteit van het analyse proces bewaakt.

4. Samenvatting resultaten deelstudies afdeling U

4.1 Methode en deelnemers

Van november 2021 tot en met januari 2023 zijn er door studentonderzoekers op verschillende momenten data verzameld, namelijk: interviews met patiënten, participerende observaties met verpleegkundigen, en casusbesprekingen met verpleegkundigen (Tabel 3). Zestien patiënten namen deel aan telefonische of online interviews volgens de op dat moment geldende Covid-19 restricties. De participerende observatie momenten vonden plaats bij 10 verpleegkundigen op verschillende momenten van de dag. Deze verpleegkundigen kregen vooraf aan de observaties mondelinge informatie over het 5A zelfmanagement model. Naar aanleiding van de observaties werd een casus (Box 3) ontwikkeld in co-creatie met een verpleegkundige van het kernteam.

Het doel van de casusbesprekingen was om te brainstormen hoe concreet invulling te geven aan het 5A zelfmanagement model met betrekking tot het thema zelfregie rondom voeding. Respectievelijk 3 en 4 verpleegkundigen namen deel aan de casusbesprekingen. De eerste drie verpleegkundigen bespraken de casus één op één met de studentonderzoeker. De overige vier verpleegkundigen bediscussieerden de casus in een groep tijdens een Kort Opleidings Moment (KOM)⁸ op de afdeling.

Tabel 3. Afdeling U dataverzameling: methoden, data, aantallen en demografische gegevens

Dataverzameling-methode	Datum	Aantal	Aanvullende (demografische) gegevens
Patiënten interviews	November en december 2021, en in april 2022.	N=16 patiënten	Telefonisch (14)/ Online (2) Interview tijdens opname (8)/ Interview na ontslag (8) Electieve opname (11)/ Spoedopname (5)
Participerende observaties	September en oktober 2022 7-12 uur, 11-15:30 uur of 15 tot 19 uur	N=10 verpleegkundigen	
Casusbespreking	December 2022	N=7 verpleegkundigen	3x N=1 individuele casusbespreking 1x N=4 groep casusbespreking

⁸ Kort Opleidings Moment (KOM) wordt per afdeling wisselend ingevuld. Meestal betreft dit een klassikaal leermoment op een vaste dag, 1 keer per week tijdens een dagdienst met een maximale tijdsduur van 30 minuten.

Een samenvatting van de uitkomsten wordt in de onderstaande paragrafen weergegeven middels successen en ontwikkelkansen in het toepassen van het 5A zelfmanagement model vanuit patiënten- en verpleegkundigen perspectief. De 'overall' resultaten worden ondersteund met quotes en Tabel 4 en 5. Daarnaast bevat [KvB Uitkomsten deelstudies afdeling U.pdf](#) een gedetailleerde beschrijving van de uitkomsten van de interviews, observaties, en casusbespreking.

4.2 Successen in het stimuleren van zelfregie bij voeding

4.2.1 Patiëntenperspectief

Patiënten die werden geïnterviewd die vooraf aan de opname doorgestuurd werden naar een diëtiste, vinden dat zij voedings-gerelateerde kennis hebben in relatie tot hun (chronische) aandoening en herstel. Deze patiënten zijn tevreden met de gekregen adviezen, afspraken en follow-up zorg van de diëtiste. Patiënten vinden het helpend wanneer zij adviezen op papier mee krijgen en handvatten krijgen hoe en welke producten zij kunnen bestellen tijdens de opname: *"Dan kreeg ik ook wel van die flesjes nutridrink, die moet ik nog steeds drinken..ik viel steeds af...het advies van de diëtist was vooral om veel eiwitten te eten."* (P1) Patiënten zijn tevreden over de rol die de voedingsassistent heeft in het assisteren bij het maken van keuzes in eten en het aanmoedigen en meedenken in oplossingen wanneer er problemen zijn met de intake: *"Heb je dit geprobeerd..of dit is ook lekker, dat kun je dat er even bijnemen."* (P9) Ook zijn de patiënten tevreden over de ingezette verpleegkundige interventies bij (dreigende) voedingsproblemen tijdens de opname, bijvoorbeeld een diëtiste in te schakelen. Daarnaast zijn de patiënten tevreden over de algemene nazorg afspraken die zij bij ontslag van de verpleegkundige krijgen omdat dit hun houvast en vertrouwen geeft. Dit zijn afspraken over hoe om te gaan met vragen of calamiteiten die ontstaan de eerste dagen ná ontslag: *"Bij vragen de eerste 5 dagen de afdeling of de polikliniek, daar heb ik telefoonnummers van gekregen....als ik vragen had, kon ik die kon bellen. Dat was wel goed, van als er wat is, kun je bellen met elkaar, dus dat is mooi."* (P4) Met betrekking tot zelfregie vinden patiënten dat zij zelf een belangrijke rol hebben in het durven stellen van vragen, initiatief nemen en eigen familie betrekken: *"Het gaat om mij hé, het gaat om mijn lichaam. Dus als het in disbalans is dan krijg je gewoon problemen en dat wil ik niet. Dus vandaar dat het heel belangrijk is."* (P5) Tenslotte, hechten patiënten veel waarde aan de rol van de verpleegkundige als deskundige, vertrouwenspersoon en laagdrempelig vraagbaak: *"Nou het persoonlijke contact, dat ik niet alleen hoef te bellen maar dat ze gewoon langskomen en zeggen; 'hoe gaat het met je?', 'kan ik nog iets voor u doen?'"* (P5)

4.2.2 Verpleegkundig perspectief

Verpleegkundigen die aan dit onderzoek deelnamen gaven aan dat zij achterhalen welke kennis een patiënt heeft, hoe het thuis ging, en hoe de patiënt naar zijn eigen toekomst kijkt: *“Hoe ziet u uw toekomst m.b.t. voeding na uw maagresectie?” (V10)* Verpleegkundigen geven veel voorlichting en adviezen over het voedingsbeleid tijdens de opname en voedingskeuzes wanneer er problemen zijn met de intake: *“U heeft extra eiwitten nodig en dus kunt u dit drankje nemen.” (V6)*

Verpleegkundigen leggen gemaakte afspraken over voedingsbeleid vast in het elektronisch patiëntendossier. Ze erkennen het belang van het ingaan op eerder opgedane positieve ervaringen van de patiënt om gezamenlijke doelen te stellen. Verpleegkundigen stimuleren het zelfvertrouwen door met de patiënt naar haalbare opties te zoeken: *“Custard pap eten is het enige wat de patiënt wil en aan kan, dan geven we hem dat.” (V2)* Ze ondersteunen zelfstandigheid door het aanbieden van hulpmiddelen en zelf de intake te monitoren d.m.v. invullen voedingslijsten: *“Misschien kunt u voor thuis ook een tuitbeker aanschaffen?” (V4, V5)* De verpleegkundige betreft de benodigde zorgverleners door af te stemmen via intercollegiaal overleg (diëtiste en arts): *“Kan deze patiënt niet beter op helder vloeibaar staan in plaats van een glad vloeibaar dieet?” (V6)*

De patiënt krijgt algemene nazorg adviezen mee naar huis: *“U mag binnen 5 dagen na ontslag bellen met de afdeling.” (V7)*

Box 3. Fictieve casus afdeling U

Casus Dhr. P.

Dhr. P., 55 jaar, komt op afdeling U te liggen vanwege een geplande laparoscopische cholecystectomie. Dhr. is op dit moment nuchter en wordt vandaag geopereerd. Dhr. is in 2019 voor het eerst opgenomen geweest in een streekziekenhuis. Bij hem werd de ziekte van Crohn vastgesteld. Daarbij werd bij een vorige opname (December 2021) fistelvorming gezien (een fistel tussen proximale dunne darm en terminaal ileum), waarvoor hij geopereerd is. Dhr. krijgt normaal gesproken 1 liter Multi Fibre sondevoeding per 24 uur omdat hij erg ondervoed is. Dhr. woog voorheen 100 kg bij een lengte van 1.87 m in 2019, in december 2021 woog dhr. nog maar 63 kg; BMI 18. Hiervoor werd het sondevoedingsbeleid opgesteld. Dhr. krijgt thuiszorg vanwege de sondevoeding. Vanwege eerdere slechte ervaringen in het streekziekenhuis, besloot dhr. nu de overstap te maken naar het MCL Leeuwarden. Dhr. beschrijft dat er onvoldoende communicatie plaats heeft gevonden tussen hem en zorgverleners. Dhr. is slechthorend. Zijn partner is mee tijdens de opname.

Voorafgaand aan de operatie maakt de verpleegkundige een praatje met dhr., weegt dhr., en neemt de anamnese af. Dhr. vertelt na december 2021 alweer 9 kilo te zijn afgevallen. De verpleegkundige vraagt of er een oorzaak voor is. Dhr. vertelt dat hij thuis niets meer at, alleen af en toe een slokje water dronk i.v.m. de droge mond. De verpleegkundige vraagt hem van wie hij dit (niets per os) advies had meegekregen. Dhr. vertelt opgenomen te zijn geweest in en vanuit daaruit dit voedingsbeleid te hebben meegekregen. Dit heeft dhr. dan ook netjes gevolgd.

Tabel 4. Goede voorbeelden in het toepassen van 5A zelfmanagement model bij voeding

Goede voorbeelden hoe het 5A zelfmanagement model bij voeding kan worden toegepast*	
*Voorbeelden a.h.v casusbespreking	
Achterhalen - <i>"Hoe was de situatie voor de operatie in 2019?"</i> - <i>"Hoe was de situatie vóór opname thuis met eten?"</i> - <i>"Wat ging er volgens patiënt niet goed bij de vorige opname?"</i> - <i>"Hoe ging het gisteren met het eten?"</i> - <i>"Welke kennis en begrip heeft de patiënt over het ingezette medische of voedingsbeleid?"</i> - Partner naar zijn/haar betrokkenheid vragen, ook omdat de patiënt slechthorend is - <i>"Wat is de motivatie om niet te eten in het ziekenhuis?"</i> - Vertrouwen in de toekomst achterhalen - Partner betrekken i.v.m. slechthorendheid van de patiënt - Zelfregie vergroten door alternatieve voedingsproducten, eten van thuis mee laten komen, zelf het gewicht in de gaten houden, zelfregie in de thuissituatie over sondevoeding houden (inloopsnelheid)	Adviseren - Afstemmen met de patiënt welke informatie nodig is over bijvoorbeeld voedingsbeleid t.a.v. ingreep - Toestemming vragen om informatie of adviezen te verstrekken - Terugvraagmethode om zeker te zijn dat de patiënt informatie heeft begrepen - Adviezen over vocht en voedingsbeleid die van toepassing zijn tijdens de opname, inclusief over het toepassen van eiwitrijke producten
Assisteren - Vragen aan de patiënt wat het ongewenste gewichtsverlies voor hem betekent - Erkennen van het belang van het betrekken van de familie - Zelfvertrouwen in de toekomst te geven door bevestigen dat het goed gaat komen - Zelfstandigheid vergroten door aan te moedigen in de stoel aan tafel te eten - Wanneer broodmaaltijden niet lukt worden opties die beter passen besproken zoals vloeibaar eten (bv pap) - Er wordt aan de patiënt gevraagd of hij behoefte heeft aan ondersteuning van zijn vrouw - Om zelfmanagement te vergroten onderzoekt de verpleegkundige met de patiënt of het haalbaar is om tijdens de opname zelf de voeding en vocht te monitoren aan de hand van registratielijsten	Afspreken - Eerder opgedane positieve ervaringen met de patiënt bespreken over bijvoorbeeld het thuis gebruik van Nutridrink om afvallen te voorkomen - Samen met de patiënt doelen stellen over het voorkomen van afvallen - Afspreken met de patiënt hoe invulling geven aan de gestelde doelen zoals verdelen van Nutridrink over de dag, of andere smaakjes te proberen, of te mixen met yoghurt, of de diëtiste opnieuw in consult te vragen - Doelen en afspraken vastleggen in het EPD - Herkenning en erkenning van de onzekerheid van de patiënt in het omgaan met Nutridrink, is bang om misselijk te worden en maakt dit ook kenbaar bij andere betrokken hulpverlener - De verpleegkundige vertegenwoordigt de patiënt in het afstemmen van voedingsbeleid met de diëtiste en/of arts in hoe invulling te geven aan voedingsbeleid
Arrangeren - Afstemmen van follow-upzorg: thuis monitoring van gewicht i.v.m. fors gewichtsverlies - In samenspraak met de patiënt, een consult regelen met de diëtiste voor follow-up zorg in de thuissituatie - Verpleegkundigen overleggen en stemmen af met hun buddy*, arts en/of diëtiste - Patiënten wordt geattendeerd dat zij tijdens de opname vragen kunnen bespreken met de verpleegkundige, en na ontslag de eerste 5 dagen contact opnemen met de afdeling voor calamiteiten, vragen of adviezen	

*Buddysysteem: verpleegkundigen die tijdens de dienst aan elkaar gekoppeld zijn en samen zorg dragen voor de patiënt.

4.3 Ontwikkelkansen in het stimuleren van zelfregie bij voeding

4.3.1 Patiëntenperspectief

De patiënten associëren het thema voeding niet direct als een verantwoordelijkheid van de verpleegkundige omdat de verpleegkundige niet of nauwelijks met de patiënt bespreekt hoe de patiënt invloed kan uitoefenen op voeding in relatie tot herstel: *“We hebben het eigenlijk nooit over voeding gehad.” (P6)* De patiënten, die geen begeleiding van een diëtiste kregen, vinden dat zij minder kennis hebben over de rol van voeding in relatie tot hun aandoening en hoe zij zelfregie over voeding kunnen houden voor, tijdens en na de opname. Zij vinden dat er tijdens de opname onvoldoende aandacht is voor het achterhalen van wensen, behoeften, kennis en toekomstverwachtingen rondom voeding. Hierdoor sluit de werkwijze en aanbod van voedingsproducten niet altijd goed aan bij wat de patiënt nodig heeft: *“Ik heb geen zin in brood, want dat kan ik heel moeilijk weg krijgen, mag ik wel een beschuitje? Nee, dat kreeg je niet. De beschuitjes waren voor mensen die lichte voeding moesten hebben.” (P8)* De patiënten krijgen geen gerichte voedingsadviezen van verpleegkundigen, zoals wat het belang van eiwitverrijkte producten bij herstel is: *“Er zijn allerlei eiwitverrijkte producten. Nou, dat wist ik tot nu toe niet, misschien dat ze de derde dag of zo geweest is van de opname en ik ben totaal 5 dagen in het ziekenhuis geweest.” (P2)* Volgens de patiënten maken verpleegkundigen nauwelijks voedingsafspraken met de patiënt, hoe dit gemonitord wordt, wat de patiënt zelf kan doen met betrekking tot monitoring van voeding en vocht en geven geen of weinig gerichte voedingsadviezen voor thuis. Daarbij is het voor de patiënt niet duidelijk hoe de samenwerking en communicatie is tussen de verpleging, diëtiste en voedingsassistenten waardoor de patiënt onzeker wordt over de continuïteit van zorg: *“In het telefonisch gesprek voor de operatie heb ik wel aangegeven dat ik die nutridrink thuis krijg, ik vroeg of ik die ook mee moest nemen, maar dat hadden ze daar ook wel. Dat hebben ze ook opgeschreven. Maar de nutridrink heb ik op de afdeling nooit gehad.” (P8)* Participerende patiënten vinden dat hun zelfregie negatief beïnvloedt wordt door meerdere oorzaken: een gebrek aan zelfvertrouwen, spanning rondom een opname, veel indrukken verwerken, moeite om informatie in een keer te onthouden, werkprocessen die belemmerend werken, of zich te ziek voelen: *“Ik was meer bezig met de pijn van mijn wond dan de voeding. Dan is het gewoon heel fijn dat de verpleging er is om rekening te houden met de voeding.” (P1)* Patiënten geven aan behoefte te hebben aan een prominente rol van verpleegkundigen bij alle stappen van het 5A model en benoemen het belang om mantelzorgers en andere betrokken zorgverleners hierin betrekken: *“Dan zou er wel wat meer een advies kunnen komen op dat gebied. Want eigenlijk is er alleen gezegd dat ik alles mag eten, maar heb ik verder geen advies gehad.” (P6)* Patiënten vinden het ook belangrijk dat de samenwerking tussen disciplines zichtbaar wordt voor de patiënt.

4.3.2 Verpleegkundig perspectief

Veel participerende verpleegkundigen hebben geen of weinig aandacht voor het achterhalen van de wensen en behoeften van de patiënt, en de daarbij onderliggende waarden, normen en eventuele angsten: *“Ik vraag dat nooit, ik richt mij meer op nu.” (V1,V4, V5,V7)* De verpleegkundigen geven weliswaar veel voorlichting en adviezen, echter wordt dit nauwelijks afgestemd op de behoeften van de patiënt. Vaak worden deze adviezen ongevraagd gegeven, omdat verondersteld wordt dat

patiënten onbewust onbekwaam zijn: *“Als de patiënt niet weet wat hij mist (of nodig heeft), kan hij dat ook niet vragen.” (V1, V5)* Verpleegkundigen toetsen zelden of de patiënt de gegeven informatie heeft begrepen: *“We geven zoveel informatie, dat kan je niet steeds terug laten vertellen.” (V1)* Er worden weinig adviezen of voorlichting gegeven die van toepassing zijn voor de thuissituatie, en verpleegkundigen weten ook niet welke follow-up zorg er geldt bij vragen over het voedingsbeleid: *“De diëtist houdt de patiënt na de opname in de gaten.” (V6, V7)* De mantelzorgers worden door de verpleegkundigen nauwelijks betrokken in het zorgproces voor de patiënt. Voedingsbeleid en doelen worden vaak zonder inspraak van de patiënt gemaakt. De participerende verpleegkundigen geven aan soms zorgprocessen onbewust over te nemen terwijl de patiënt en/of de mantelzorger dit prima zelfstandig zou kunnen doen. Factoren die volgens de verpleegkundigen van invloed zijn: 1) kennisgebrek van de verpleegkundigen, 2) aannames over de patiënt, bijvoorbeeld over zijn kennis over voeding, 3) relevantie, bijvoorbeeld het is zinloos om met de patiënt te evalueren, 4) werkprocessen, 5) tijdgebrek en andere prioritering.

4.4 Reflecteren op de casusbespreking als leermethode

De verpleegkundigen vinden de casusbespreking een helpende methode om kennis te krijgen over het 5A zelfmanagement model en hoe het model toe te passen is in concrete zorg situaties. Verpleegkundigen die ook werkzaam zijn op de polikliniek hadden meer ervaring met het model; zij passen het model vaker toe, zowel in de kliniek wanneer zij geconsulteerd worden, als op de polikliniek. De verpleegkundigen geven aan dat zij behoefte hebben aan een visueel 5A model om zo een herinnering te krijgen om alle stappen bij langs te lopen. Dit zou de praktische invulling van het model kunnen vergemakkelijken. *“De casus was een fijn middel om inzicht te krijgen in hoe het 5A model nou kan worden uitgewerkt. Het moet daarom beeldend zijn. Anders kan je al die punten van het model niet onthouden en toepassen in je werk.” (casusbespreking)*

Tabel 5. Knelpunten in het toepassen 5A model bij voeding

Knelpunten bij het toepassen van het 5A model rondom voeding* *op basis van de observaties en casusbespreking		
Achterhalen Gebrek aan aandacht voor: - Kennis patiënt over gezonde voeding - Kennis patiënt over huidige voedingsbeleid - Verwachtingen patiënt over voeding na ontslag/in de toekomst - Adviezen voor thuis - Betrekken van familie bij motivatie, kennis, vertrouwen in eigen kunnen van de patiënt - Zelfregie; verpleegkundige neemt automatisch de zorg over	Adviseren Gebrek aan aandacht voor: - Afstemming en toestemming informatie met patiënten - Verificatie van informatie met de patiënt	Oorzaken Niet relevant vinden <i>"Ik vraag dat nooit, ik richt mij meer op nu." (V6)</i> Onbewust onbekwaam <i>"Ik wist niet dat ik hiernaar moest informeren." (V9)</i> Bewust onbekwaam/ Kennisgebrek <i>"Ik weet niet hoe ik dat moet vragen." (V2)</i>
Assisteren Gebrek aan aandacht voor: - Eerder opgedane positieve ervaringen over voeding - Patiënten betrekken bij het opstellen van doelen; doelen worden door verpleegkundigen en artsen bedacht en bepaald <i>"Het plan was al besproken in de artsensite" (V2)</i> - Zorg wordt nog te vaak automatisch overgenomen - Familie wordt nauwelijks betrokken	Afspreken Gebrek aan aandacht voor: - Patiënten zelf laten beslissen in prioriteiten en doelen - Patiënten stimuleren hun naasten te betrekken in zelfregie rondom voeding - Aandacht voor het zelfvertrouwen van de patiënt	Werkprocessen <i>"De informatie voor thuis komt bij het ontslaggesprek." (V2)</i> Focus op wat er niet goed gaat <i>"Het is toch niet van belang om naar gezonde voeding te vragen als het nu niet goed gaat, dan moet je je toch richten op wat er niet goed gaat?" (V8)</i>
Arrangeren Gebrek aan aandacht voor: - Follow-up afspraken rondom voeding - Inzetten hulpmiddelen om zelfmanagement vaardigheden te vergroten - Samen met de patiënt voedingsplan/beleid evalueren		Aanname/veronderstellingen <i>"Ik ga ervan uit dat de patiënt weet wat hij mag eten en drinken." (V3)</i> Tijdgebrek/andere prioriteiten <i>"Als de patiënt niet weet wat hij mist kan dat ook niet worden gevraagd". (V1,V5)</i> <i>"Je kan niet bij elke info vragen of je de patiënt wel iets mag vertellen." (V1)</i>

5. Samenvatting resultaten deelstudies afdeling T

5.1 Methode en deelnemers

Van december 2021 tot en met januari 2023 is er op verschillende momenten data verzameld door studentonderzoekers, namelijk: interviews met patiënten, participerende observaties met verpleegkundigen, en casusbesprekingen met verpleegkundigen (Tabel 6). In totaal werden 14 patiënten geïnterviewd. De participerende observaties vonden gedurende 8 dagdiensten en 2 avonddiensten waarbij 1 verpleegkundige per dienst werd geobserveerd. Deze verpleegkundigen kregen vooraf aan de observaties mondelingen informatie over het 5A zelfmanagement model. Naar aanleiding van de observaties werd een casus ontwikkeld (Box 4) in co-creatie met verpleegkundigen van het kernteam.

Het doel van de casusbespreking was brainstormen hoe concreet invulling te geven, of te kunnen geven aan het 5A zelfmanagement model met betrekking tot mobiliseren. Respectievelijk 3 en 2 verpleegkundigen namen deel aan de casusbespreking.

Tabel 6. Afdeling T dataverzameling: methoden, data, aantallen en demografische gegevens

Dataverzameling-methode	Datum	Aantal	Aanvullende (demografische) gegevens
Patiënten interviews 15-30 minuten	December 2021 April-Mei 2022	N=14 patiënten	Face-to-face interview (n=6)/ telefonisch of digitaal (n=8) Interview tijdens opname (n=6)/ Interview na ontslag (n=8) Opnameduur <2 dagen (n=6)/variërend 3-21 dagen (n=8) Electief (n=9)/spoed (n=5) Man (n=5)/ vrouw (n=9) Leeftijd range 45-80 jaar
Participerende observaties	Oktober - November 2022	N=10 verpleegkundigen	Dagdienst (n=8)/ avonddienst (n=2)
Casusbespreking	December 2022	N=5 verpleegkundigen	1x n=3 groep casusbespreking 1x n=2 groep casusbespreking

Een samenvatting van deze uitkomsten wordt in de onderstaande paragrafen weergegeven middels successen en ontwikkelkansen in het toepassen van het 5A zelfmanagement model vanuit patiënten- en verpleegkundigen perspectief. De 'overall' resultaten worden ondersteunt met quotes en Tabellen 7 en 8. Daarnaast bevat [KvB Uitkomsten deelstudies afdeling T.pdf](#) een gedetailleerde beschrijving van de uitkomsten van de interviews, observaties, en casusbespreking.

5.2 Successen in het stimuleren van zelfregie bij mobiliseren

5.2.1. Patiëntenperspectief

Patiënten zijn over het algemeen tevreden met de gekregen adviezen en ondersteuning van de verpleegkundige, alhoewel zij mobiliteit niet direct met het verpleegkundig domein associëren. Veel patiënten hebben kennis van wat er met 'bewegen' wordt verstaan en wat de positieve relatie is tussen bewegen en gezondheid. Hierbij hebben electief opgenomen patiënten meer kennis en duidelijker verwachtingen rondom bewegen en de ziekenhuisopname dankzij de vooraf gekregen (digitale) voorlichting: *"Ik ben de weken vooraf aan de operatie bewust veel aan het wandelen en fietsen geweest. Het is goed om zo van tevoren de operatie in te gaan."* (P6) Patiënten krijgen algemene adviezen om herstel en zelfredzaamheid te bevorderen, bijvoorbeeld: zo snel mogelijk en zo veel mogelijk uit bed komen maar wel rustig aan opbouwen, en luisteren naar eigen lichaam: *"Dat je dus zo snel mogelijk weer moet proberen mobiel te zijn. Omdat dat ook het helingsproces gaat helpen."* (P5) Daarnaast krijgen zij adviezen over hulpmiddelen, zoals: antislipsokken of mobilizers bij drains. *"Ik moest altijd beslist van die sokjes aan, anders zou ik struikelen. Of pantoffels aan. Ik mocht stukjes lopen, als het niet lukte dan moest ik gelijk bellen."* (P11) Specifieke adviezen worden in sommige gevallen door een fysiotherapeut gegeven: *"De fysiotherapie heeft mij uitgelegd hoe ik met die krukken moest omgaan."* (P13) Patiënten en verpleegkundigen maken afspraken over de zelfredzaamheid met betrekking tot wassen en aankleden en wanneer en hoe vaak uit bed te komen: *"Toen het beter ging met mij dacht ik, ik kan zelf wel douchen, en dat vonden ze zelf eigenlijk ook. Dat is een soort samenspraak."* (P8) Patiënten krijgen fysieke ondersteuning zoals hulp bij het lopen, of door middel van motiverende gespreksvoering om weer vertrouwen in eigen kunnen te krijgen: *"We moeten weer naar het oude vertrouwde."* (P10) De meeste patiënten vinden dat zij in staat worden gesteld zelf, of met ondersteuning, zelfregie rondom bewegen tijdens de opname te behouden. Voor de patiënt betekent zelfregie zelf keuzes kunnen maken, *"Ik vind het wel fijn dat je alternatieven meekrijgt, dat je zelf een keuze hebt van waar voel je jezelf goed bij voelt"*, (P5) vragen durven stellen en proactief zijn: *"En toen vroeg ik wel op een gegeven moment aan de verpleging van ik zou toch nog van mijn fysio uitleg krijgen hoe ik met die krukken uit de voeten moet."* (P13) Motivatie speelt een rol; patiënten die met spoed worden opgenomen voelen zich de eerste dagen te ziek om zelf initiatief te nemen en keuzes te maken en voelt het vertrouwd wanneer de verpleegkundige dit op zich neemt. *"Als je ziek bent besef je hoe fijn het is dat mensen zoiets hebben van, wij zorgen wel voor jou."* (P11)

5.2.2 Verpleegkundig perspectief

Sommige verpleegkundigen hebben aandacht voor het afstemmen van verwachtingen, wensen en behoeften rondom bewegen en herstel van de ziekenhuisopname. Om dit te achterhalen gebruiken deze verpleegkundigen reflecterende en motiverende gesprekstechnieken waarbij ook achterliggende normen en waarden, angsten, motivatie, en zelfvertrouwen in kaart wordt gebracht: *"Heeft u nog vragen?"* (V6,V7) *"Zal ik het uitleggen?"* (V2,V4) *"Begrijpt u het?"* (V1-V10) *"Wat gaat u zo doen?"* (V5) Op basis van klinische blik en gezamenlijke besluitvorming met de patiënt passen ze passende interventies toe om het vertrouwen in eigen kunnen te vergroten, bijvoorbeeld fysieke ondersteuning bij het in/uit bed komen, het toepassen van hulpmiddelen, het leren zelfmonitoren en bijsturen, *"als u zich goed voelt mag u op de rand van het bed komen zitten. Als u dan niet misselijk wordt mag u staan, u moet namelijk niet vallen"* (V2), reflecteren op positieve ervaringen, en het betrekken van naasten, *"Uw vrouw kan u hier dus ook bij helpen"* (V5) en het bespreken van leefregels voor thuis, *"In het informatieboekje staat alles nog een keer uitgelegd."* (V4)

Box 4. Fictieve casus afdeling T

Casus

Meneer A. komt in aanmerking voor een prostaatoperatie (TURP) vanwege plasklachten.

Hij heeft nooit eerder problemen met zijn prostaat gehad en vind het daarom allemaal erg spannend. Bij het gesprek met de arts stelt meneer daarom veel vragen.

Meneer komt na de OK op de afdeling met een spoelkatheter en een infuus.

Meneer vindt het erg spannend om met katheter en infuus uit bed te komen en vraagt zich af of hij al zo snel mag bewegen na de operatie. Zodra de urine helder is mag de katheter eruit. Zodra meneer weer gewoon kan plassen mag hij naar huis.

Tabel 7. Goede voorbeelden in het toepassen van 5A zelfmanagement model bij mobiliseren

Goede voorbeelden hoe het 5A zelfmanagement model bij mobiliseren kan worden toegepast*	
*Voorbeelden a.h.v. casusbespreking	
Achterhalen - Leeftijd en co-morbiditeit - Hoe actief is de patiënt thuis - Zijn er problemen met mobiliseren thuis - Gekregen informatiefolders verifiëren en desnoods informatie herhalen - Postoperatieve klinische blik van de verpleegkundige is bepalend of het veilig en/of patiëntvriendelijk is om te mobiliseren: bijvoorbeeld bij misselijkheid of bloedingen wordt de patiënt nog niet uit bed gehaald - Postoperatief wordt bij epidurale anesthesie de patiënt gevraagd naar de sensibiteit en motoriek alvorens uit bed te halen - Aandacht voor (non)verbale signalen van angst of onzekerheid bij de patiënt - Postoperatief de behoefte aan ondersteuning bij mobiliteit tijdens de opname afstemmen	Adviseren - Patiënt informeren over het belang van beweging na een operatie: o.a. het positief effect op herstel na een ingreep, behoud van spierkracht, conditie, bescherming tegen trombose en betere stoelgang - Adviezen over hoe en wanneer te bewegen tijdens de opname, het gebruik maken van hulpmiddelen, hoe ADL uit te voeren, en de bewegingsvrijheid in het ziekenhuis - Toestemming te vragen voor het geven van adviezen; ongevraagde adviezen worden soms door patiënten als bemoeizuchtig ervaren
Assisteren - Niet onnodig zorg van de patiënt over te nemen, maar samen met de patiënt af te stemmen wat hij zelf kan doen in de uitvoering van mobiliteit - Hulpmiddelen zoals een 'mobilizer' inzetten om de zelfstandigheid te vergroten - Fysieke ondersteuning bieden waar nodig - Samen met de patiënt mobiliteit monitoren en evalueren - Motiverende gespreksvoering voor vertrouwen in eigen kunnen	Afspreken - Wederzijdse verwachtingen tussen patiënt en verpleegkundige uit te spreken - Samen met de patiënt afspraken te maken hoe zo snel mogelijk terug te keren naar de 'oude' situatie - Er wordt een plan gemaakt hoe te mobiliseren na de operatie, hoe dit te monitoren, en uit te breiden met of zonder fysieke ondersteuning van de verpleegkundige - Als de patiënt het niet vertrouwd of zich niet goed voelt worden prioriteiten bijgesteld - Reflecteren met de patiënt op positieve ervaringen - Doelen en afspraken rondom mobiliseren worden alleen bij bijzonderheden vastgelegd in Epic - Hulpmiddelen gebruik wordt wel vastgelegd in Epic
Arrangeren - Bij ontslag krijgen patiënten informatie mee wie zij moeten contacten bij vragen of problemen - Wat betreft mobiliseren bespreken sommige participanten geen leefregels, anderen geven het advies mobiliseren rustig aan op te bouwen - Bij specifieke operaties, zoals in de casus benoemd, zullen er specifieke leefregels met de patiënt worden besproken - Indien van toepassing bij ontslag, regelen verpleegkundigen een overdracht voor overige disciplines	

5.3 Ontwikkelkansen in het stimuleren van zelfregie bij mobiliseren

5.3.1 Patiëntenperspectief

Patiënten die met spoed zijn opgenomen hebben minder verwachtingen van de opname en soms minder kennis over het belang van bewegen in relatie tot gezondheidsherstel: *“Om je spieren denk ik...ik weet het niet, ik weet het zo niet.” (P4)* Patiënten werden tijdens de opname niet gevraagd naar hun kennis, behoeften en wensen rondom bewegen, en hoe de verpleegkundige hierop kan aansluiten. Met name de met spoed opgenomen patiënten hebben hier wel behoefte aan. *“...ik heb thuis wel wat oefeningen [voor mijn beperking] ...dat is helemaal niet aan bod geweest [anamnese]...” (P14)* Volgens de patiënten stemmen verpleegkundigen niet met hen af of ze de gekregen informatie en adviezen hebben begrepen of onthouden: *“Nee, als ze het gezegd had, had ik het zeker gedaan...”(P1)* Patiënten hebben juist wel behoefte aan herhaling van informatie. Bij de meesten speelt spanning, angst, onzekerheid en het gevoel van afhankelijk te zijn een belangrijke rol in de wijze waarop zelfregie wordt genomen: *“...ik durfde dus die stap niet te doen. Daar ben ik dan heel erg onzeker in, ik wil wel graag bevestigd worden, van doe het maar want het kan...dat zegt ook iets over mijn onzekerheid, dat had ik vroeger niet, maar als je ouder wordt dan heb je dat...” (P5)* Informatie wordt ook niet altijd goed opgeslagen, vooral als het om zaken als bewegen gaat, wat voor veel patiënten logisch en vanzelfsprekend is: *“...ik kan me ook niet herinneren. Ik was natuurlijk ook gestrest wordt want je gaat geopereerd worden...” (P13)* Zij vinden het ook belangrijk dat verpleegkundigen vaker patiënten stimuleren meer uit bed te komen en de naasten of mantelzorgers hierin te betrekken: *“Ik denk dat men wel meer kan zeggen; nou mevrouw u kunt wel even aan tafel eten. Snap je?” (P7)* Tot slot hadden sommige patiënten behoefte aan schriftelijke beweegregels mee voor ontslag.

5.3.2 Verpleegkundig perspectief

Veel verpleegkundigen vinden het tijdens de opname niet relevant om met de patiënt terug te kijken of voorruit te blikken op de verwachtingen, ervaringen, kennis en behoeften rondom mobiliteit. De focus van verpleegkundigen is op het ‘hier en nu’. Daarbij zou er bij de meeste patiënten geen sprake zijn van een verstoorde mobiliteit; de meeste patiënten zijn snel weer zelfstandig waardoor verpleegkundigen dit geen relevant thema vinden. De meeste verpleegkundigen gaan ervan uit dat de electieve patiënt voldoende kennis heeft wat van hem/haar verwacht wordt tijdens de opname en toetsen dit niet bij de patiënt. Daarbij vindt men dat het de verantwoordelijkheid van de patiënt is om initiatief te nemen om vragen te stellen: *“Er wordt geen onzekerheid herkent en daarom wordt hier ook niet naar gevraagd omdat het niet zichtbaar is.” (V3,V8)* Enkele verpleegkundigen vinden het hun plicht om ongevraagd informatie of adviezen te geven, veel stemmen dit niet af bij de behoefte van de patiënt en vragen ook niet of de patiënt de gegeven informatie heeft begrepen. Andere verpleegkundigen vinden dit juist bemoeizuchtig. Sommige verpleegkundigen nemen automatisch de zorg van de patiënt over, zonder te achterhalen wat de patiënt nodig heeft om activiteiten zelf uit te voeren: *“Door haast heb ik dingen overgenomen wat de patiënt achteraf zelf had kunnen doen.” (V1)* Verpleegkundigen betrekken de naasten nauwelijks in het zorgproces, zij geven aan dit niet nodig te vinden: *“Beleid van arts wordt aangehouden, de fysio maakt een plan en de uitvoering is door de verpleegkundige.” (V8)* Veel verpleegkundigen veronderstellen ook dat de patiënt wel weet hoe hij thuis met beweging om moet gaan waardoor er onvoldoende aandacht is leefregels rondom bewegen te bespreken.

Tabel 8. Knelpunten in het toepassen 5A model bij mobiliseren

Knelpunten bij het toepassen van het 5A model rondom mobiliseren*		
*o.b.v. observaties en casusbespreking		
Achterhalen Gebrek aan aandacht voor: - Verwachtingen, ervaring en kennis mobiliteit rondom de opname - Vroegtijdig familie betrekken bij beweegzorg - Aandacht voor zelfvertrouwen tijdens het mobiliseren - Mate van zelfstandigheid van de patiënt	Adviseren - Informatie/adviezen worden pas verstrekt wanneer de patiënt erom vraagt - Ongevraagd adviezen en informatie geven - Gegeven informatie wordt niet teruggevraagd	Oorzaken Niet relevant vinden <i>“Er is geen sprake van verstoorde mobiliteit, en de ingreep heeft geen impact heeft op de mobiliteit, patiënt is snel weer zelfstandig.” (V1-V7)</i> Onbewust onbekwaam <i>Niet bewust te zijn van het belang van het vroegtijdig betrekken van de familie bij beweegzorg. (V1-V10)</i> Verantwoordelijkheid: <i>Verpleegkundigen zien zichzelf ook niet als de aangewezen om doelen rondom mobiliseren vast te stellen, dit is een taak van de arts: “Beleid van arts wordt aangehouden, de fysio maakt een plan en de uitvoering is door de verpleegkundige.” (V5)</i>
Assisteren Gebrek aan aandacht voor: - Impact opname op de mobiliteit - Betrekken familie/mantelzorgers in delen van adviezen en informatie - Overleggen met patiënt de mate van zelfstandigheid; zorg wordt soms automatisch overgenomen	Afspreken Gebrek aan aandacht voor: - Terugblikken op eerder (positieve) ervaringen - Prioriteiten v.d. patiënt rondom mobiliteit - Opstellen doelen rondom mobiliteit - Gezamenlijke besluitvorming	Aanname/veronderstellingen <i>Mantelzorgers/naasten hebben in veel gevallen geen toegevoegde waarde in het bespreken van adviezen. (V2)</i> Tijdgebrek/andere prioriteiten <i>Het is belangrijker de focus te leggen op hoe het nu gaat dan in het verleden. (V1)</i>
Arrangeren Gebrek aan aandacht voor: - Zorgplannen/doelen m.b.t. mobiliteit worden niet geëvalueerd - EHealth interventies		

6. Samenvatting resultaten deelstudies afdeling B

6.1 Demografische gegevens

Twee focusgroep interviews vonden plaats in maart en april 2022.

Drie afdelingsverpleegkundigen en twee arts-assistenten namen deel aan de eerste focusgroep interview. Drie kernteam verpleegkundigen en twee TOPZ-verpleegkundigen namen deel aan de tweede focusgroep interview. Wat betreft het aantal werkzame jaren in het MCL waren de TOPZ-verpleegkundigen met 5 en 10 jaar het langst in dienst. Afdelingsverpleegkundigen waren 2-5 jaar werkzaam in het MCL; arts-assistenten waren slechts 3 en 8 maanden werkzaam in dienst.

In november 2022 zijn 4 afdelingsverpleegkundigen en 2 TOPZ-verpleegkundigen geïnterviewd en zijn participerende observaties bij 10 afdelingsverpleegkundigen uitgevoerd (zie Tabel 9).

Tabel 9. Afdeling B dataverzameling: methoden, data, aantallen en demografische gegevens

Dataverzameling-methode	Datum	Aantal	Aanvullende (demografische) gegevens
Focusgroep interview (FG) 60 minuten	Maart 2022 April 2022	FG 1 =N(5) 3 afdelingsverpleegkundigen, 2 arts-assistenten FG 2= N(5) 3 kernteamleden 2 TOPZ-verpleegkundigen	Werkzaam in MCL: Arts-assistenten 3 en 8 maand Afdelingsverpleegkundigen 2-5 jaar TOPZ-verpleegkundigen 5-10 jaar
Participerende observaties + korte interviews	Oktober - November 2022	Observaties =N(10) verpleegkundigen Korte interviews =N(6) 4 afdelingsverpleegkundigen 2 TOPZ-verpleegkundigen	Dagdienst 8 observaties Avonddienst 2 observaties

Een samenvatting van deze uitkomsten wordt in de onderstaande paragrafen weergegeven middels successen en ontwikkelkansen in de attitude, kennis en competenties, en de uitvoering van palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk. De 'overall' resultaten worden ondersteund met quotes en tabellen 10 en 11. Daarnaast bevat [KvB Uitkomsten deelstudies afdeling B.pdf](#) een gedetailleerde beschrijving van de interviews en observaties.

6.2 Successen

6.2.1 Kennis, competenties en attitude

De verpleegkundigen en artsen vinden dat het leveren van palliatieve zorg een multidisciplinaire teamverantwoordelijkheid is op basis van eigen professionele deskundigheid. *“Dat wij als verpleging daar heel goed zicht op hebben of het nog zin heeft.” (FG1- verpleegkundige)* In de stervensfase, zien verpleegkundigen zichzelf als de vertrouwenspersoon en belangenbehartiger van de patiënt en diens familie richting de artsen. De verpleegkundigen voelen zich deskundig in het leveren van goede zorg in de stervensfase en nazorg traject. Zij doen dit op basis van vitale functies, klinisch redeneren, het

luisteren naar de patiënt en zijn familie, en ook naar de eigen 'niet pluis' gevoel. Zij passen gesprekstechnieken, overtuigingskracht en culturele sensitiviteit toe in de communicatie met alle belanghebbenden. De verpleegkundigen vinden dat zij in een lerende omgeving werken waar 'learning by doing', coaching voor de startende verpleegkundige en onderling sparren centraal staat in het geven van goede zorg in de stervensfase. *"Als verpleegkundige word je hier vrij snel mee geconfronteerd. Dan ervaar ik de steun en hulp vanuit de collega's altijd heel goed; ik voel de ruimte om hulp te vragen."* (V3)

6.2.2 Uitvoering van verpleegkundige zorg

Verpleegkundigen zijn van mening dat goede zorg uitsluitend gegeven kan worden wanneer zorgverleners en de patiënt (en familie) op één lijn zitten met betrekking tot de medische behandeling. Bij verandering in de toestand van de patiënt, bijvoorbeeld klinische verslechtering vinden zij het belangrijk dat er tijdig en adequaat gehandeld wordt door alle belanghebbenden om optimale zorg te kunnen leveren. Het komen tot één stem gaat volgens de verpleegkundigen niet vanzelf, maar vraagt continu moed om tot een vruchtbare samenwerking te komen. Zij doen dit door de bijvoorbeeld de voor- en nadelen van een bepaalde behandeling in een multidisciplinair overleg (MDO) te bespreken en het initiatief nemen om andere disciplines in te schakelen bij de zorg van een patiënt. Wijziging in het beleid, bijvoorbeeld na een familiegesprek, worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier.

Verpleegkundigen onderschrijven het belang van gezamenlijke besluitvorming in de stervensfase. Om de zelfregie van de patiënt te behouden, achterhalen ze bijvoorbeeld de wensen, behoeften en verwachtingen rondom symptoombehandeling en sterven. Soms is de patiënt niet meer in staat om zelf beslissing te nemen of wensen en behoeften kenbaar te maken. In deze situaties worden naasten altijd betrokken. Verpleegkundigen passen verbale en non-verbale communicatie aan op de behoeften van de patiënt, bijvoorbeeld het taalgebruik op het niveau van de patiënt toe te passen. Zij moedigen de patiënten aan vragen te stellen, vragen of de gegeven informatie begrepen is en zoeken contact met de familie als het nodig is. *"Soms zit je in een fase dat de arts eigenlijk nog niet wil stoppen, terwijl jij denkt deze patiënt komt, dat gaat echt nu niet meer goed. Er moet nu iets veranderen. En als het je lukt om de arts daarvan te overtuigen en het beleid om te buigen naar accepteren dat het niet goed gaat, en afscheid kan nemen, dat je daar een groot kwaliteitsslag kunt maken voor de familie."* (V2)

De verpleegkundigen stimuleren familieparticipatie bij de stervende patiënt. De naasten krijgen de gelegenheid mee te participeren in de uitvoering van zorg. 'Rooming-in' wordt aangeboden: dit is de mogelijkheid voor naasten 24 uur per dag aanwezig te kunnen zijn bij de patiënt. Verpleegkundigen stemmen met de patiënt en/of naasten af in informatievoorziening, bijvoorbeeld over het regelen van een begrafenisondernemer. Daarbij is het aandacht hebben en zorgen voor de familie even belangrijk als voor de patiënt. *"Waar liggen de wensen van de familie, welke mogelijkheden kun aanbieden? Soms moet je de familie ook proberen te beschermen als je denkt dit gaat wat langer duren dat ze toch nog hun rust krijgen."* (V2)

De verpleegkundigen vertellen het *Zorgpad Stervensfase* op te starten bij een "C-beleid", dit betekent dat alle handelingen gericht zijn op comfort van de patiënt. Het zorgpad ondersteunt het systematisch monitoren van symptomen en evalueren van interventies gericht op symptoombehandeling, zoals bij pijn en onrust.

Tabel 10. Successen in palliatieve zorg op afdeling B

Successen palliatieve zorg op afdeling B	
 Attitude • Stervensfase is teamverantwoordelijkheid • Verpleegkundige expertise serieus nemen in samenwerking • Autonomie + zelfbeschikking patiënt staat centraal • Verpleegkundige als vertrouwenspersoon, belangenbehartiger, zo nodig spreekbuis voor de patiënt  Kennis/competenties: • Deskundigheid verpleegkundige in stervensfase: klinisch redeneren, ervaring, vitale functies, 'niet-pluis' gevoel • Gesprekstechnieken, overtuigingskracht, culturele sensitiviteit • Lerende klimaat afdeling: learning by doing, verpleegkundig rolmodel zijn, coaching voor beginnende verpleegkundige, sparringpartner en vraagbaak	 Uitvoering van zorg • Meestal goede samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen • Moed tonen in multidisciplinair samenwerken • Signalering van achteruitgang, verpleegkundig handelingen hierop aanpassen • Proactieve houding: verpleegkundige spoort arts (assistenten) aan voor gespreksvoering • Behandelbeleid is inzichtelijk in EPD, wijzigingen beleid worden aangepast in EPD • Gezamenlijke besluitvorming stervensfase behandelteam + patiënt: achterhalen wensen, behoeften en verwachtingen door verpleegkundige • Non-verbale + verbale houding aangepast op behoeften patiënt • Informatie over: sterven, begrafenis, etc. • Familieparticipatie: besluitvorming, uitvoering van zorg, rooming-in • Zorgpad stervensfase: monitoring symptomen, evaluatie interventies gericht op symptoom management • Nazorg: 2 weken na overlijden bellen met de nabestaanden

6.3 Ontwikkelkansen

6.3.1 Kennis, competenties, attitude

De verpleegkundigen ervaren dat artsen en verpleegkundigen verschillen in hun visie op kwaliteit van zorg. In hun beleving zijn artsen met name gericht om zo lang mogelijk de patiënt in leven te houden waarbij de zorg gericht is op onderzoeken en behandelingen, terwijl verpleegkundigen persoonsgerichte zorg gericht op een waardige dood kwaliteit van zorg vinden.

"Ik vind dat we soms lang doorgaan met behandelen, in die periode had iemand misschien ook thuis kunnen en willen zijn met hun eigen familie." (FG2- verpleegkundige)

Het spreken over de dood met de patiënt blijkt lastig te zijn voor alle verpleegkundigen.

"De dood is sowieso nog een taboe-onderwerp in de hele maatschappij...[...]...je gaat niet met iedereen die in het ziekenhuis binnenkomt al bespreken, 'stel dat het mis gaat hoe gaan we, hoe wilt u dat dan?' Ook niet met mensen die binnenkomen en redelijk ziek zijn en je denkt, 'het zou wel verkeerd kunnen lopen'. Dan ga je niet al praten over de dood. Ik weet ook niet hoe mensen daarop zouden reageren." (FG1- arts assistent)

De afdelingsverpleegkundigen vinden het belangrijk dat er aandacht is voor de lange-termijn symptoomgerichte palliatieve zorg, maar voelen geen eigenaarschap om hier een rol in te spelen

tijdens een opname van een patiënt. Volgens de verpleegkundigen is dit de verantwoordelijkheid van de arts-assistent of medisch specialist op de poli, of de huisarts.

“Ik weet niet of dat ook echt iets is wat van ons, dat wij het moeten opstarten of dat het in de poli gebeurt, ‘goh, die patiënt heeft nog zoveel jaar te leven, misschien moeten wij daar wat in opstarten?’ ‘Ik denk niet dat wij daar nog extra tijd voor hebben om dat ook nog op te pakken.” (FG1-verpleegkundige)

De verpleegkundigen en arts-assistenten hebben kennisgebrek over de verschillende fasen van palliatieve zorg; zij associëren palliatieve zorg met het staken van de medische behandeling en het bieden van comfort in de stervensfase. Hierdoor wordt zorg te laat afgestemd op de behoeften van de patiënt. De zorg voor onderliggende co-morbiditeiten zoals nierinsufficiëntie of hartfalen wordt niet geassocieerd met palliatieve zorg door verpleegkundigen. Verpleegkundigen en arts-assistenten hebben ook een kennisgebrek over meetinstrumenten, zoals de ‘Surprise Question’⁹, om de fase van palliatieve zorg in te schatten. Verpleegkundigen hebben weinig tot geen ervaring met toepassen van het ‘Proactief Zorgplan’¹⁰ op de verpleegafdeling. Daarnaast is er weinig kennis over de rol en functie van het Team Ondersteuning Palliatieve Zorg (TOPZ) in het ziekenhuis, wanneer en door wie het TOPZ in consult kan worden gevraagd. Verder is het onduidelijk hoe de continuïteit van zorg georganiseerd is en geborgd wordt in de zorgketen. Verpleegkundigen vertellen behoefte hebben aan praktische kennis.

“Veel mensen hebben het idee: ‘het palliatief team komt erbij, ik kom te overlijden’...ook wel verpleegkundigen die dat dan denken. Dat er een soort van lading zit op het sturen van een consult naar het palliatief team. Waar we naartoe willen is dat het gezien wordt als onderdeel van de behandeling.” (TOPZ)

6.3.2 Uitvoering van zorg

Verpleegkundigen ervaren soms een gebrekkige samenwerking met artsen. De expertise van verpleegkundigen wordt soms onvoldoende of niet betrokken in de besluitvorming rondom een patiënt. Ook wordt het TOPZ weinig betrokken en sluiten verpleegkundigen zelden aan bij gesprekken rondom proactieve zorgplanning tussen de arts en patiënt. Jonge artsen vinden gesprekken over het levenseinde soms ingewikkeld waardoor deze gesprekken uitgesteld wordt. Maar ook verpleegkundigen achterhalen niet de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt over zijn algehele gezondheid, bleek uit observaties.

“Ik denk dat daar voor de artsen winst valt te behalen.... dat ze de gesprekken op een andere manier aan gaan.” (FG1- verpleegkundige)

Volgens de interviewden komt de gebrekkige samenwerking door de hoge roulatie aan jonge artsen en verpleegkundigen die kennis, ervaring en soms de moed missen om proactief te handelen.

⁹ Surprise Question (SQ) is een eenvoudig hulpmiddel bij het ‘markeren’ van de palliatieve fase.

De zorgverleners stelt zichzelf de vraag: ‘Zou het mij verbazen wanneer deze patiënt in de komende 12 maanden komt te overlijden?’ Als de zorgverlener de vraag met ‘nee’ beantwoordt, dan markeert dit het stadium waarin de situatie van de patiënt zich kan wijzigen door snelle achteruitgang (Ermsers et al., 2021)

¹⁰ Proactieve zorgplanning: proces van het in gesprek gaan, vooruitdenken, plannen en organiseren van gewenste passende zorg in de palliatieve fase (NHG, 2023)

Proactieve zorgplanning gesprekken worden volgens de verpleegkundigen als laatste interventie toegepast tussen de arts en patiënt. Dit kan leiden tot morele dilemma's tussen de patiënt en familie, of tussen de familie en zorgprofessionals en tussen verpleegkundigen en artsen.

"Als het langere tijd aan moddert, en er worden geen gesprekken gevoerd met als doel die laatste stervensfase in te gaan, dan heeft de familie ook zoiets van 'waarom heb je dat maandag niet gezegd' als we er vrijdag pas over beginnen." (FG2- verpleegkundige)

Tijdig proactieve zorgplanning gesprekken is voor participerende verpleegkundigen belangrijk om persoonsgerichte zorg te leveren, duidelijkheid te scheppen voor alle belanghebbenden, het voorkomen van onzinnige zorg en voorkomen van morele dilemma's bijvoorbeeld een diagnostisch onderzoek die geen meerwaarde heeft op de kwaliteit van leven. Tijdig proactief zorgplanning en het TOPZ vroegtijdig betrekken kan volgens de verpleegkundigen ook conflicten tussen familie en zorgverleners voorkomen door wederzijdse verwachtingen, behoeften en wensen te bespreken.

"Constant ons gevoel daarin uitten dat we dit niet moeten doen, maar we doen het wel om de familie tevreden te houden." (FG1-verpleegkundige)

Ten slotte, worden volgens verpleegkundigen de nazorggesprekken na overlijden niet altijd gedaan, terwijl familieleden hier wel behoefte aan hebben. Factoren die hiervan invloed zijn, zijn de werkroosters, werkdruk en de mate waarin een verpleegkundige zich bekwaam voelt deze gesprekken te voeren. *"Verpleegkundigen vinden het lastig om het gesprek aan te gaan, want het is een heftig onderwerp." (TOPZ)*

Tabel 11. Ontwikkelkansen in het toepassen van palliatieve zorg op afdeling B

Ontwikkelkansen in het toepassen van palliatieve zorg	
 Attitude • Verschil visie op kwaliteit van zorg arts vs. verpleegkundige • Gebrek aan (verpleegkundig) eigenaarschap symptoomgerichte fase tijdens de opname  Kennis en competenties • Gebrek aan kennis over verschillende fasen palliatieve zorg • Focus is vooral op stervensbegeleiding • Gebrek aan kennis over: markeringsinstrumenten (Surprise Question), proactieve zorgplanning, rol TOPZ, organisatie van zorg • Gebrek aan competenties: gespreksvoering • Gebrek aan bewustzijn: co-morbiditeiten zoals nierfalen, hartfalen zijn palliatief van aard	 Uitvoering van zorg • Proactieve zorgplanning niet of te laat ingezet: wensen, behoeften, verwachtingen niet inzichtelijk, worden niet vastgelegd, kan leiden tot ad hoc of onzinnige zorg • Morele dilemma's tussen patiënt en familie, tussen familie en zorgprofessionals of tussen verpleegkundigen en artsen • Multidisciplinaire samenwerking verloopt soms stroef: verpleegkundige expertise onvoldoende onderdeel van gezamenlijke besluitvorming • Besluitvorming arts (assistenten) onvoldoende gecommuniceerd met verpleegkundigen • TOPZ wordt niet ingezet • Gesprekstechnieken bij artsen en verpleegkundigen • Lastige gesprekken en moeilijke keuzes worden vermeden • Nazorggesprekken worden uitgesteld of afgesteld door verpleegkundigen: gesprekken zijn spannend, rooster technisch lastig te plannen • Spagaat tussen het 'goede doen' voor de patiënt en verwachtingen van familie (bv religieuze of culturele factoren)

7. Resultaten cyclisch evaluatie actieonderzoek

Participerende actieonderzoek vereist continue monitoring en reflectie op het onderzoeksproces. Dit bepaalt niet alleen of het onderzoek op koers ligt maar ook welke stappen gezet moeten worden om het onderzoek vooruit te helpen. De cyclische evaluaties vonden plaats met de kernteams, de studentonderzoekers en de kenniskring van het lectoraat VLOGZ. De belangrijkste uitkomsten worden weergegeven in onderstaande paragrafen.

7.1 Actieonderzoek is een nieuw fenomeen

Actieonderzoek/PD was een nieuw fenomeen voor alle afdelingen. De formele kartrekkers (kernteams en teamleiders) kregen bij aanvang van het project uitleg over de principes van PD; hier werd positief op gereageerd. De uitvoering van PD bleek ingewikkelder dan eerder gedacht door: de tijdsinvestering, moeite om collega's te betrekken, rolverwarring, en onvoldoende bewust zijn van het cyclisch karakter. Bijvoorbeeld, sommige kernteams maakten nauwelijks gebruik van de bestaande kennis en creativiteit of informele kartrekkers binnen het team: *"We hebben er niet aan gedacht", 'Iedereen heeft het al zo druk', 'Ja, dat zouden we moeten doen.'* Een hardnekkige misvatting bleef dat het kernteam primair tot dienst was voor het afstudeeronderzoek van de student, 'wat hebben we de student goed geholpen', in plaats van in co-creatie met de student te werken aan de gewenste praktijkverandering: *"Hoe kan de student samen met ons werken om onze praktijkverandering verder te helpen?"* Rolverhelderingsgesprekken werden gevoerd tussen kernteams en de onderzoeker. Dit was helpend om verwachtingen uit te spreken en eigenaarschap van de kernteams te vergroten. In de afrondende gesprekken geeft men aan tevreden te zijn over PD, met name dat er continuïteit in het proces is, die bewaakt wordt door de facilitator, en dat de resultaten gebruikt worden voor vervolg stappen.

7.2 Reflectie op methode

Thema kiezen

De pilotafdelingen prioriteerden op verschillende wijze een thema voor praktijkverandering. Afdeling U had vóór aanvang van Kiezen voor Beter (KvB) het thema zelfmanagement geprioriteerd n.a.v. voorgaande masterstudies en het draagvlak van de afdeling. Afdeling B en T werden ondersteund in het kiezen van een thema middels de MISSCARE en LPI-vragenlijsten en ondersteunende focusgroep interviews. Op basis van deze uitkomsten heeft het kernteam van afdeling T 'mobiliseren' geprioriteerd als thema. Dit thema riep later weerstand of onverschilligheid op bij enkele collega's: *"We doen het al goed", "Alweer mobiliseren?"* Daarentegen bleven tegengeluiden van andere collega's, het kernteam en teamleider uit. Er was weinig belangstelling voor de georganiseerde klinische lessen en casusbesprekingen. In gesprekken tussen de onderzoeker en het kernteam werd gereflecteerd op het draagvlak van het thema, de besluitvormingsprocessen en hoe om te gaan met weerstand. Op afdeling B heeft, door de covid pandemie, het project een jaar stilgelegen. In die periode gebruikte zij de uitkomsten van de MISSCARE als leidraad voor kwaliteitsopdrachten voor studenten. Bij het heropstarten werd

‘palliatieve zorg’ als breed thema gekozen met als doel de ZE brede werkgroep palliatieve zorg opnieuw in te richten.

Dataverzameling

Er werd overwegend positief gereageerd op de dataverzamelmethode en de wijze van terugkoppeling van de resultaten naar de teams. De interviews met de patiënten vonden verpleegkundigen helpend om inzicht te krijgen in de ervaringen, verwachtingen en behoeftes van de patiënt versus de aannames van de verpleegkundige. De interviews, (interdisciplinaire) focusgroep interviews, brainstormsessies en casusbesprekingen gaven de participanten de ruimte om te reflecteren op situaties, bewustwording te vergroten, te denken in kansen en oplossingen in plaats van te denken in problemen. Tenslotte, de klinische lessen en het teruggeven van de resultaten naar de afdeling werden als helpend ervaren door de teams. Het spreekt verpleegkundigen vooral aan als het kort, krachtig en praktisch wordt aangeboden.

Uitkomstmaten

Bij aanvang van het project werd geconstateerd dat de Patient Reported Outcomes (PROMS) op orde waren en dit geen aanknopingspunten gaf voor praktijkverbetering. In het onderzoeksplan zijn daarom vanwege het actiegerichte karakter van KvB, brede patiëntuitkomsten geformuleerd die meebewegen met de keuzes van de afdelingen. Deze verpleegsensitieve uitkomsten zijn gerelateerd aan het gekozen thema's voor praktijkverandering.

Op afdeling T en U zijn deze patiëntuitkomsten kwalitatief in beeld gebracht middels interviews.

Op afdeling B zijn geen patiëntuitkomsten gemeten.

Daarnaast had KvB successen en ontwikkelkansen in vakinhoudelijk leiderschap als uitkomstmaat.

Deze zijn gemeten met de LPI, FUNK barrièreschaal, observaties, interviews en evaluatiemomenten.

Omwille van de tijd is de LPI niet meer bij het afronden van de studie afgenomen terwijl in het onderzoeksplan dit wel was beschreven om te kijken hoe leiderschapsgedrag zich evolueert.

Daarnaast rees de vraag, wat zijn dan successen?

Hoe groot of hoe klein moet succes gezien worden? Wat zijn successen in het leren? In de gesprekken met de kernteams van T en U bleek dat er successen zijn geboekt in de bewustwording over verpleegkundig leiderschap: iedere verpleegkundige is vakinhoudelijk leider op basis van haar/zijn professionele deskundigheid. Daarnaast zeggen verpleegkundigen meer bewustzijn en kennis te hebben over zelfmanagement en het 5 A zelfmanagement model. Ze vinden interactieve leervormen zoals brainstormen, casusbesprekingen het meest bijdragen aan het eigen leren.

Verschillende culturen en structuren

De pilotafdelingen verschilden van elkaar van cultuur en structuur. Afdeling U had bij aanvang van het project het Floor proeftuin net afgerond. De besluitvorming om deel te nemen aan KvB vond plaats vond gezamenlijk plaats tussen het kernteam en teamleider. Het kernteam was zelfsturend, benaderde KvB om te ondersteunen in het experimenteren met verschillende werk/leervormen, was initiatiefrijk, en had een praktijkdoel voor ogen (stimuleren van zelfmanagement). Er was sprake van gelijkwaardigheid tussen het kernteam, onderzoeker en studentonderzoekers. Daarbij werden studentonderzoekers omarmt door het kernteam, en gestimuleerd en gefaciliteerd op de afdeling

aan hun onderzoek te werken. Er was een vaste overlegstructuur: maandelijks vond overleg plaats tussen het kernteam, onderzoeker en student. Daarnaast werden studenten ingeroosterd in teamvergaderingen om de resultaten van hun deelstudies te presenteren, en werden beloond voor hun inzet en bijdrage.

Afdeling T begon gelijktijdig aan KvB en de proeftuin. De besluitvorming om deel te nemen aan KvB kwam via de teamleider. In het begin was er weerstand bij het kernteam: zij voelde zich overspoeld met verantwoordelijkheid, hadden angst voor veel werk, waren behoudend in zelf beslissingen maken, behoudend in experimenteren, en collega's feedback geven. Zij zochten regelmatig toestemming van de teamleider en de Floor-opleidingsfunctionaris over KvB. Daarnaast verliep in de Covid periode de communicatie met name via email en digitale bijeenkomsten en werd dit als afstandelijk ervaren door het kernteam. Om dit aan te pakken werden gezamenlijke gesprekken tussen de Floor-opleidingsfunctionaris, onderzoeker en kernteam gehouden. Gedurende het project veranderde de relatie tussen het kernteam en onderzoeker en studentonderzoekers van weerstand naar een welwillende, gelijkwaardige relatie. Met betrekking tot overlegstructuren, werden de lectoraatsonderzoeker en studentonderzoekers uitgenodigd voor kernteamoverleggen.

Het deelnemen van de onderzoeker en studentonderzoekers aan teamvergaderingen vond niet consequent plaats, mede omdat de onderwerpen voor de teamvergadering niet door het kernteam werden aangedragen. Hierdoor bleef het delen van resultaten vaak beperkt tot het kernteam en het onderzoeksverslag van de studentonderzoeker. Studentonderzoekers vonden het samenwerken met het kernteam fijn maar voelden zich niet altijd gewaardeerd door andere collega's van de afdeling. Dit door de manier van bejegening en het gebrek aan interesse in de deelstudies.

Afdeling B werd als complex ervaren door alle belanghebbenden. De besluitvorming om deel te nemen aan KvB verliep via de teamleider en het kernteam. Het kernteam begon gelijktijdig aan de Floor proeftuin. De teamleider beschreef haar afdeling als een dynamische afdeling met hoge werkdruk, complexe problematiek en een team met veel ziekte, veel roulatie van personeel en veel net afgestudeerde verpleegkundigen. Al snel werd het team ontwricht door Covid waardoor het project een jaar stil kwam te liggen waarna het opnieuw van start ging onder leiding van een nieuwe samenstelling van het kernteam. Bij het nieuw samengestelde kernteam was er weinig motivatie om als kartrekker verder te gaan met KvB vanwege andere prioriteiten. Uiteindelijk werd besloten om het project over te dragen aan de twee aandachtsvelders van palliatieve zorg. Gedurende het hele traject was het moeilijk afspraken maken met de teamleider, kernteam en/of aandachtsvelders. Gemaakte afspraken werden soms vergeten, afgezegd of niet nagekomen. Het idee om samen te werken met studentonderzoekers werd weliswaar positief ontvangen, echter in de uitvoering werden afspraken niet of moeilijk nagekomen met de studenten. Dit leidde tot verwarring, frustratie en stress bij de studenten. Bij de uitvoering van dataverzameling voelde sommige studenten zich niet welkom op de afdeling. Het delen van de onderzoeksresultaten bleven beperkt tot het opsturen van het onderzoeksverslag. De afdeling nam geen initiatief om studenten in te roosteren voor het delen van de resultaten in een teamvergadering of in de palliatieve werkgroep, ondanks verzoeken van de student en onderzoeker. Er heeft ook geen afrondend gesprek met de onderzoeker plaats gevonden op afdeling B.

Lerende klimaat/samenwerking met studenten

In KvB zijn ook verschillen in leerklimaat gezien. De ene afdeling reageerde enthousiast over de deelname aan de pilot, was bereidwillend om mee te doen beschouwden de onderzoeker en

studenten als onderdeel van het team en bedankten de studenten voor hun inzet. Andere teams waren meer terughoudend richting de studenten. Sommige studenten voelden zich niet welkom of gewaardeerd, “*wat kom je hier doen*” of “*daar heb ik geen tijd voor*” of hadden weerstand tegen het onderwerp, “*doen we het niet goed dan?*”. Ook was er bij sommige afdelingen een matige respons op deelname aan focusgroep interviews of een klinische les, ondanks ingezette communicatiemiddelen.

Studenten als ambassadeurs voor Kiezen voor Beter

KvB, als pilotstudie van het Lectoraat, werkte nauw samen met de bacheloropleiding en trachtte vierdejaars studentonderzoekers in te zetten voor de verschillende deelstudies.

Het idee was om de studenten ook als ambassadeur voor het project rond te laten lopen op de afdelingen, zodat het niet zou ondersneeuwen door andere projecten en de waan van de dag. In praktijk lukte dit wisselend. Dit hing af van de mate waarin een student zich welkom voelde op de afdeling maar ook hoe vertrouwd en verantwoordelijk de studentonderzoeker zich hier voelde. Studentonderzoekers werden intensief begeleid door de lectoraatsonderzoeker en regelmatig gestimuleerd om afspraken met de afdeling te maken over een werkplek voor een paar uren per week voor de hele stageperiode. In praktijk waren de meeste studentonderzoekers slechts een paar dagdelen tijdens hun dataverzamelingsperiode aanwezig. Studenten hebben ook andere belangen: de opleidingscriteria, tijdspad en eigen leerdoelen staan centraal. Het kernteam van U en T gaven aan dat zij het belangrijk vonden dat studenten de hele periode aanwezig waren voor een paar uren, dit voor de verbinding onderzoek en praktijk. Studenten gaven soms aan vast te lopen tussen de eisen van de onderzoeker en de opleiding. Voor de opleiding is de student gebonden aan een vast tijdspad en structuur en product, terwijl de praktijk soms een andere volgorde, tijdspad en product vereist. Voor de afdeling betekende dit dat er (te) lange hiaten in dataverzameling kwamen waardoor het proces stageneerde.

Onderzoeker als facilitator

Als actieonderzoeker blijft het een uitdaging om mee te laveren met de verschillende culturen en contexten en te faciliteren op maat, zonder jezelf te verliezen. Ik ben begonnen als startende actieonderzoeker met weinig theoretische en praktische kennis over actieonderzoek. Ik ben ‘erin gesprongen’, heb alles over mij heen laten komen en gehandeld aan de hand van de vragen die er op mij af kwamen. De kernteams zagen mij als ‘expert’ en hadden hoge verwachtingen van mij. Middels rolverhelderingsgesprekken met de kernteams werden verwachtingen met elkaar besproken. Ik voelde een enorme verantwoordelijkheid om het goede te doen, snel tot ‘doen’ over te gaan en resultaten te willen boeken. Hier heb ik vooral in het begin erg mee geworsteld; het leidde tot ‘de aap op de schouder nemen’ en onzekerheid en frustratie bij het uitblijven wat in mijn ogen het gewenste resultaat zou moeten zijn. Om mijn rol als facilitator te versterken had ik tweewekelijks reflectiegesprekken met de VLOGZ-kenniskring. Ik werd bewust bekwaam in het toepassen van passende leerwerkmethoden zoals een methode om de eigen rol in een project te verhelderen (rolverhelderings-methode) en het toepassen van gespreksvormen om tot de kern van een vraagstuk te komen (zoals het Socratisch gesprek) (Munten et al., 2012). Ik leerde het belang van het investeren in de relatie tussen mij en de kernteams en zelf ook ruimte in mogen nemen om te leren een goede facilitator te worden. Daarnaast leerde ik veranderingen, hoe klein die ook leken, als successen te vieren en te zien als springplank voor verdere verandering.

8. Discussie

De Kiezen voor Beter pilotstudie heeft onderzocht hoe verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen, vakinhoudelijk leiderschapsgedrag tonen bij het maken van keuzes in samenspraak met de patiënt, in het wel of niet verrichten van verpleegkundig zorg, die bepalend is voor het optreden van (ziekenhuis) complicaties. Deze pilotstudie werd uitgevoerd op de verpleegafdelingen B, T en U. Via de principes van Practice Development zijn er concrete successen en ontwikkelkansen in inzichtelijk gemaakt op specifieke zorginhoudelijke thema's, namelijk zelfregie bij voeding (afdeling U), zelfregie bij mobiliseren (afdeling T), palliatieve zorg (afdeling B), en op actieonderzoek als onderzoeksmethode.

8.1 Zelfregie afdeling T en U

Het 5A zelfmanagement model werd als raamwerk gebruikt voor het identificeren van successen en ontwikkelkansen met betrekking tot het stimuleren van zelfregie bij voeding en mobiliseren. Een belangrijk succesverhaal is dat zowel verpleegkundigen als patiënten steeds vaker aandacht hebben voor het behoud van zelfregie in algemene zin rondom voeding en mobiliteit tijdens de opname. Verpleegkundigen erkennen ook vaker het belang van zelfregie. Met name de patiënten die een preoperatieve voorbereiding hadden gehad, waren beter in staat de zelfregie te behouden. Patiënten hechten veel waarde aan de rol van de verpleegkundige, vanwege het laagdrempelig kunnen benaderen, een vraagbaken zijn, een vertrouwenspersoon zijn en hun deskundigheid. Anderzijds associëren patiënten voeding en mobiliteit niet direct tot het verpleegkundig domein, mogelijk omdat verpleegkundigen wisselend en beperkt aandacht geven aan deze thema's. Als ontwikkelkans zien patiënten een belangrijke rol voor verpleegkundigen weggelegd in het stimuleren van zelfregie door mantelzorgers meer vroegtijdig te betrekken, aandacht te hebben voor de wensen, behoeften tijdens en na de opname en hier beter op aan sluiten om zo hun gezondheid beter te kunnen managen. De verpleegkundigen in onze studie bleken vaak onbewust (on)bekwaam in het omgaan met zelfregie in concrete zorgsituaties. Bijvoorbeeld, interventies richten zich vooral op (ongevraagd) adviseren, multidisciplinair samenwerken en met de patiënt afstemmen wat hij/zij nodig heeft tijdens de opname om zo zelfstandig mogelijk tijdens de algemene dagelijkse zorg (ADL) te kunnen uitvoeren.

Dit associëren ze echter niet direct aan het behoud van zelfregie. De focus van veel verpleegkundigen is op het 'hier en nu' van de opname; op de acute fase van de opname. Er is nog weinig aandacht voor het terugblikken met de patiënt en naasten op het verleden, kennis, motivatie en houding ten aanzien van zelfregie. Ook is er onvoldoende aandacht voor verpleegkundigen en patiënten om samen vooruit te kijken wat nodig is om zelfregie in de toekomst te kunnen versterken of behouden. Verpleegkundigen vinden dat patiënten een eigen verantwoordelijkheid hebben in het nemen van zelfregie tijdens een ziekenhuisopname maar verpleegkundigen zijn zich niet altijd bewust van de impact die een ziekenhuisopname heeft op een patiënt. Patiënten zijn soms overdonderd en afwachtend en nemen geen zelfregie waardoor verpleegkundig handelen niet altijd aansluit op de behoeften van de patiënt. Door het bespreken van de uitkomsten van de patiënteninterviews in het team en het bespreken van een patiënten casuïstiek aan de hand van het 5A model lijken verpleegkundigen bewust te worden van hun kennistekort over zelfmanagement en de impact van hun (onbewuste) keuze om niet de zorg

rondom zelfregie bij voeding en mobiliseren te bieden. Het toepassen van het 5A model via een casusbespreking vinden verpleegkundigen een goede manier om bewust bekwaam te worden in het stimuleren van zelfregie.

De uitkomsten van onze studie sluiten aan bij andere studies naar zelfmanagement bij een ziekenhuisopname. Voor veel patiënten werkt een ziekenhuisopname ontkrachtend: zij veranderen van een verantwoordelijk, zelfstandig persoon in een passieve consument, om vervolgens bij ontslag zelf weer zijn eigen gezondheid te (moeten) managen (Bickmore et al., 2009). Juist het stimuleren van zelfmanagement tijdens de opname kan de kloof tussen ziekenhuis en thuis overbruggen, patiëntuitkomsten verbeteren en onnodige kosten verminderen (Hickman et al., 2010). Patiënten die zelfmanagement uitvoeren tijdens de opname zijn hiervoor gemotiveerd door o.a. de kennis dat zij sneller herstellen van de opname, dreigende fouten in de zorg te kunnen vermijden, persoonlijke grenzen te handhaven en verpleegkundigen die hen aanmoedigen tot zelfmanagement tijdens de opname (Otter et al., 2019). Een belangrijke reden voor patiënten om geen zelfmanagement toe te passen tijdens de opname is dat zij zich willen aanpassen aan de ziekenhuisregels en werkprocessen; hun eigen zelfmanagement vinden zij tijdens de opname ondergeschikt. (Otter et al., 2019). Dit sluit aan bij onze studie waarin afdelingswerkprocessen en afdelingsregels een belemmering vormen om zelfregie te houden of te bevorderen. Andere belangrijke barrières die patiënten kunnen ervaren zijn het gevoel van incompetentie en gebrek aan geloof in eigen kunnen (Richard & Shea, 2011), en 'sick role behavior' (Faulkner & Aveyard, 2002). Bij 'sick-role behavior' neemt de patiënt vrijstelling van zijn/haar normale verantwoordelijkheden en vertrouwt op zorgverleners om in zijn/haar behoefte te voorzien (Faulkner & Aveyard, 2002). Volgens Otter et al 2019 vinden klinische patiënten het belangrijk dat verpleegkundigen hen aansporen om deel te nemen aan hun eigen zorgproces, hen te helpen hun motieven voor zelfmanagement te versterken en dat zij wederzijdse verwachtingen met betrekking tot zelfregie tijdens het ziekenhuisverblijf bespreken (Otter et al., 2019).

Aandacht voor zelfmanagement tijdens de opname blijkt een relatief nieuw fenomeen te zijn voor afdelingsverpleegkundigen (Otter et al., 2023). De meeste verpleegkundigen weten onvoldoende wat er van hen verwacht wordt rondom zelfmanagement ondersteuning, ze hebben te weinig kennis en voelen zich onbekwaam en ervaren te weinig mogelijkheden voor het bieden van zelfmanagementondersteuning (Matthews & Trenoweth, 2015; Sadler et al., 2014; van het Bolscher-Niehuis et al., 2020). Verpleegkundigen hebben bovendien verschillende percepties over wat zelfmanagement is. Sommigen geven aan dat het de zelfredzaamheid van de patiënt betreft, terwijl anderen zelfmanagement zien als het behoud van controle of zelfregie van de patiënt op de zorg die ze nodig hebben (Otter et al., 2023). De meeste zelfmanagement interventies tijdens een ziekenhuisopname zijn gericht op het versterken van zelfredzaamheid van bijvoorbeeld de ADL of het bevorderen van de naleving van expert/medische adviezen en minder op activiteiten gericht op het managen van een ziekte, bijvoorbeeld het registreren van een vochtbalans (Otter et al., 2021). Dit komt overeen met de uitkomsten op afdeling U waarbij patiënten geen actieve rol hebben in het monitoren van vochtbalansen. In dezelfde studie van Otter et al 2021, geven afdelingsverpleegkundigen aan hun eigen gedrag rondom zelfmanagement als een belangrijke barrière te zien: zij vinden patiënten niet geschikt voor zelfmanagement wanneer er sprake is van kennis en motivatie gebrek bij de patiënt (Otter et al., 2021).

Dit staat haaks op het begrip zelfmanagement: de focus ligt juist op vergroten van kennis, inzichten, bewustzijn en motivatie door coaching van de verpleegkundige (van Hooft et al., 2016). Deze uitkomsten komen deels overeen met de resultaten van ons onderzoek waarin verpleegkundigen het niet zinvol te vinden terug te kijken met de patiënt hoe het thuis ging of het niet zinvol vinden de

mantelzorgers te betrekken. Het feit dat ziekenhuisopnames korter worden en er een toenemend tekort is aan verpleegkundigen, vraagt een andere invulling van de rollen van de patiënt en verpleegkundige. Patiënten moeten in staat gesteld worden zelfvertrouwen te krijgen door middel van zelfmanagementvaardigheden te ontwikkelen en toe te passen tijdens de opname (Pollack et al., 2016). Dit vraagt een andere rol van verpleegkundigen, de verpleegkundige als coach waarbij de patiënt gelijkwaardig is en verantwoordelijk is voor zijn eigen gezondheid (Otter et al., 2021; Wilson et al., 2006).

8.2 Palliatieve zorg afdeling B

In deze studie wordt palliatieve zorg door verpleegkundigen en artsen vooral geassocieerd met zorg voor patiënten waarbij de stervensfase naderend is. Enkele successen die verpleegkundigen zichzelf toerekenen zijn dat zij passende zorg bieden aan patiënten en diens familie in de stervensfase en aandacht hebben voor nazorg door het bellen met de familie na het overlijden. Verder stimuleren zij familieparticipatie, rooming-in, en sluiten aan bij de wensen en behoeften van de patiënt. Bij complexe (zorg) situaties tonen zij moed om tot een vruchtbare samenwerking te komen tussen de patiënt, diens naasten en het behandelend team. Verpleegkundigen vinden dat zij in een lerende omgeving werken, door middel van 'learning by doing' en leren van elkaar. Zowel verpleegkundigen als artsen vinden dat zorg in de laatste levensfase een collectieve verantwoordelijkheid is waarbij multidisciplinair samenwerking onmisbaar is.

Met betrekking tot ontwikkelkansen hebben verpleegkundigen en artsen een gebrek aan kennis over de verschillende fasen van palliatieve zorg, met name de symptoomgerichte fase. Er is een gebrek aan kennis over hulpmiddelen en richtlijnen die zij kunnen inzetten bij de verschillende fasen, zoals de 'Surprise Question' en het consulteren van het TOPZ-team. Dit ligt in lijn met recente studies die aantonen dat in Nederland palliatieve zorg nog beperkt en vaak te laat wordt ingezet (Boddaert et al., 2022; Brinkman-Stoppelenburg et al., 2016), terwijl het vroegtijdig signaleren van de laatste levensfase een positief effect heeft op de kwaliteit van leven en tevredenheid van de patiënt en de naasten (Kavalieratos et al., 2016; Vanbutsele et al., 2018). Dit gaat samen met proactieve zorgplanning, minder ziekenhuis opnames, minder overbehandeling en dat patiënten vaker sterven op de plek van hun voorkeur (Boddaert et al., 2022; Maetens et al., 2019; Quinn et al., 2020).

In onze studie voelen en tonen verpleegkundigen weinig eigenaarschap in het initiëren van proactieve zorgplanning bij de palliatieve patiënt die nog niet in de stervensfase zit. De meest gebruikte argumenten van verpleegkundigen zijn de hoge werkdruk en de mening dat het de verantwoordelijkheid van de arts is. Dit is merkwaardig omdat verpleegkundigen in onze studie wel worstelen met morele dilemma's in de uitvoering van zorg. In Nederlandse en internationale studies naar morele dilemma's bij verpleegkundigen in palliatieve zorg blijkt dat wanneer verpleegkundige opvattingen over goede zorg niet in lijn liggen met de arts, de wens van de patiënt of familieleden, dit kan leiden tot morele uitdagingen bij de verpleegkundige en ontevredenheid bij de patiënt en diens familie (Bosch et al., 2023; Brazil et al., 2010; Hamric & Blackhall, 2007; Lamiani et al., 2017; Oberle & Hughes, 2001). In onze studie geven verpleegkundigen aan dat morele dilemma's voorkomen of geminimaliseerd kunnen worden door vroegtijdige en open gespreksvoering waarbij de gemaakte afspraken inzichtelijk zijn voor de patiënt, familie en zorgketen, maar in dagelijkse praktijk hebben verpleegkundigen hier nog geen proactieve rol. Dit lijkt samen te hangen met kennisgebrek over de fasen van palliatieve zorg (bijvoorbeeld de symptoomgerichte fase met bijbehorende richtlijnen en hulpmiddelen), het inpassen van palliatieve zorg in bestaande

werkprocessen, en de attitude dat men verpleegkundigen nog onvoldoende eigenaarschap ervaren voor palliatieve zorg.

Uit studies blijkt dat palliatieve zorg meestal wordt verricht door zorgverleners voor wie palliatieve zorg niet hun voornaamste expertise is (Downing et al., 2016; Kamal et al., 2019; Witkamp et al., 2015). In onze studie voelen verpleegkundigen zich vooral verantwoordelijk voor goede zorg in de stervensfase maar weten minder goed hoe goede zorg er uit ziet in de symptoomgerichte fase en wat hun verpleegkundige rol hierin is. Dit ligt in lijn met Sekse et al. die vaststellen dat de grote diversiteit aan verpleegkundig handelen in de dagelijkse praktijk, het moeilijk maakt voor verpleegkundigen om hun specifieke rol en verantwoordelijkheden in de palliatieve zorg te beschrijven (Sekse et al., 2018). Daarom is er dringend behoefte om de rol en impact van verpleegkundigen in de palliatieve zorg te verduidelijken (Sekse et al., 2018).

Palliatieve zorg is een relatief complex gebied met veel onopgeloste kwesties, zoals de identificatie van patiënten die palliatieve zorg nodig hebben, de beoordeling van zorgbehoeften in verschillende domeinen, multidisciplinaire en interorganisatorische samenwerking en de verantwoordelijkheden van generalistische versus specialistische palliatieve zorg (Brown et al., 2018; Quill & Abernethy, 2013). Onsamenhangende communicatie, gebrekkige besluitvorming en matige symptoom management leiden tot suboptimale zorg voor ziekenhuispatiënten met palliatieve zorgbehoeften (Milnes et al., 2019; Nevin et al., 2020). In onze studie vinden verpleegkundigen dat artsen te veel focus hebben op medische interventies bij kwetsbare patiënten en gesprekken over het levenseinde uit de weg gaan hetgeen een waardig levenseinde in de weg kan staan. Het realiseren van verbeteringen in de palliatieve zorg in de ziekenhuissetting is een uitdaging vanwege de dominantie van het biomedisch model in ziekenhuizen met de focus op 'cure' (Gott et al., 2012; Heckel et al., 2020). Echter kan palliatieve zorg wel gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden (IKNL/Palliactief, 2017). Het Landelijke Kwaliteitskader Palliatieve Zorg 2021 biedt richtlijnen en financieringsmogelijkheden om palliatieve zorg in te bedden in de ziekenhuissetting (IKNL/Palliactief, 2017; Pereira et al., 2021).

8.3 Terugblik op participerend actieonderzoek als proces

Een belangrijk succes in onze pilotstudie is de positieve houding van de kernteams die ontstaan is ten opzichte van participerend actieonderzoek. Deze kernteams hebben de voordelen kunnen ervaren wanneer een complex vraagstuk vanuit de werkvloer wordt geïnitieerd, dit vanuit een systematische en iteratieve wijze wordt aangepakt en daarbij ook de onderzoeksoopdrachten van studenten hierop laten aanhaken. Deze positieve houding werd met name gezien bij de kernteams van afdeling U en T in hun rol als kartrekkers.

Beide kernteams hadden gealloceerde tijd per maand om aan afdelingsverbeteringen te werken, inclusief maandelijks overleg met de lectoraats-onderzoeker en de studentonderzoekers.

Deze kartrekkers toonden vakinhoudelijk leiderschap door gelijkwaardige gesprekspartners te zijn met studentonderzoekers en lectoraats-onderzoeker, en open te staan voor nieuwe ideeën.

Deze strategie komt overeen met Duprez et al: verpleegkundigen worden versterkt in het tonen van vakinhoudelijke leiderschap door het opdoen van kennis, observeren, en het 'te doen' (Duprez et al., 2023).

Bij het doorlopen van de PDDOEN-cyclus zijn een scala aan (ontwerp) gerichte (leer) methoden toegepast om zo integraal mogelijk het probleem aan te pakken. Vooral het betrekken van patiënten

en andere disciplines, het teruggeven van (tussentijdse) resultaten, en casusbesprekingen gaf aanleiding tot nieuwe inzichten bij verpleegkundigen. Het werken volgens de principes van ontwerpgericht- participatief actieonderzoek wordt weliswaar als een oplossing voor de complexe en moeilijk oplosbare vraagstukken in de zorg gezien (Munten et al., 2012), maar in ons onderzoek bleek de uitvoering in de weerbarstige praktijk complex te zijn. In onze deelstudies was participatie van de werkvloer nog het meest ingewikkeld. Dit werd veroorzaakt door hoge werkdruk bij de verpleegkundigen, complexe werkstructuren, gebrekkige onderlinge communicatie in de teams, deelnemen aan de deelstudies paste niet in de werkprocessen, verpleegkundigen met andere prioriteiten en belangen, gebrek aan eigenaarschap of gebrek aan evaluatie momenten in het team. Studies laten zien dat de toename van complexiteit van zorg niet alleen een inhoudelijke uitdaging betekent maar ook vraagt om een andere inrichting van zorg- en ondersteuning processen met betere coördinatie en afstemming in en tussen organisaties (Rosendal & Mies, 2012). Dit vraagt van verpleegkundigen dat zij meer kennis hebben over een variatie aan aandoeningen maar vooral expertise hebben om goed samen te kunnen werken met andere disciplines (Veer van't et al., 2020). Innoveren en verbeteren is een belangrijke competentie van de bachelor verpleegkundige (Lambregts et al., 2015), en om dit goed te kunnen vervullen moeten ze kijken, denken en doen als een ontwerper (Veer van't et al., 2020). Werken volgens de principes van ontwerpgericht werken met iteratieve werkwijze geeft de mogelijkheid om belanghebbenden in een vroegtijdig stadium mee nemen in veranderingen en hun hier een stem in te geven omdat zij specifieke kennis en ervaring hebben (Veer van't et al., 2020). Sinds de komst van de verpleegkundig onderzoekers binnen het MCL die verbonden zijn aan de verschillende ZE's, worden er stappen gezet om meer structuur en inhoud te geven aan EBP en onderzoek. (Kenniskring Verpleegkundig Onderzoek, 2023). Tevens fungeren zij als verpleegkundig leider waarbij zij bachelor verpleegkundigen kunnen inspireren bij hun nieuwe rol.

8.4 Sterkten pilotstudie

Hier volgen een aantal sterke punten van deze pilotstudie. Als eerste, het toepassen van de PDOEN-cyclus volgens de principes van Practice Development sluit aan bij de zogenoemde 'wicked problems', de complexe en moeilijk oplosbare vraagstukken van de dagelijkse verpleegkundige praktijk. De kracht van actieonderzoek 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 vervolg stappen. Ten tweede, verschillende vormen van dataverzamelingmethoden zijn toegepast zoals interviews, observaties en casusbesprekingen. Hierdoor ontstaat een zo'n breed mogelijk perspectief van het op te lossen probleem. Ten derde is de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot door: het ontwikkelen van topics- en observatielijsten op basis van literatuur, ontwikkelen van een oefencasus in samenwerking met de werkvloer, data triangulatie door bijvoorbeeld interviews aansluitend op observaties af te nemen, memberchecks na interviews en evaluatiegesprekken met kernteams, studentonderzoekers, docenten NHL Stenden Hogeschool en de kenniskring van het lectoraat VLOGZ. Als laatste werd onafhankelijk uitgevoerde data-analyse gezamenlijk besproken om zo interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid te verhogen.

8.5 Beperkingen pilotstudie

Als eerste van een aantal methodologische beperkingen is dat door de weerbarstige praktijk het niet mogelijk was voldoende en met een maximale variatie, verpleegkundigen te vinden voor de interviews, observaties en casusbesprekingen. Verpleegkundigen in alle deelstudies zijn uiteindelijk geselecteerd op basis van beschikbaarheid, waardoor selectiebias mogelijk is en er mogelijk geen datasaturatie voor individuele deelstudies is bereikt. De gevolgen van selectiebias en mogelijk onvoldoende datasaturatie hebben we getracht te beperken door de tussentijdse uitkomsten te vergelijken met de voorgaande deelstudies, de literatuur en toetsen bij de kernteams. Een andere beperking is de onervarenheid van de studentonderzoekers met betrekking tot interviewtechnieken. Ondanks dat studenten middels een workshop handvatten kregen aangeboden, bleek de dataverzamelingsperiode te kort te zijn om voldoende ervaring met interviewen te krijgen. Hierdoor bleef de diepgang in de interviews beperkt. Voor de deelvragen rondom patiëntenperspectieven is dit opgelost door een deelvraag meerdere keren door verschillende studentonderzoekers te laten onderzoeken om meer data te genereren. Een laatste beperking is dat er geen follow-up metingen gedaan zijn van de verpleegkundige zelfperceptie rondom vakinhoudelijk leiderschapsgedrag middels de Leadership Practice Inventory. Ook is er geen follow-up meting gedaan naar de mate van praktijkverandering rondom palliatieve zorg en zelfregie bij voeding en mobiliteit. Hier zijn meerdere redenen voor te geven zoals het grotendeels afhankelijk zijn van studentonderzoekers voor dataverzameling en analyse waardoor de projecttermijn al afgerond was voordat er nieuwe metingen gedaan kon worden; de pilotstudie te groot en complex was voor één deeltijd facilitator; de weerbarstige praktijk met veel personele wisseling met hoge werkdruk en andere prioriteiten waardoor de motivatie om te binden aan een langer lopend project snel wegzakte.

9. Conclusies en aanbevelingen voor praktijk, onderwijs en onderzoek

9.1 Conclusies

Deze pilotstudie heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de behoefte van verpleegkundigen om het abstracte concept vakinhoudelijk leiderschap, de wijze waarop ze invloed uitoefenen op basis van kennis, te vertalen naar concreet professioneel gedrag in de zorg voor patiënten. Middels actieonderzoek hebben de pilotafdelingen B, T en U specifieke thema's geprioriteerd waarin verpleegkundige zorg weinig of onvoldoende werd verricht om er vervolgens praktijkverandering in te bewerkstelligen. Deze thema's betroffen: zelfregie bij voeding (afdeling U), zelfregie bij mobiliseren (afdeling T) en verbeteren van palliatieve zorg (afdeling B). Belangrijke successen in deze praktijkverandering zijn de toenemende aandacht van verpleegkundigen voor zelfmanagement ondersteuning bij voeding en mobiliseren, moed tonen door het opkomen voor goede zorg voor complexe palliatieve patiënten in de stervensfase en de positieve attitude ten opzichte van actieonderzoek. Leren op individueel en team niveau vond plaats door (tussentijdse) onderzoeksresultaten te delen en casusbesprekingen te organiseren. De ontwikkelkansen liggen in het vergroten van de bewustwording over essentiële zorg en het voorkomen van niet-verrichte zorg. Voor het tonen van vakinhoudelijk leiderschap is het belangrijk dat verpleegkundigen kennis ontwikkelen en dit toepassen in de dagelijkse praktijk.

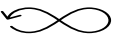
9.2 Implicaties voor praktijk, onderwijs en onderzoek

De onderstaande aanbevelingen kunnen gedaan worden voor de verpleegkundige praktijkvoering, onderwijs en onderzoek met betrekking tot verbetering van kennis, attitude, competenties en praktijkuitvoering. De aanbevelingen zijn gericht op de inhoudelijke thema's zelfmanagement (Tabel 12), palliatieve zorg (Tabel 13) en onderzoeksproces (Tabel 14) en sluiten aan bij de onder andere BN2020 Canmeds rollen (Lambregts et al., 2015), het Integraal Zorg Akkoord (Ministerie Volksgezondheid, 2022), de ziekenhuisbrede verpleegkundig onderzoeksagenda (Kenniskring Verpleegkundig Onderzoek, 2023) en het strategisch beleid van het MCL (Strategie MCL 2021-2030).

Tabel 12. Aanbevelingen zelfmanagement ondersteuning door verpleegkundigen

Aanbevelingen zelfmanagement ondersteuning door verpleegkundigen (Zorg voor Beter, 2024)	
 Kennis	Ziekenhuisbrede educatie: - Eenduidige definitie zelfmanagement - 5A zelfmanagement model als hulpmiddel - Gesprekstechnieken en hulpmiddelen in zetten bij zelfmanagement - Coachende rol van de verpleegkundige
 Attitude	Ziekenhuisbrede discussie voeren: - Verpleegkundige percepties rondom zelfmanagement - Verpleegkundige rollen (biomedisch vs. biopsychosociaal model) - Onderliggende normen en waarden, vooroordelen en aannames van verpleegkundige die van invloed zijn op zelfmanagement
 Competenties	- Het 5A model als gesprekstool gebruiken - Motiverende gesprekstechnieken toepassen - Casusbesprekingen als leermiddel: op teamniveau met verpleegkundigen, multidisciplinair of keten breed, (bijvoorbeeld verpleegkundig consulent of thuiszorg betrekken) - Bachelor studenten met hun theoretische kennis over zelfmanagement beter benutten op de werkvloer
 Kartrekkers	- Verpleegkundige kartrekkers/aandachtvelders zelfmanagement op de afdeling - Ziekenhuisbrede projectgroep met formele kartrekkers - Zelfmanagement expliciet in visie en strategische plannen opnemen
 Experimenteren "out of the box" denken.	- Zorgprocessen kritisch onderzoeken naar mogelijkheden om zelfmanagement te optimaliseren en dit met actieonderzoek aan pakken. - Patiënten of vertegenwoordigers vanuit patiëntenvereniging of cliëntenraad als co-creator in projecten en onderzoeken.
 Monitoring op kwaliteit	- Ontwikkelen van verpleegsensitieve uitkomsten die de effecten van zelfmanagement meten - Monitoring op afdelingsniveau om inzicht te krijgen, te evalueren en bij te sturen - Patiënten of vertegenwoordigers vanuit patiëntenvereniging of cliëntenraad betrekken
 Onderzoek + ontwikkeling	- Innovatieve leer/werkmethoden ontwikkelen over zelfmanagement voor de werkvloer, die aansluiten bij de huidige jonge bachelor opgeleide verpleegkundige - Het ontwikkelen van gamificatie (bijvoorbeeld escape room) voor verpleegkundigen om zelfmanagementvaardigheden te leren - Onderzoeken hoe zelfmanagement efficiënt in EPD ingebouwd kan worden, bijvoorbeeld in Epic - Aansluiten bij de behoefte van de patiënt d.m.v. patiëntenparticipatie in onderzoek
 Onderwijs	- Verpleegkunde studenten netwerk/ketenstages laten doen met aandacht voor zelfmanagement - Verpleegkunde studenten in MCL opdrachten rondom zelfmanagement geven - Patiënt journey's gebruiken in onderwijs

Tabel 13. Aanbevelingen palliatieve zorg verlenen door verpleegkundigen

Aanbevelingen palliatieve zorg verlenen door verpleegkundigen	
 Kennis	Educatie over: - Verschillende fasen palliatieve zorg - Hulpmiddelen/ marketinginstrumenten (bijvoorbeeld Surprise Question, SPICT) - Rol TOPZ - Organisatie van zorg in het MCL, beschikbare disciplines, ketenpartners - Gesprekstechnieken - TOPZ betrekken voor kennisoverdracht/scholing
 Attitude	- Eigenaarschap voelen, vakinhoudelijk leiderschap tonen bij alle fasen palliatieve zorg - Paradigma switch: palliatieve zorg prioriteren boven biomedische zorg wanneer cure niet meer mogelijk is - TOPZ-team betrekken bij uitvoering van palliatieve zorg
 Beleid	Kwaliteitskader Palliatieve Zorg implementeren: - Ziekenhuisbrede implementatie Surprise Question - Ziekenhuisbrede afspraken maken over tijdig voeren Advanced Care Planning-gesprekken - Afspraken maken over de rol van de verpleegkundige bij Advanced Care Planning-gesprekken - Zorgen voor continuïteit in keten: afspraken vastleggen - Indiveo's Advanced Care Planning gesprekken/ einde van leven inzetten tijdens de opname
 Kartrekkers	- Afspraken over rolverheldering en verantwoordelijkheid - Tijd geven voor interorganisatorische samenwerking - Meerwaarde inzichtelijk maken voor de afdeling - Verdiepende opleiding palliatieve zorg aanbieden - TOPZ-team inschakelen als mentor
 Competenties	- Gesprekstechnieken en communicatievaardigheden toepassen - Aandacht voor persoonsgerichte zorg bij alle 4 fasen van palliatieve zorg - Casusbesprekingen als leermethode toepassen - Intervisie organiseren: aandacht voor zelfreflectie en emotionele impact voor eind van het leven
 Communicatie/ Workflow	- EPD beter inrichten voor palliatieve zorg waarbij behandelbeleid direct inzichtelijk is voor eerste en tweede lijn, inclusief ambulance en SEH - Surprise Question reminder als popup in Epic
 Monitoring op kwaliteit	- Verpleegsensitieve indicatoren palliatieve zorg ziekenhuisbreed vaststellen a.d.h.v. holistische symptoom management - Ziekenhuisbreed sturen op proces en uitkomst indicatoren (Landelijke Kwaliteitskader) - Op afdelingsniveau indicatoren gebruiken voor interne monitoring en bijsturing; TOPZ hierin betrekken
 Onderwijs &Onderzoek	- Aandacht voor persoonsgerichte zorg bij palliatieve zorg tijdens opleidingen - Verpleegkunde studenten in het MCL proactief inzetten op onderzoeks- en kwaliteitsopdrachten - Best Practices delen

Tabel 14. Aanbevelingen actieonderzoek als proces voor praktijkverandering

Aanbevelingen actieonderzoek als proces voor praktijkverandering	
 Actieonderzoek als de aangewezen onderzoeksmethode	- Ontwerpgericht-participerend actieonderzoek in het MCL als basis voor alle praktijkgerichte verpleegkundig onderzoek vanwege de bewezen meerwaarde en gezien de grote behoefte aan implementatie van resultaten - Ligt ook in lijn met andere ontwerpgerichte initiatieven in MCL (bijvoorbeeld Verpleegkundige Visionairs, Innovatie bureau, etc.)
 Mixed methodes	- Patiëntenparticipatie stimuleren; geeft waardevolle inzichten - Appreciative inquiry methode voorkomt dat verpleegkundigen het gevoel krijgen het 'niet goed te doen' - Het is belangrijk (nieuwe) verpleegsensitieve uitkomsten te gebruiken/ontwikkelen om goede zorg te meten
 EBP/ onderzoekscultuur	- Verpleegkundig onderzoek/EBP worden door verpleegkundige teams en leidinggevenden als goede verpleegkundige zorg gezien in plaats van iets 'dat erbij komt' - Praktijkverbetering d.m.v. onderzoek/ EBP wordt als teamverantwoordelijkheid gevoeld - (Kleine) successen worden gevierd om teambetrokkenheid te stimuleren - Denken in kansen in plaats van problemen
 Structuur	- Een heldere en eenduidige onderzoekstructuur op de afdeling m.b.t. taken en verantwoordelijkheden is essentieel over de uitvoering en implementeren van onderzoek - Iedere afdeling heeft 2 kartrekkers voor EBP/ onderzoek die als spin in het web fungeren
 Team leider/ organisatie	- Faciliteren randvoorwaarden voor een goede onderzoekscultuur en structuur en sturen dit aan op tactisch niveau en monitoren, evalueren en anticiperen hierop - Stimuleren de houding om te denken in kansen in plaats van focussen op wat niet goed gaat
 Verpleegkundig onderzoekers	- Spelen een belangrijke rol als schakel tussen theorie, onderzoek en praktijk voor de afdelingen - Coachende rol m.b.t. onderzoek naar de afdeling - Begeleiden van een EBP-werkgroep en journal club
 Studenten/ onderwijs	- De diverse opdrachten van verpleegkunde studenten (kwaliteitsopdrachten, kritische beroepssituaties, EBP-vraagstukken of onderzoeksscripties sluiten aan bij de behoeften van de verpleegkundige teams of bij bestaande onderzoeklijnen - Onderwijsinstellingen moeten flexibel mee kunnen bewegen met de verschillende fasen van ontwerpgericht onderzoek
 Onderzoek	- Onderzoeken hoe de onderzoekscultuur en structuur van de verpleegafdelingen en poliklinieken te verbeteren.

10. Literatuurlijst

- Benders, L. (2019). *Reflecteren met de STARR-methode*. <https://www.toolshero.nl/persoonlijke-ontwikkeling/starr-methode/>
- Bickmore, T. W., Pfeifer, L. M., & Jack, B. W. (2009). Taking the time to care: Empowering low health literacy hospital patients with virtual nurse agents. *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings*, 1265–1274. <https://doi.org/10.1145/1518701.1518891>
- Boddaert, M. S., Pereira, C., Adema, J., Vissers, K. C. P., Van Der Linden, Y. M., Raijmakers, N. J. H., & Fransen, H. P. (2022). Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(e1), E137–E145. <https://doi.org/10.1136/BMJSPCARE-2020-002302>
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitatieve Research*. SAGE Publications.
- Bosch, G. van den, Schaik, M. van, Pasman, H. R., Janssens, R., Widdershoven, G., & Metselaar, S. (2023). Moral Challenges of Nurses and Volunteers in Dutch Palliative Care. A Qualitative Study. *Journal of Palliative Care*, 38(3), 364–371. <https://doi.org/10.1177/08258597221098129>
- Brazil, K., Kassalainen, S., Ploeg, J., & Marshall, D. (2010). Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Social Science & Medicine (1982)*, 71(9), 1687–1691. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2010.07.032>
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Boddaert, M., Douma, J., & Van Der Heide, A. (2016). Palliative care in Dutch hospitals: a rapid increase in the number of expert teams, a limited number of referrals. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-016-1770-2>
- Brown, C. R. L., Hsu, A. T., Kendall, C., Marshall, D., Pereira, J., Prentice, M., Rice, J., Seow, H. Y., Smith, G. A., Ying, I., & Tanuseputro, P. (2018). How are physicians delivering palliative care? A population-based retrospective cohort study describing the mix of generalist and specialist palliative care models in the last year of life. *Palliative Medicine*, 32(8), 1334–1343. <https://doi.org/10.1177/0269216318780223>
- Commissie Patientparticipatie. (2024). *Jaarplan2024 Commissie Patientparticipatie*.
- Downing, J., Batuli, M., Kivumbi, G., Kabahweza, J., Grant, L., Murray, S. A., Namukwaya, E., & Leng, M. (2016). A palliative care link nurse programme in Mulago Hospital, Uganda: An evaluation using mixed methods. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12904-016-0115-6/FIGURES/3>
- Duprez, V., Dhont, L., van der Cingel, M., Hafsteinsdóttir, T. B., & Malfait, S. (2023). Understanding strategies that foster nurses to act as clinical leaders in hospitals: A realist review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/JAN.15902>
- Ermers, D. J. M., Kuip, E. J. M., Veldhoven, C. M. M., Schers, H. J., Perry, M., Bronkhorst, E. M., Vissers, K. C. P., & Engels, Y. (2021). Timely identification of patients in need of palliative care using the Double Surprise Question: A prospective study on outpatients with cancer. *Palliative Medicine*, 35(3), 592–602. <https://doi.org/10.1177/0269216320986720>
- Faulkner, M., & Aveyard, B. (2002). Is the hospital sick role a barrier to patient participation? *Nursing Times*, 98(24), 35–36. <https://europepmc.org/article/med/12168469>
- Gott, M., Seymour, J., Ingleton, C., Gardiner, C., & Bellamy, G. (2012). “That’s part of everybody’s job”: the perspectives of health care staff in England and New Zealand on the meaning and

- remit of palliative care. *Palliative Medicine*, 26(3), 232–241.
<https://doi.org/10.1177/0269216311408993>
- 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>
- Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422–429. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>
- Heckel, M., Vogt, A. R., Stiel, S., Radon, J., Kurkowski, S., Goebel, S., Ostgathe, C., & Weber, M. (2020). The quality of care of the dying in hospital—next-of-kin perspectives. *Supportive Care in Cancer*, 28(9), 4527–4537. <https://doi.org/10.1007/S00520-020-05465-2>
- Hickman, L. D., Rolley, J. X., & Davidson, P. M. (2010). Can principles of the Chronic Care Model be used to improve care of the older person in the acute care sector? *Collegian*, 17(2), 63–69. <https://doi.org/10.1016/J.COLEGN.2010.05.004>
- Holtrop, T., Andela, R., Cingel vd, M., & voor Goede Zorg, O. (2022). *Kiezen voor beter Een onderzoek naar versterking van de invloed van verpleegkundigen op goede ziekenhuiszorg in een STZ-ziekenhuis (Medisch Centrum Leeuwarden)*.
- IKNL/Palliactief. (2017). *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland*.
<https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>
- Judy, S., & Hammond, S. (2006). *An Introduction to Appreciative Inquiry*.
<https://www.emergingrnleader.com/wp-content/uploads/2015/05/An-Introduction-to-Appreciative-Inquiry.pdf>
- Kamal, A. H., Bowman, B., & Ritchie, C. S. (2019). Identifying Palliative Care Champions to Promote High-Quality Care to Those with Serious Illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), S461–S467. <https://doi.org/10.1111/JGS.15799>
- Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., Hoydich, Z. P., Ikejiani, D. Z., Klein-Fedyshin, M., Zimmermann, C., Morton, S. C., Arnold, R. M., Heller, L., & Schenker, Y. (2016). Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 316(20), 2104–2114.
<https://doi.org/10.1001/JAMA.2016.16840>
- Kenniskring Verpleegkundig Onderzoek. (2023). *Onderzoeksagenda Verpleegkundig Onderzoek*.
- 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>
- Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/1359105315595120>
- Maetens, A., Beernaert, K., De Schreye, R., Faes, K., Annemans, L., Pardon, K., Deliens, L., & Cohen, J. (2019). Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. *BMJ Open*, 9, 25180.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025180>
- Matthews, T., & Trenoweth, S. (2015). Nurses' perceptions of self-management in renal care. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 24(19), 956–961.
<https://doi.org/10.12968/BJON.2015.24.19.956>
- Medisch Centrum Leeuwarden. (n.d.). *Strategie MCL 2021-2030*.

- Milnes, S., Orford, N. R., Berkeley, L., Lambert, N., Simpson, N., Elderkin, T., Corke, C., & Bailey, M. (2019). A prospective observational study of prevalence and outcomes of patients with Gold Standard Framework criteria in a tertiary regional Australian Hospital. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 9(1), 92–99. <https://doi.org/10.1136/BMJSPCARE-2015-000864>
- Ministerie Volksgezondheid, W. en S. (2022). *Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Munten, G., Legius, M., Niessen, T., Snoeren, M., Jukema, J., & Harps-Timmerman, A. (2012). *Practice Development Naar Duurzame Verandering van Zorg-en Onderwijspraktijken*. Boom Lemma Uitgevers.
- Nevin, M., Hynes, G., & Smith, V. (2020). Healthcare providers' views and experiences of non-specialist palliative care in hospitals: A qualitative systematic review and thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 34(5), 605–618. <https://doi.org/10.1177/0269216319899335>
- NHG. (2023). *Richtlijn Proactieve zorgplanning*. <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/proactieve-zorgplanning>
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 707–715. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x>
- Otter, C. E. M., Hoogerduijn, J. G., Keers, J. C., Hagedoorn, E. I., de Man-van Ginkel, J. M., & Schuurmans, M. J. (2019). Older patients' motives of whether or not to perform self-management during a hospital stay and influencing factors☆. *Geriatric Nursing*, 40(2), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.10.004>
- Otter, C. E. M., Keers, J. C., Smit, J., Schoonhoven, L., & de Man-van Ginkel, J. M. (2023). 'Nurses' self-management support to hospitalised patients: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 2270–2281. <https://doi.org/10.1111/JOCN.16242>
- Otter, C. E. M., Smit, J., Hagedoorn, E. I., Keers, J. C., de Man-van Ginkel, J. M., & Schoonhoven, L. (2021). Nurses' perceptions of self-management and self-management support of older patients during hospitalization. *Geriatric Nursing*, 42(1), 159–166. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2020.06.013>
- Pereira, C., Boddaert, M., Douma, J., Daamen, R., Cornelissen, F., Dobbelaar, M., & Aalst van, B. (2021). *Handreiking financiering palliatieve zorg 2022*. <https://palliaweb.nl/getmedia/56ce3a21-1a15-463a-bc63-dc0fd20ba044/Handreiking-financiering-palliatieve-zorg-2022-v1.pdf>
- Pollack, A. H., Backonja, U., Miller, A. D., Mishra, S. R., Khelifi, M., Kendall, L., & Pratt, W. (2016). Closing the gap: Supporting patients' transition to self-management after hospitalization. *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings*, 5324–5336. <https://doi.org/10.1145/2858036.2858240>
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *The New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173–1175. <https://doi.org/10.1056/NEJMP1215620>
- Quinn, K. L., Shurrab, M., Gitau, K., Kavalieratos, D., Isenberg, S. R., Stall, N. M., Stukel, T. A., Goldman, R., Horn, D., Cram, P., Detsky, A. S., & Bell, C. M. (2020). Association of Receipt of Palliative Care Interventions With Health Care Use, Quality of Life, and Symptom Burden Among Adults With Chronic Noncancer Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 324(14), 1439–1450. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2020.14205>

- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), no-no. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.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>
- Rosendal, H., & Mies, L. (2012). *Integrale zorg voor mensen met een chronische ziekte : Vanuit patiëntverhalen naar een nieuw perspectief op de zorg*.
- Sadler, E., Wolfe, C. D. A., & McKeivitt, C. (2014). Lay and health care professional understandings of self-management: A systematic review and narrative synthesis. *SAGE Open Medicine*, 2, 1–18. <https://doi.org/10.1177/2050312114544493>
- Sekse, R. J. T., Hunsb  r, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse’s role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e21–e38. <https://doi.org/10.1111/JOCN.13912>
- Stichting Palliatieve Zorg Nederland (Stichting PZNL). (n.d.). *Surprise Question Algemeen (markeringskaart)*. Retrieved November 30, 2023, from [https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/surprise-question-algemeen-\(markeringskaart\)](https://palliaweb.nl/overzichtspagina-hulpmiddelen/surprise-question-algemeen-(markeringskaart))
- van het Bolscher-Niehu  s, M. J. T., Uitdehaag, M. J., & Francke, A. L. (2020). Community nurses’ self-management support in older adults: A qualitative study on views, dilemmas and strategies. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 195–203. <https://doi.org/10.1111/HSC.12853>
- 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., Dwarswaard, J., Bal, R., Strating, M. M., & van Staa, A. L. (2016). What factors influence nurses’ behavior in supporting patient self-management? An explorative questionnaire study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 65–72. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2016.08.017>
- Vanbutsele, G., Pardon, K., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., Eecloo, K., Cocquyt, V., Geboes, K., & Deliens, L. (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet. Oncology*, 19(3), 394–404. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)
- Veer van’t, J., Wouters, E., Veeger, M., & Lugt van der, R. (2020). *Ontwerpen voor zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho.
- Wilson, P. M., Kendall, S., & Brooks, F. (2006). Nurses’ responses to expert patients: The rhetoric and reality of self-management in long-term conditions: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 803–818. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2005.10.011>
- Witkamp, F. E., Van Zuylen, L., Van Der Rijt, C. C. D., & Van Der Heide, A. (2015). Effect of palliative care nurse champions on the quality of dying in the hospital according to bereaved relatives: A controlled before-and-after study. [Http://Dx.Doi.Org/10.1177/0269216315588008](http://Dx.Doi.Org/10.1177/0269216315588008), 30(2), 180–188. <https://doi.org/10.1177/0269216315588008>

Bijlage A. Deelstudie U topiclijst patiënt interviews november - december 2021

1	Hoofdtopic – Kennis en ervaring
	Beginvraag
	Wat is uw huidige inzicht over voeding?
	Doorvraagmogelijkheden
	1. Wat vindt u van uw eigen voedingstoestand? 2. Wat doet u al om gezond te eten? 3. Heeft u voldoende kennis over gezonde voeding? 4. Vindt u dat voeding van invloed is op uw aandoening? Waarom wel of niet? 5. Vindt u dat voeding van invloed is op uw herstel? Waarom wel of niet? 6. Zijn uw wensen en/of behoeften voldoende meegenomen? Wat ging goed? Wat zou anders kunnen? 7. Werd u voorafgaand aan uw ziekenhuisopname geïnformeerd over eventuele veranderingen die gaan plaatsvinden over voeding en voedselinname?

2	Hoofdtopic – Rol van de verpleegkundige
	Beginvraag
	Hoe bent u begeleid door de verpleegkundige?
	Doorvraagmogelijkheden
	1. Welke verwachtingen heeft u van de verpleegkundige? 2. Welke ervaringen heeft u met de begeleiding rondom voeding? 3. Hoe zou u geïnformeerd willen worden over uw voedingstoestand in het ziekenhuis? 4. Wie zou u kunnen begeleiden om gezond te eten?

3	Hoofdtopic – Zelfregie
	Beginvraag
	Welke beslissingen neemt u om u voedingstoestand te behouden en of te verbeteren?

	Doorvraagmogelijkheden
	1. Heeft u tijdens uw opname zelfregie getoond? Noem een voorbeeld? 2. Vindt u dat u voldoende gehoord werd tijdens uw opname om eigen regie te tonen? 3. Waarom is zelfregie houden over uw voedingstoestand van belang? 4. Hoe zou u uw eigen regie over uw voedingstoestand willen beschrijven? 5. Wat doet u al om zelfregie te behouden over uw voedingstoestand? 6. Wat heeft u nodig om meer zelfregie over uw voedingstoestand te krijgen? 7. Wie zou u kunnen helpen om uw eigen regie te versterken? 8. Hoe ziet u het straks met het ontslag?

4	Hoofdtopic – Toepassen en opvolgen van de voedingstoestand
	Beginvraag
	Hoe is uw voedingstoestand in het ziekenhuis gepland en opgevolgd?
	Doorvraagmogelijkheden
	1. Heeft u inzicht wat de betekenis is van een voedingslijst in het ziekenhuis? 2. Werd u voldoende geïnformeerd door de VPK over de voedingslijst? 3. Wat werd er met u afgesproken? 4. Wat is daadwerkelijk toegepast door de verpleegkundige? 5. Werd er bij u gebruik gemaakt van een speciaal dieet via een voedingslijst? 6. Hoe is de voedingslijst bijgehouden tijdens uw opname? 7. Hoe werden uw wensen tijdens uw opname meegenomen m.b.t. de voedingslijst? 8. Wat zijn vervolgspraken die met u gemaakt zijn om uw voedingstoestand na ontslag op te volgen? 9. Wat heeft u nodig om uw gezonde voedingstoestand in stand te houden in uw thuissituatie?

Bijlage B. Deelstudie U topiclijst patiëntinterviews april 2022

Hoofdtopic 1: Zelfregie ondersteunen door de verpleegkundige – achterhalen

Overkoepelende vraag: Wat is er met u besproken door de verpleegkundige om inzicht te krijgen in uw voedingstoestand?

1. Is er tijdens uw opname aandacht geweest om inzicht te krijgen over uw voedingstoestand? Voorbeeldsituatie benoemen. Bij geplande opnames: is er op de poli aandacht geweest om inzicht te krijgen in uw voedingstoestand? Hoe werd de voedingstoestand in kaart gebracht? Wel of niet diëtist in consult en waarom?
2. Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot voeding gedurende uw opname? Verwachtingen van de verpleegkundige? Had dit een meerwaarde kunnen zijn? Welke meerwaarde?
3. Heeft de verpleegkundige het met u gehad over het belang van voeding tijdens uw opname? En over het belang van voeding na een operatie? Was dit op de afdeling of op de poli. Wanneer werd dit besproken?
4. Heeft de verpleegkundige aandacht besteed over hoe u invloed kan uitoefenen op uw voedingstoestand? Voorbeeldsituatie benoemen.
5. Hoe werd u voedingsinname bijgehouden? Werde er per dienst gevraagd door de verpleegkundige naar uw eten, drinken, vochtbalans en waar u tegen aan loopt qua voeding? Wat vond u hier van?

Hoofdtopic 2: Verpleegkundige adviezen en afspraken

Overkoepelende vraag: Wat is er geadviseerd en met u afgesproken door de verpleegkundige met betrekking tot voeding, tijdens uw verblijf en bij ontslag?

1. Heeft u van de verpleegkundige informatie gekregen over voeding en het ondergaan van een operatie? Welke informatie? Was dit op de afdeling of op de poli?
2. Welke voedingsadviezen zijn er met u besproken tijdens uw verblijf in het ziekenhuis?
3. Welke voedingsadviezen heeft u gekregen over voeding toen u weer naar huis toe ging, om toe te passen in de thuissituatie? Wanneer kreeg u deze informatie? Bij ontslag of al een aantal dagen eerder?
4. Hoe past u de voedingsadviezen die u heeft gekregen toe in de thuissituatie? Heeft u tot nu toe problemen ervaren? Weet u hoe u eventuele problemen kunt oplossen? Weet u hoe te handelen bij problemen of vragen over voeding?
5. Welke afspraken zijn er met betrekking tot voeding gemaakt tijdens de opname? Waren die afspraken voor u duidelijk, snapte u waarom dit afgesproken werd?

Hoofdtopic 3: Verpleegkundige rol assisteren en begeleiden

Overkoepelende vraag: Op welke manier heeft de verpleegkundige de patiënt met betrekking tot voeding geassisteerd en begeleid?

1. Hoe heeft de verpleegkundige u geholpen om meer inzicht en invloed te krijgen over uw voedingstoestand?
2. Wat heeft de verpleegkundige volgens u goed gedaan om u te stimuleren om de eigen regie over voeding te nemen? Op welke manier heeft zij dit gedaan, waarom vond u deze manier goed?
3. Welke andere professionals hebben u geholpen om meer invloed uit te oefenen op uw voedingstoestand?
4. Wat zou de verpleegkundige volgens u nog meer kunnen doen op het gebied van voeding, om aan uw verwachtingen te voldoen? Wat zou een wenselijke situatie zijn? Waarom? Wat brengt dit op voor de patiënt?

Bijlage C. Deelstudie U topiclijst participerende observaties + casusbesprekingen september - december 2022

Verpleegkundige	○ Ochtendienst ○ Middagdienst ○ Avonddienst			Chirurgie Patiënt met abdominale chirurgie	
Hoofdthema	Observatievragen	ja	nee	Resultaten	Bespreken van de succesverhalen en ontwikkelkansen
Achterhalen	Dit betekent dat de verpleegkundige aan de patiënt (of zijn naasten) vraagt: • Wat de patiënt verwacht van het leven over voeding in de (nabije) toekomst • Naar zijn eigen ervaringen met gezonde voeding • Wat hij weet over voeding • Hoe hij zijn emoties over voeding met zijn omgeving kan delen • Naar aanwezige motivatie en discipline om gezonde voeding in zijn leven in te passen • Hoeveel vertrouwen hij heeft in zijn eigen kunnen • Wat hij zelf kan en wil doen in het (zorg)proces • Welke kernwaarden zijn beleving van over gezonde voeding beïnvloeden (bijvoorbeeld religie, cultuur, zelfstandigheid)				
Adviseren	Dit betekent dat de verpleegkundige: • Bij elk contact vraagt welke informatie de patiënt nodig heeft • Toestemming vraagt aan de patiënt om informatie of advies te geven • De patiënt de informatie die zij heeft gegeven door de patiënt terug laat vertellen • De patiënt voorlichting en instructie geeft over een gezonde voeding passend bij de aandoening				
Afspreken	Dit betekent dat de verpleegkundige: • Met de patiënt zoekt naar eerdere positieve ervaringen met het bereiken van doelen • De patiënt prioriteiten laat stellen bij het opstellen van doelen • Samen met de patiënt een plan opstelt over hoe de patiënt aan de doelen gaat werken. • De doelen en afspraken vastlegt in het patiëntendossier • De patiënt helpt om een besluit samen met haar en/of de andere zorgverleners te nemen • Onzekerheid herkent bij de patiënt over het nemen van een besluit				
Assisteren	Dit betekent dat de verpleegkundige: • De patiënt uitnodigt om over het verlies van gezondheid en veranderingen in zijn leven te praten • Bespreekt met de patiënt aan wie hij gaat vertellen over de invloed van voeding op de gezondheid • Bij de patiënt zelfvertrouwen stimuleert zodat hij zijn aandoening in zijn leven kan inpassen • De patiënt aanmoedigt zoveel mogelijk dagelijkse taken zelf uit te voeren • Patiënten helpt om activiteiten te kiezen die hij goed aankan • Met de patiënt bespreekt van wie hij dagelijkse ondersteuning kan krijgen (familie, vrienden, netwerk) • Met de patiënt bespreekt hoe hij (in zijn dagelijks leven) aan de slag kan met behulp van zelfmanagementhulpmiddelen (bijvoorbeeld een dagboekje, crisiskaart) • De patiënt assisteert om zijn eigen gezondheid en lichamelijke reacties te monitoren				
	• De naasten van de patiënt ondersteunt bij het toepassen van gezonde voeding				
Arrangeren	Dit betekent dat de verpleegkundige: • De patiënt vraagt wat voor hem een goed moment en een goede manier voor een follow-up is • De patiënt doorverwijst naar de juiste hulpverlener / instantie, informatiebron die past bij de waarden van de patient • Andere zorgverleners informeert en de zorg met hen afstemt • De patiënt op afstand begeleidt met behulp van ondersteunende hulpmiddelen zoals e-health • De mogelijkheid biedt aan de patiënt om op een laagdrempelige manier tussendoor contact op te nemen • Zelf tussendoor contact opneemt met de patiënt om zijn gezondheid te bespreken en eventuele knelpunten op te lossen • Samen met de patiënt kijkt hoe de uitvoering van het individuele zorgplan verloopt				

Bijlage D. Deelstudie T topiclijst patiëntinterviews november - december 2021

Hoofdtopic 1: Achterhalen

Beginvraag:

Wat verstaat u onder bewegen?

Doorvraagmogelijkheden:

- Heeft u voldoende kennis over het belang van bewegen?
- Hoe is uw bewegingspatroon in de thuissituatie?
- Hoe is uw bewegingspatroon in het ziekenhuis?
- Hoeveel beweegt u op een dag tijdens uw opname?
- Wat voor bewegingen doet u?
- Vindt u dat u te veel in bed ligt overdag? Waarom?
- Ervaart u belemmeringen in het bewegen in het ziekenhuis? Welke zijn dat?

Subtopics:

Mobiliseren

Bewegen

Op de rand van bed zitten

Bengelen

Verplaatsen naar stoel

Lopen in de kamer/hal/elders

Hoofdtopic 2: Adviseren

Beginvraag:

Heeft u vooraf aan uw ziekenhuisopname voorlichting ontvangen over het belang van bewegen?

Doorvraagmogelijkheden:

- Heeft u uitleg gekregen wanneer u mag beginnen met bewegen na de operatie?
- Wie heeft u informatie gegeven?
- Weet u al hoeveel u mag bewegen na de ingreep of operatie?
- Denkt u dat bewegen uw herstel zal bevorderen?
- Kunt u voordelen noemen over bewegen na uw ingreep?
- Wordt u door de voordelen van bewegen extra gemotiveerd om meer te gaan bewegen?

Subtopics:

Verbeterde conditie en spierkracht

Verkorte opnameduur

Minder complicaties

Zelfredzaam in alledaagse handelingen

Functieverlies tegengaan

Verbeterde psychische weerbaarheid

Hoofdtopic 3: Afspraken zelfregie

Beginvraag:

Vindt u dat u voldoende eigen regie heeft om te bewegen tijdens uw opname?

Doorvraagmogelijkheden:

- Wat doet u al om te bewegen?
- Hoe zou u uw eigen regie over bewegen willen beschrijven?
- Wat doet u om dit te behouden?
- Vindt u dat u voldoende gehoord werd tijdens uw opname om eigen regie te tonen?
- Wie kan u helpen om de eigen regie te versterken?
- Heeft u hier afspraken over gemaakt? Met wie en welke?
- Wat heeft u nodig om meer te bewegen in het ziekenhuis?

Subtopics:

Vermogen om te bewegen vergroten

Eigen regie behouden

Zelfredzaamheid vergroten

Naasten erbij betrekken

Professionele zorg betrekken

Hoofdtopic 4: Assisteren

Beginvraag:

Welke verwachtingen heeft u van de verpleegkundige rondom het ondersteunen van bewegen tijdens de opname?

Doorvraagmogelijkheden:

- Wat zijn uw wensen voor bewegen in het ziekenhuis?
- Welke ondersteuning heeft u nodig van de verpleegkundige om in beweging te komen?
- Wat zijn uw ervaring hierover?
- Wat kan er verbeterd worden?
- Wat zou anders kunnen omtrent het bewegen tijdens uw opname?
- Hoe zou dit mogelijk gemaakt kunnen worden?

Subtopics:

Voorlichting geven

Stimuleren

Veiligheid bieden

Vertrouwen geven

Cliënt staat centraal

Hoofdtopic 5: Arrangeren

Beginvraag:

Wat heeft u nodig van de verpleegkundige om bewegen in de thuissituatie te continueren?

Doorvraagmogelijkheden:

- Wat heeft u nodig om ook thuis voldoende te bewegen?
- Wie kan u hierin ondersteunen?
- Wat zijn uw wensen om blijven te bewegen?
- Hoe zou het ziekenhuis u hierin kunnen ondersteunen?

Subtopics:

Voorlichting bij ontslag

Leefregels

Adviezen

Netwerk in de thuissituatie

Thuiszorg

Nazorg

Bijlage E. Deelstudie T topiclijst patiëntinterviews april 2022

Hoofdtopic 1. Achterhalen
Beginvraag:
Wat is er met door de verpleegkundige met u besproken om inzicht te krijgen in uw mobiliteit? (Wat ging goed, wat ging niet goed en waarom?)
Doorvraagmogelijkheden:
1. Heeft de verpleegkundige met u een anamnesegebesprek gehad? 2. Heeft de verpleegkundige bij het anamnesegebesprek vragen gesteld over uw bewegingspatroon? 3. Werde er bij de anamnese uitgevraagd hoe frequent u bewoog vooraf aan de opname? 4. Is er tijdens uw opname en of verblijf aandacht geweest om inzicht te krijgen over het belang van bewegen en problemen die u heeft met bewegen? 5. Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot bewegen gedurende uw opname en verblijf? 6. Hoe heeft de verpleegkundige aandacht besteed over hoe u invloed (eigen regie) kan uitoefenen op uw mobiliteit tijdens uw verblijf en bij ontslag?
Subtopics:
- Bewegingspatroon - Anamnesegebesprek - Rol verpleegkundige - Belang van mobiliseren - Verwachtingen zorgvrager - Ervaringen zorgvrager - Inzetten eigen regie

Hoofdtopic 2. Adviseren en afspraken maken
Beginvraag:
Wat is geadviseerd en met u afgesproken door de verpleegkundige tijdens uw verblijf en bij ontslag over bewegen?
Doorvraagmogelijkheden:
1. Welke adviezen zijn er met u besproken over bewegen tijdens uw verblijf in het ziekenhuis? 2. Heeft u ook informatie gekregen over het belang van bewegen en uw behandeling/operatie? • Door wie, wanneer, wat vond u van deze informatie, waarom? 3. Beweegt u ook zonder de zorg op de afdeling of alleen maar als de zorg aanwezig is? • Waarom wel/niet 4. Heeft de verpleegkundige u ook geïnformeerd over hoe u meer invloed kan uitoefenen op uw mobiliteit?

• Situatie benoemen hoe dit gedaan werd, wat vond u fijn, niet fijn, waarom? 5. Heeft u ook adviezen gekregen over bewegen bij uw ontslag? Welke en Waarom? 6. Zijn er heldere doelen met u afgesproken over bewegen tijdens u verblijf en bij ontslag? 7. Welke afspraken zijn dan gemaakt tijdens uw verblijf en bij ontslag? Was het voor U duidelijk?
Subtopics:
- Adviezen verblijf ziekenhuis - Adviezen bij ontslag - Gekregen informatie - Belang van bewegen - Inzetten eigen regie - Gezamenlijke besluitvorming --> afspraken en doelen stellen

Hoofdttopics 3. Assisteren en arrangeren
Beginvraag: Wat heeft de verpleegkundige gedaan tijdens uw verblijf en ontslag?
1. Hoe heeft de verpleegkundige u geholpen om meer inzicht en invloed te krijgen over uw mobiliteit? 2. Zijn er ook andere professionals die u geholpen hebben om meer invloed uit te oefenen? Welke? Wat hebben ze gedaan? 3. Wat heeft de verpleegkundige volgens u goed gedaan om u te stimuleren tot bewegen tijdens uw verblijf? 4. Wat zou de verpleegkundige volgens u nog meer kunnen doen om aan uw verwachtingen te kunnen voldoen? 5. Heeft u de mogelijk gehad om samen met de verpleegkundige beslissingen te nemen over uw mobiliteit? Voorbeeld situatie uitvragen! 6. Heeft u de mogelijkheid gehad om familie en naasten te betrekken om het bewegen te stimuleren? • Voorbeeld situatie uitvragen! Wat ging goed, waarom, wat zou anders kunnen, waarom en hoe? 7. Hoe gaat het thuis met bewegen na ontslag? Komen de adviezen die u gekregen heeft overeen met uw ervaring nu dat u thuis bent?

Bijlage F. Deelstudie T topiclijst participerende observaties + casusbesprekingen september - december 2022

Verpleegkunde	○ Ochtendienst ○ Middagdienst ○ Avonddienst			○ Plastische- en kaakchirurgie ○ Urologie en KNO	Leeftijd: Werkervaring: Opleiding:
Hoofdtopic	Observatievragen	ja	neen	Resultaten	Bespreken van de succesverhalen en ontwikkelkansen
Achterhalen	Dit betekent dat de verpleegkundige aan de patiënt (of zijn naasten) vraagt: • Wat de patiënt verwacht van het leven over mobiliseren in de (nabije) toekomst • Naar zijn eigen ervaringen met mobiliseren • Wat hij weet over mobiliseren • Hoe hij zijn emoties over mobiliseren met zijn omgeving kan delen • Naar aanwezige motivatie en discipline om mobiliseren in zijn leven in te passen • Hoeveel vertrouwen hij heeft in zijn eigen kunnen • Wat hij zelf kan en wil doen in het (zorg)proces • Welke kernwaarden zijn beleving van over mobiliseren beïnvloeden (bijvoorbeeld religie, cultuur, zelfstandigheid)				
Adviseren	Dit betekent dat de verpleegkundige: • Bij elk contact vraagt welke informatie de patiënt nodig heeft				

	• Toestemming vraagt aan de patiënt om informatie of advies te geven • De patiënt de informatie die zij heeft gegeven door de patiënt terug laat vertellen • De patiënt voorlichting en instructie geeft over mobiliseren passend bij de aandoening				
Afspreken	Dit betekent dat de verpleegkundige: • Met de patiënt zoekt naar eerdere positieve ervaringen met het bereiken van doelen • De patiënt prioriteiten laat stellen bij het opstellen van doelen • Samen met de patiënt een plan opstelt over hoe de patiënt aan de doelen gaat werken. • De doelen en afspraken vastlegt in het patiëntendossier • De patiënt helpt om een besluit samen met haar en/of de andere zorgverleners te nemen • Onzekerheid herkent bij de patiënt over het nemen van een besluit				
Assisteren	Dit betekent dat de verpleegkundige: • De patiënt uitnodigt om over het verlies van gezondheid en veranderingen in zijn leven te praten • Bespreekt met de patiënt aan wie hij gaat vertellen over de invloed van mobiliseren op de gezondheid				

	• Bij de patiënt zelfvertrouwen stimuleert zodat hij zijn aandoening in zijn leven kan inpassen • De patiënt aanmoedigt zoveel mogelijk dagelijkse taken zelf uit te voeren • Patiënten helpt om activiteiten te kiezen die hij goed aankan • Met de patiënt bespreekt van wie hij dagelijkse ondersteuning kan krijgen (familie, vrienden, netwerk) • Met de patiënt bespreekt hoe hij (in zijn dagelijks leven) aan de slag kan met behulp van zelfmanagementhulpmiddelen (bijvoorbeeld een dagboekje, crisiskaart) • De patiënt assisteert om zijn eigen gezondheid en lichamelijke reacties te monitoren • De naasten van de patiënt ondersteunt bij het toepassen van gezonde mobiliseren				
Arrangeren	Dit betekent dat de verpleegkundige: • De patiënt vraagt wat voor hem een goed moment en een goede manier voor een follow-up is • De patiënt doorverwijst naar de juiste hulpverlener / instantie, informatiebron die past bij de waarden van de patiënt				

	• Andere zorgverleners informeert en de zorg met hen afstemt • De patiënt op afstand begeleidt met behulp van ondersteunende hulpmiddelen zoals eHealth • De mogelijkheid biedt aan de patiënt om op een laagdrempelige manier tussendoor contact op te nemen • Zelf tussendoor contact opneemt met de patiënt om zijn gezondheid te bespreken en eventuele knelpunten op te lossen • Samen met de patiënt kijkt hoe de uitvoering van het individuele zorgplan verloopt				
--	--	--	--	--	--

Bijlage G. Deelstudie B topiclijst focusinterviews maart - april 2022

Hoofdtopic 1: symptoomgerichte- /stervensfase en kwaliteit van zorg
Beginvraag:
Wat houdt volgens u de symptoomgerichte fase in?
Wat houdt volgens u de stervensfase in?
Doorvraagmogelijkheden:
1. Wanneer bevindt een patiënt zich in de symptoomgerichte fase en hoe wordt dit herkend? Welke zorgvragers ziet u voornamelijk in deze fase op afdeling B? Welke richtlijn/meetinstrument wordt hiervoor gebruikt? 2. Wanneer bevindt een patiënt zich in de stervensfase volgens U en welke zorgvragers worden er voornamelijk in deze fase gezien op afdeling B? Hoe signaleert U dit? Welke symptomen ziet u en wordt hierbij een meetinstrument toegepast? 3. Wordt volgens u ook aandacht besteed aan kwaliteit van leven in de symptoomgerichte fase? Hoe wordt die kwaliteit geboden op de afdeling? Wat is kwaliteit van leven volgens u? wat is het belang hiervan? Waarom is dat zo? 4. Wordt volgens u ook aandacht besteed aan kwaliteit van sterven? Hoe wordt deze kwaliteit geboden op de afdeling? Wat is kwaliteit van sterven volgens U? Wat is het belang hiervan? Waarom is dat dan zo? 5. Wat zijn successen in de zorg in deze fasen van de palliatieve zorg? 6. Waar liggen nog ontwikkelmogelijkheden in deze fasen? Waarom zou het team zich hier verder in kunnen ontwikkelen volgens u? Hoe willen jullie dit als team bereiken?

Hoofdtopic 2: Naasten en behoeften
Beginvraag:
Wat is volgens u goede begeleiding aan naasten in de symptoomgerichte fase?
Wat is volgens u goede begeleiding van naasten in de stervensfase?
Doorvraagmogelijkheden:
1. Hoe worden de naasten van patiënten in de symptoomgerichte fase begeleid? Hoe worden de naasten betrokken en begeleid bij het stervensproces van hun dierbare? Hoe is de communicatie hierin tussen arts, verpleegkundige en naasten?

2. Hoe wordt er voorlichting verleend in de symptoomgerichte fase? Hoe wordt dit verleend in de stervensfase? Wanneer wordt deze voorlichting gegeven? Waarover krijgen zij voorlichting? Wie geeft deze voorlichting?
3. Wat voor emoties ziet u als verpleegkundigen bij naasten en de patiënt in de symptoomgerichte fase? Wat zien jullie in de stervensfase? Hoe gaat de verpleegkundige om met deze emoties? Wat wordt hiermee gedaan?
4. Wat is het belang van goede nazorg volgens U? Wordt dit ook toegepast op de afdeling? Welke interventies worden ingezet? Hoe wordt de nazorg geëvalueerd?
5. Waar liggen de wensen en behoeften van de naasten volgens u in de symptoomgerichte fase? Waar liggen deze wensen en behoeften in de stervensfase?
6. Wat zijn volgens u successen in het begeleiden van de naasten?
7. Wat kan hierin verbeterd worden?

Hoofdtopic 3: Zorgverlener en uitvoering zorg

Beginvraag:

Wat is volgens u de rol van de zorgverlener in de symptoomgerichte fase?

Wat is volgens U de rol van de zorgverlener in de stervensfase/nazorg van de palliatieve zorg?

Doorvraagmogelijkheden:

1. Hoe communiceren de arts en verpleegkundige met elkaar? Wat vinden jullie van elkaars functioneren? Wat gaat hierin goed en wat kan beter?
2. Heb je voldoende ruimte en tijd om door te brengen met de familie? Hoe ga je hiermee om? Hoe wordt de palliatieve zorgbehoefte gerealiseerd? Hoe worden de wensen en behoeften van de patiënt gerealiseerd in beide fasen?
3. Hoe wordt er gezorgd voor comfort voor de patiënt in de symptoomgerichte fase? En hoe gaat dit in de stervensfase?
4. Welke invloed heb je als verpleegkundige in het ziekenhuis op het palliatieve zorgproces? Hoe wordt de zorg rondom de symptoomgerichte fase gecoördineerd? Hoe wordt dit in de stervensfase gecoördineerd?

Bijlage H. Deelstudie B topicslijst interviews verpleegkundigen november 2022

Interview vragen verpleegkundigen afdeling B

- Weet u wat er wordt bedoeld met de stervensfase
 - In hoeverre kunt u deze stervensfase zelf inschatten
 - Hoe weet u of de zorgvrager zich in de stervensfase bevindt
 - Wat zijn uw intenties hierop
- Wat doet u om de kwaliteit van sterven te behouden
 - Waarom is kwaliteit belangrijk in de stervensfase
 - Wat zijn voorbeelden van care-gerichte zorg
 - Wat zou er volgens u nog meer gedaan kunnen worden om de kwaliteit te waarborgen
 - Welke meetinstrumenten zet u in om de kwaliteit van leven te garanderen
- Vindt u uzelf deskundig genoeg om een patiënt in de stervensfase zorg te bieden
 - Waarom wel/niet
 - Welke deskundigheid/vaardigheden betreft het
 - Wat zou u nodig hebben om uw deskundigheid/kennis te verbeteren
 - Wat is uw attitude ten aanzien van deskundigheid
- Wanneer wordt de familie betrokken
 - Waarom is het van belang van de familie betrokken te worden
 - Hoe wordt dit gedaan
 - Hoe wordt gecommuniceerd
- Hoe brengt u de wensen en behoeften in kaart
 - Wanneer doet u dit
 - Op welke wijze doet u dit
- Hoe biedt u nazorg aan de nabestaanden na het overlijden van de patiënt
 - Waarom wel/niet
 - Hoe gaat u om met de emoties van de nabestaanden
 - Vindt er een nazorggesprek plaats met de nabestaanden

Interview vragen TOPZ

- Wat kunt u, vanuit het TOPZ, betekenen voor de verpleegkundigen die zorg verlenen in de stervensfase
 - Wanneer kan de afdeling u raadplegen
 - Op welke dagen/momenten bent u hiervoor beschikbaar
 - Op welke wijze bent u bereikbaar
- Welke interventies adviseert u aan verpleegkundigen voor de kwaliteit van sterven bij de patiënt
 - Wanneer zet u deze interventies in voor verpleegkundigen
 - Hoe wordt dit geregeld op de afdeling
 - Wordt het proces gerapporteerd
 - Wordt hierbij geadviseerd om in overleg te gaan met de familie
- Hoe bevordert u de deskundigheid van verpleegkundigen op afdeling B
 - Welke werkwijze hanteert u
 - Hoe draagt u bij om verpleegkundigen te professionaliseren
 - Wat wordt er al gedaan
 - Wat zou u willen verbeteren
- Heeft u tips voor verpleegkundigen hoe zij de familie (beter) kunnen betrekken in de zorg bij de stervensfase
 - Wordt de uitkomst van een eventueel gesprek gerapporteerd of gecommuniceerd met de afdeling
- Heeft u tips voor de verpleegkundigen om de wensen en behoeften van de patiënt in kaart kunnen brengen
 - Welke tips
 - Waarom deze tips
 - Hoe wordt dit gecommuniceerd met de afdeling
- Wat kunt u voor verpleegkundigen betekenen als zij zorg verlenen in de nazorg fase
 - Vindt er een nazorggesprek plaats met de nabestaanden
 - Wanneer vindt dit plaats

Bijlage I. Deelstudie B topicslijst participerende observaties
november 2022

	• Individueel zorgplan: - Werd de verkregen informatie verwerkt in het zorgplan? - Werden de wensen en behoeften op multidimensionale wijze in het individueel zorgplan beschreven? • Informatieverstrekking: - Gaf de verpleegkundige informatie die paste bij de situatie van de patiënt? • Stappen in besluitvorming - De verpleegkundige gaat het gesprek aan met de patiënt - De verpleegkundige benoemt de voor- en nadelen van de behandelopties - De verpleegkundige brengt de wensen, verwachtingen en zorgen van de patiënt in kaart			Ontwikkelkansen
Wensen en behoeften	• Proactieve zorgplanning: - Werden er gesprekken over vooruitzichten (<u>advanced care planning</u>) gevoerd? • Evaluatie: - Werden wensen en behoeften tijdig geëvalueerd en meegenomen in de zorg?			Successen Ontwikkelkansen

