



Rechtenvrij overgenomen van Alexander Rath

Beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen

Praktijkadvies

Bachelor of Nursing, vierde jaar

Auteur: Willianne van den Brink

Praktijkinstelling: *geanonimiseerd*

Opdrachtgever: *geanonimiseerd*

Docent, postdoconderzoeker en praktijkbegeleider: Ria den Hertog

Beoordelaars: *geanonimiseerd*

Inleverdatum: 12 juni 2020

Voorwoord

Het verslag dat voor u ligt is een beroepsproduct behorend bij het afstudeertraject (opdracht onderzoek en innovatie) in de opleiding hbo-Verpleegkunde (hbo-V). Het onderwerp van dit onderzoek is aan de student toegewezen door de Projectenbank van de hogeschool. Aanvankelijk zou dit onderzoek plaatsvinden onder (regie)verpleegkundigen in ziekenhuizen, maar vanwege de Coronapandemie is gekozen om dit onderzoek uit te voeren onder laatstejaars studenten hbo-V. Als resultaat van dit onderzoek zijn adviezen gegeven aan de opleiding hbo-V en aan de afdeling onderwijskundige ondersteuning, zodat studenten hbo-V beter ondersteund kunnen worden bij het aanleren van het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen.

Na een intensieve periode van vijf maanden is inmiddels het moment aangebroken dat ik de laatste hand leg aan dit beroepsproduct. Ik kijk terug op een periode waarin ik veel geleerd heb op het gebied van onderzoek. Ik wil graag stilstaan bij de mensen die mij de afgelopen periode hebben gesteund en geholpen. Mijn onderzoek zou onmogelijk zijn geweest zonder de hulp en steun van postdoconderzoeker en docent R. den Hertog. Ik wil je hartelijk bedanken voor je toegankelijkheid en betrokkenheid, en meermalen ruimte maakte in je agenda voor begeleiding. Daarnaast wil ik mijn waardering uitspreken voor de eerlijke en opbouwende feedback, waardoor het verslag op een hoger niveau is gekomen. Ook wil ik mijn medestudentonderzoekers J. van de Heg en W. van Ginkel, met wie ik participeerde in dit onderzoek, bedanken. Hartelijk dank voor de vele momenten van overleg die we konden hebben! Ik heb de prettige samenwerking en onze kritische, maar positieve discussies gewaardeerd! We bleven elkaar motiveren en hebben daarnaast ook veel gelachen.

Willianne van den Brink, juni 2020

Samenvatting

Probleemomschrijving: Vanuit onderwijswetenschappelijk onderzoek van Den Hertog en Boshuizen (2020) blijkt dat een kwart van de hbo-V studenten van een Nederlandse hbo-V onvoldoende professionele kennis heeft om na diplomering op het gewenste niveau te functioneren. Het gebrek aan professionele kennis kan invloed hebben op het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen, dat deze toekomstige regieverpleegkundigen wel zouden moeten kunnen om de kwaliteit van verpleegkundige zorg en de patiëntveiligheid te bewaken. Het is onduidelijk op welke manier hbo-V studenten beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen en welke redenen zij hiervoor hebben.

Doelstelling: Medio juni 2020 is een advies gegeven aan een Nederlandse opleiding hbo-V over mogelijkheden tot ondersteuning van hbo-V studenten bij het aanleren van beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen.

Hoofdvraag: Welke redenen hebben vierdejaars hbo-V studenten om af te wijken van richtlijnen en protocollen en op welke manier doen zij dit?

Methode: Literatuur- en kwalitatief praktijkonderzoek zijn uitgevoerd. In het literatuuronderzoek is onderzocht wat bekend is over het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen door verpleegkundigen. In het praktijkonderzoek werd aan de hand van een topiclijst onderzocht welke redenen vierdejaars hbo-V studenten hebben om af te wijken van richtlijnen en protocollen en op welke manier zij dit doen. Data-analyse vond plaats aan de hand van een codelijst.

Resultaten: Uit de literatuur blijkt dat gebalanceerd moet worden tussen de verschillende componenten van Evidence Based Practice om de kwaliteit van zorg te verhogen, waardoor soms van het protocol afgeweken dient te worden. In het praktijkonderzoek geven participanten diverse redenen om af te wijken van richtlijnen en protocollen door de inzet van competenties als klinisch redeneren en Shared Decision Making: redenen gebaseerd op de patiënt, professionele keuzes en overige factoren. Participanten leerden het afwijken van richtlijnen en protocollen voornamelijk van voorbeeldfiguren in de praktijk. Participanten geven aan nog niet voldoende over deze competenties, waar het inzetten van professionele kennis een belangrijk onderdeel van is, te beschikken.

Conclusie: Participanten geven aan voornamelijk af te wijken op basis van de patiënt en professionele keuzes. Echter hebben zij voor de besluitvorming professionele kennis nodig, waaraan zij een gebrek ervaren. Hierdoor voelen zij zich nog niet voldoende bekwaam om na diplomering af te wijken van richtlijnen en protocollen, wat een risico vormt voor de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

Advies: Studenten kunnen ondersteund worden in het leren beredeneerd af te wijken van richtlijnen en protocollen door te investeren in de ontwikkeling van professionele kennis door middel van reflectie op rolmodellen en ervaringsverhalen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Hoofdstuk 1 - Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Probleemstelling.....	6
1.3 Doelstelling.....	6
1.4 Hoofvraag en deelvragen.....	6
Hoofdstuk 2 - Methode	8
2.1 Literatuuronderzoek	8
2.2 Praktijkonderzoek.....	8
2.2.1 Populatie en steekproef.....	8
2.2.2 Dataverzamelmethode	8
2.2.3 Data-analyse	9
2.3 Kwaliteit van onderzoek	9
Hoofdstuk 3 - Resultaten	12
3.1 Resultaten literatuuronderzoek.....	12
3.1.1 Evidence-Based Practice (EBP).....	12
3.1.2 Verpleegkundige competenties	14
3.2 Resultaten praktijkonderzoek	15
3.2.1 (Leren) protocollair werken	16
3.2.2 Reflecteren protocollair werken	17
3.2.3 Bewust afwijken van protocollen.....	18
3.2.4 Leren afwijken	20
Hoofdstuk 4 – Discussie en conclusie	23
4.1 Discussie	23
4.2 Conclusie.....	24

Hoofdstuk 5 - Oplossingsmogelijkheden	26
Oplossingsmogelijkheid 1: Ontwikkeling van professionele kennis	26
Oplossingsmogelijkheid 2: Reflectie op rolmodellen	27
Oplossingsmogelijkheid 3: Reflecteren op ervaringsverhalen	28
Oplossingsmogelijkheid 4: Investeren in praktijkbegeleiders	28
Hoofdstuk 6 – Advies	29
6.1 Korte termijn activiteiten	29
6.2 Middellange termijn activiteiten.....	30
6.3 Lange termijn activiteiten	30
Literatuurlijst	31
Bijlage A – Overzicht onderzoek	36
Bijlage B – PICO.....	37
Bijlage C – Informed Consent	38
Bijlage D – Overzicht resultaten literatuuronderzoek.....	41
Bijlage E – Topiclijst	45
Bijlage F - Codelijst.....	48
Bijlage G – Demografische gegevens	50
Bijlage H – Mail herhaalde oproep	51
Bijlage I – Stakeholderanalyse	52

Hoofstuk 1 - Inleiding

1.1 Aanleiding

Internationaal gezien stijgt de complexiteit van zorg (Institute of Medicine, 2010a). Om hierop te anticiperen wordt door het Institute of Medicine (2010b) aanbevolen om in ziekenhuizen tachtig procent verpleegkundigen met een diploma Bachelor of Nursing in dienst te hebben. Deze verpleegkundigen worden specifiek opgeleid om te handelen in complexe situaties, waarbij het regelmatig noodzakelijk is om beredeneerd af te wijken van richtlijnen en protocollen (Lambregts, Grotendorst, & Van Merwijk, 2015). Bij het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen wordt verpleegkundig leiderschap getoond (Lambregts et al., 2015). Verpleegkundig leiderschap uit zich niet enkel in taakvoltooiing maar ook in vooruit denken, proactief handelen en een reflectieve houding (Cummings et al., 2010). Verpleegkundig leiderschap heeft een positief effect op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, wat zich uit in hogere patiënttevredenheid en lagere mortaliteit en minder medicatiefouten (Wong, Cummings, & Ducharme, 2013). Overige factoren met een positief effect op de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid zijn eenduidig en helder communiceren tussen zorgprofessionals en een prettige werkomgeving (Cummings, Midodzi, Wong, & Estabrooks, 2010).

Om de maatschappelijke en individuele belangen van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in Nederland (Nursing, 2017) te verhogen is het Beroepsprofiel regieverpleegkundige (Bachelor of Nursing-diploma) geschreven (Schuurmans, Lambregts, Projectgroep V&V 2020, & Grotendorst, 2012). Omdat voorstellen voor een wettelijke regeling voor het onderscheid tussen middelbaar en hoger beroepsonderwijs voor verpleegkundigen niet vorderden, besloot de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) om een eigen document te ontwikkelen waarin de functiedifferentiatie beschreven wordt (NVZ, 2017). Op 20 april 2017 voerde de NVZ de functiedifferentiatie tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen in binnen het functiehuis.

De opleiding hbo-Verpleegkunde (hbo-V) is specifiek gericht op het verlenen van complexe zorg, waarbij het belang van klinisch redeneren centraal staat (Lambregts et al., 2015). Studenten worden opgeleid om als hbo-verpleegkundige te functioneren, waarin zij de werkzaamheden uitvoeren op basis van vastgestelde richtlijnen en protocollen. Hiervan mag afgeweken worden als dit onderbouwd is op basis van klinisch redeneren en analytisch vermogen (NVZ, 2017).

Klinisch redeneren wordt, in combinatie met een zorgvuldige beoordeling van de patiëntsituatie, gebruikt in de toepassing van Evidence-Based Practice (EBP) (Munten, Verhoef, & Kuiper, 2016). EBP bestaat uit de componenten van het huidige beste bewijsmateriaal, professionele kennis en waarde(n) en voorkeur van de patiënt. De wijze besluitvorming in het vinden van een balans tussen de drie componenten is van belang om tot goede zorg te komen en daarmee de kwaliteit van zorg te verhogen (Munten et al., 2016). Goede zorg wordt namelijk door verpleegkundigen en

patiënten gezien als zorg die afgestemd is op de patiënt (Den Hertog & Niessen, 2019). Het nemen van wijze besluiten vergt volgens Benner (1984) en Sellman (2012) praktische wijsheid, ook wel *phronèsis* genoemd. Deze begrippen worden in de gezondheidszorg als synoniemen gebruikt (Jenkins, Kinsella, & DeLuca, 2018). Om tot goede zorg te komen moet de verpleegkundige zo nodig met lef kunnen afwijken van richtlijnen en protocollen (De Vries, 2017; Van den Muijsenbergh, 2018).

De aanleiding van deze opdracht is onderwijswetenschappelijk onderzoek van Den Hertog en Boshuizen (2020). In dit onderzoek werden competenties van vierdejaars hbo-V studenten onderzocht om professionele kennis toe te passen in het nemen van wijze besluiten. Uit dit onderzoek is gebleken dat een kwart van de hbo-V studenten onvoldoende beschikt over professionele kennis om op het gewenste niveau te functioneren na de opleiding. De opdrachtgever, *geanonimiseerd*, is geïnteresseerd om te achterhalen op welke wijze de studenten ondersteund kunnen worden om de vaardigheid van wijze besluitvorming - het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen - te ontwikkelen en het tekort aan inzet van professionele kennis weg te werken. Daarnaast hopen onderzoekers informatie te verkrijgen waarmee hbo-V studenten (beter) ondersteund kunnen worden bij het leren van beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen.

Dit onderwerp wordt ook onderzocht door twee mede-studentonderzoekers. Het onderwerp is onderdeel van het postdoc onderzoek van R. den Hertog over de vaardigheid van wijze besluitvorming en de inzet van bronnen van inspiratie in de professionele besluitvorming van (regie)verpleegkundigen (zie Bijlage A).

1.2 Probleemstelling

Het is onbekend bij *geanonimiseerd* op welke manier hbo-V studenten beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen en welke redenen zij hiervoor hebben.

1.3 Doelstelling

Medio juni 2020 wordt een advies gegeven aan *geanonimiseerd* over mogelijkheden tot ondersteuning van hbo-V studenten bij het aanleren van beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen.

1.4 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag: Welke redenen hebben vierdejaars hbo-V studenten om af te wijken van richtlijnen en protocollen en op welke manier doen zij dit?

Deelvragen:

1. Wat is in de literatuur bekend over het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen door verpleegkundigen?

2. Welke redenen hebben vierdejaars hbo-V studenten van *geanonimiseerd* om af te wijken van richtlijnen en protocollen?
3. Welke werkwijze hebben vierdejaars hbo-V studenten van *geanonimiseerd* bij het afwijken van richtlijnen en protocollen?

Hoofdstuk 2 - Methode

De hoofdvraag is beantwoord door het uitvoeren van literatuur- en praktijkonderzoek. Het design van het praktijkonderzoek is kwalitatief, omdat het gaat om het verkennen van het perspectief van de participanten (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, & Dekker-van Doorn, 2019). In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens het literatuuronderzoek, het praktijkonderzoek en de kwaliteitseisen beschreven.

2.1 Literatuuronderzoek

De eerste deelvraag is beantwoord op basis van literatuuronderzoek. Hierbij is met gebruik van de Big6-methode uit Verhoeven (2016) informatie gezocht in de databanken Narcis, Academic Search, Pubmed, Springer Link en Google Scholar. Er is gezocht met behulp van een PICO (zie Bijlage B) met gebruik van onder andere de volgende MeSH termen en vrije zoekwoorden: nurses, guideline adherence, Evidence-Based Practice, shared decision making, quality of health care, phronesis (practical wisdom). Om de kwaliteit van de literatuur te bepalen is het level of evidence van de bronnen bepaald op basis van de indeling van Munten et al. (2016) (zie Bijlage D).

2.2 Praktijkonderzoek

De tweede en derde deelvraag zijn beantwoord door middel van praktijkonderzoek onder vierdejaars hbo-V studenten. Dit praktijkonderzoek is een gezamenlijk project van drie studentonderzoekers en een postdoconderzoeker. Op basis van volgorde in aanmelding kreeg ieder een aantal participanten toebedeeld.

2.2.1 Populatie en steekproef

De onderzoekspopulatie bestaat uit studenten die in studiejaar 2019/2020 in het vierde jaar van de opleiding hbo-V zitten. Vanwege de specifieke selectie van de onderzoekspopulatie zijn inclusie- en exclusiecriteria overbodig. De populatie (N=95) is benaderd per mail. Op basis van respons en beschikbaarheid is een aselechte steekproef gemaakt van de respondenten. Het maximumaantal participanten per studentonderzoeker is gesteld op acht, omdat het vanwege het tijdsbestek niet mogelijk is om de gehele populatie te interviewen. Hbo-V studenten die vanwege de Coronapandemie moesten stoppen met hun eigen praktijkonderzoek, werden uitgenodigd om als participant deel te nemen in dit onderzoek, inclusief een aansluitende vervangende opdracht.

2.2.2 Dataverzamelmethode

Voorafgaand aan de interviews zijn de demografische gegevens zoals voorgaande studies en soorten stages uitgevraagd. De interviews hebben dertig tot veertig minuten geduurd en zijn uitgevoerd op semigestructureerde basis (Verhoeven, 2016), waarbij gebruik is gemaakt van een topiclijst met subtopics (zie Bijlage E). Hierdoor lagen de belangrijkste onderwerpen vast en was ruimte om door te vragen (Baarda & Bakker, 2018), waardoor een zo breed mogelijk beeld over ervaringen, beleving,

betekenis, kennis en vaardigheden en attitudes en opinies is verkregen (Verhoef et al., 2019). De topiclijst is gebaseerd op literatuuronderzoek (Verhoef et al., 2019). Het stellen van vragen op basis van de onderwerpen van de topiclijst gebeurde deels door het gebruik van de case narrative methode, waarbij werd gevraagd naar casuïstiek als bron van praktijkervaring (Ellis & Bochner, 2000). De individuele interviews werden opgenomen met een audiorecorder. Hiervoor werd voorafgaand aan de interviews door middel van een Informed Consent (zie Bijlage C) toestemming gevraagd aan de respondenten. Vanwege de Coronapandemie is in overeenstemming met de landelijke richtlijnen (RIVM, 2020) besloten om de interviews af te nemen via beeldbellen.

2.2.3 Data-analyse

De audio-opnames van de interviews zijn verbatim uitgeschreven. Vervolgens zijn de resultaten geanalyseerd door middel van handmatig coderen door de studentonderzoeker en de postdoconderzoeker. Het coderen is gebeurd door relevante tekstfragmenten te herkennen, samen te voegen tot categorieën en vervolgens te zoeken naar concepten waaronder deze samengevat kunnen worden, volgens het stappenplan van Baarda, De Goede, en Teunissen (2009).

Op basis van de resultaten van een aantal interviews is een codelijst gemaakt door de studentonderzoekers en de postdoconderzoeker, welke vervolgens samengevoegd is tot één codelijst (zie Bijlage F). De eerdergenoemde studenten die vanwege de Coronapandemie met het onderzoek meedoen als vervangende opdracht, krijgen beschikking over deze codelijst. Deze codelijst is ook gebruikt door de studentonderzoekers.

2.3 Kwaliteit van onderzoek

De kwaliteit van onderzoek wordt bepaald aan de hand van drie begrippen: betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid (Verhoef et al., 2019).

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid te kunnen testen moet het onderzoek herhaalbaar zijn, wat is gegarandeerd door een nauwkeurige beschrijving van de procedure van het praktijkonderzoek, de doelgroep, de manier van selectie van de doelgroep en het analyseproces. Daarnaast is de betrouwbaarheid vergroot door de resultaten te vergelijken met de mede-studentonderzoekers die hetzelfde onderzoek uitvoeren onder andere respondenten en regelmatig met hen te overleggen. Ook is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid toegepast doordat de postdoconderzoeker en de student-participanten mee-coderen (Verhoef et al., 2019).

De betrouwbaarheid van het uitschrijven en coderen van de eigen interviews door de studenten in de alternatieve opdracht is gewaarborgd door hen hiervoor instructies te geven die door de examinatoren waren opgesteld. Ter controle van de uitwerking zijn steekproefsgewijs verslagen

gecontroleerd. Daarnaast zijn de toegekende codes van studenten vergeleken met de toegekende codes door student-onderzoeker en waar nodig aangepast.

Validiteit

De interne validiteit is vergroot door intersubjectiviteit toe te passen door actief te luisteren en extra door te vragen gedurende het interview met de respondent. Ook zijn de mede-studentonderzoekers en de postdoconderzoeker als experts betrokken bij het gehele onderzoek (Verhoef et al., 2019). Gedurende de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst met subtopics (zie Bijlage E), welke opgesteld is op basis van literatuur, waardoor bij ieder interview ongeveer dezelfde items aan de orde gekomen zijn (Verhoef et al., 2019). Door deze topiclijst en daarnaast de codelijst (zie Bijlage F) gezamenlijk op te stellen is de interobjectiviteit bevorderd (Baarda et al., 2018). De externe validiteit in dit onderzoek is beperkt omdat het een kleine groep vierdejaars hbo-V studenten van één opleidingsinstituut betreft, waardoor de resultaten niet te generaliseren zijn (Verhoef et al., 2019). Echter zijn de resultaten van dit onderzoek bruikbaar en waardevol voor het Kenniscentrum van Bezieling en Professionaliteit en het postdoconderzoek, en kunnen de resultaten als inspiratiebron voor derden worden gebruikt.

Bruikbaarheid

De bruikbaarheid van de data is geoptimaliseerd door te werken met de voorgenoemde topiclijst, hoofd- en deelvragen en door regelmatig overleg met de postdoconderzoeker en medestudentonderzoekers. Verder zijn de efficiëntie en uitvoerbaarheid van het onderzoek bevorderd door het schrijven van een Plan van Aanpak, dat goedgekeurd is door de postdoconderzoeker en de beoordelaars.

Ethische aspecten

De vijf principes uit de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit (KNAW et al., 2018) zijn toegepast gedurende de interviews, in het verwerken van de resultaten en in de gesprekken met de postdoconderzoeker. Deze vijf principes zijn eerlijkheid, zorgvuldigheid, transparantie, onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid.

De principes eerlijkheid en transparantie zijn tot uiting gekomen in het gebruik van de APA-richtlijnen, het respecteren van privacy, het vragen van toestemming door middel van een Informed Consent en het werken in een Teams-omgeving zodat de postdoconderzoeker en haar supervisor de bestanden in kunnen zien. In het literatuuronderzoek is volgens de APA-richtlijnen verwezen naar de gebruikte bronnen, zodat men kan herleiden wie de rechtmatige eigenaar is van deze informatie.

Gedurende het praktijkonderzoek is de privacy van de betrokkenen gerespecteerd door de verkregen informatie vertrouwelijk te behandelen door deze geanonimiseerd te verwerken. Daarnaast wordt deze informatie uitsluitend voor onderzoeksdoeleinden gebruikt en niet verstrekt aan derden. Omdat dit onderzoek een onderdeel van een officieel onderzoek is, hebben de respondenten ingestemd met het Informed Consent, welke aangeleverd is door de postdoconderzoeker (zie Bijlage C). Hiermee hebben de respondenten verklaard dat zij vrijwillig meedoen aan het onderzoek, toestemming geven voor het opnemen van het interview met audiorecorder en tot juni 2020 de gelegenheid hebben om zich terug te trekken uit het onderzoek.

Het principe van zorgvuldigheid is gebleken in de instructies over het verbatim uitwerken en het coderen die gegeven zijn aan de respondenten. Door gebruik te maken van een eenduidige methode wordt een uniforme werkwijze gegarandeerd. De keuzes in methode, beoordeling van data, weging van alternatieve verklaringen en beoordeling van onderzoek zijn gemaakt op basis van onafhankelijke literatuur, geschreven door deskundigen. Hiermee wordt het principe van onafhankelijkheid gegarandeerd. Het principe van verantwoordelijkheid is in de praktijk gebracht door een logboek bij te houden waar de postdoconderzoeker inzage voor kan aanvragen bij de studentonderzoeker. Hiernaast is regelmatig overlegd met de postdoconderzoeker om te garanderen dat dit onderzoek bij haar onderzoek aansluit.

Hoofdstuk 3 - Resultaten

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat is welke redenen vierdejaars hbo-V studenten hebben om af te wijken van richtlijnen en protocollen en op welke manier zij dit doen. Deze hoofdvraag is verdeeld in deelvragen. De eerste deelvraag is beantwoord middels literatuuronderzoek. De tweede en derde deelvraag zijn beantwoord door het doen van praktijkonderzoek.

3.1 Resultaten literatuuronderzoek

In deze paragraaf wordt de deelvraag beantwoord wat in de literatuur bekend is over het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen door hbo-verpleegkundigen. In het eerste gedeelte is uitgewerkt waar het werken met richtlijnen en protocollen vandaan komt, de Evidence-Based Practice (EBP), en is de toepassing van de drie EBP-componenten uitgewerkt. Vervolgens zijn benodigde verpleegkundige competenties uiteengezet om waar gewenst van richtlijnen en protocollen af te kunnen wijken. Afsluitend zijn aanbevelingen opgenomen voor het ontwikkelen van deze competenties. In Bijlage D zijn de zoekstrategieën en resultaten van deze literatuurstudie verantwoord.

3.1.1 Evidence-Based Practice (EBP)

EBP is het paradigma waarmee in de huidige gezondheidszorg gewerkt wordt (Den Hertog-Voortman, 2015). Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg, en Haynes (2000) geven de primaire definitie van Evidence-Based Medicine (EBM), welke ook gebruikt mag worden voor EBP (Munten et al., 2016):

Het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beschikbare beste bewijsmateriaal, met als doel om beslissingen te nemen over de zorg van individuele patiënten. Het praktiseren van EBM houdt in dat individuele professionele kennis en bewijsmateriaal geïntegreerd moeten worden.

EBP bestaat volgens Munten et al. (2016) uit het in acht nemen van de volgende drie componenten in de professionele besluitvorming: huidige beste bewijsmateriaal, professionele kennis en waarde(n) en voorkeur van de patiënt.

Om de eerste component van het huidige beschikbare beste bewijsmateriaal op basis van wetenschappelijke kennis en/of klinische ervaring zo goed mogelijk te gebruiken, wordt dit toepasbaar gemaakt in richtlijnen en protocollen. Richtlijnen en protocollen zijn bedoeld om de kwaliteit van zorg te bevorderen en standaardisering draagt bij aan uniforme en transparante praktijkvoering (Munten et al., 2016). Zorgorganisaties in Nederland maken veelvuldig gebruik van landelijke databanken met richtlijnen en protocollen welke ontwikkeld worden door onderzoeksteams van kennisorganisaties

zoals Vilans. Hierbij wordt van de zorgorganisaties verwacht dat zij op basis van deze landelijke standaarden hun eigen protocollen ontwikkelen zodat deze aansluiten bij de organisatie (Michels, 2015). In het dagelijks werken met richtlijnen en protocollen is het van belang dat het geen sterk voorschrijvend document is, maar instructie geeft en aanzet tot nadenken (Moons, 2017). Volgens Smulders, Levi, Stehouwer, Kramer, & Thijs (2015) heeft bewijsmateriaal dat vertaald is in richtlijnen en protocollen een kwaliteit verhogend effect bij een 'gemiddeld beleid' voor een 'gemiddelde patiënt'. Vermeden moet worden dat richtlijnen en protocollen als norm voor 'individueel beleid' gaan gelden.

Ondanks deze kritische noot worden richtlijnen en protocollen in de praktijk steeds belangrijker. Volgens Brand (2012) worden richtlijnen en protocollen in de praktijk gebruikt voor het bepalen van vergoedingen door zorgverzekeraars en is in die praktijk weinig aandacht voor beperkingen die in de praktijk kunnen optreden door het volgen van richtlijnen en protocollen. Voorbeelden van beperkingen zijn dat de inhoud van richtlijnen en protocollen niet-kloppend kan zijn in geval van comorbiditeit (Francke, Smit, De Veer, & Mistiaen, 2008) en dat het onderzoek waarop de aanbeveling gebaseerd is niet bij deze doelgroep aansluit door afwijkende inclusiecriteria (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, & Grimshaw, 1999).

In de zorgverlening is het belangrijk om persoonsgerichte zorg te geven, waardoor soms afgeweken moet worden van richtlijnen en protocollen. Bij afwijken dient goed gedocumenteerd en onderbouwd te worden waarom in een concreet geval wordt afgeweken (De Vries, 2017). Volgens Bekkema, De Veer en Francke (2011) is het van belang dat afwijken van richtlijnen en protocollen vanzelfsprekend en veilig besproken kan worden. Een meldcultuur is een factor die hierbij stimulerend werkt. Helpend om inzicht te krijgen in het afwijken van richtlijnen en protocollen is de functie voor verpleegkundigen om bij het afwijken een 'verbetersuggestie' aan te kunnen geven (Bekkema et al., 2011).

In de tweede component van EBP, professionele kennis, wordt de individuele kennis en ervaring van de verpleegkundige geïntegreerd. Munten et al. (2016) leggen professionele kennis uit als ontstaan in de (beroeps)opleiding en de -vaak jarenlange- praktijkervaring van beroepsbeoefenaars. Daarnaast wordt professionele kennis beïnvloed door vaardigheden in gedrag en communicatie. Een gedeelte van de professionele kennis staat beschreven in praktijktheorieën, maar is wetenschappelijk nog niet (voldoende) getoetst waardoor de betrouwbaarheid onbekend is. Dit leidt ertoe dat een groot deel van deze kennis impliciet blijft en daardoor bijdraagt aan de individuele beroepsbeoefenaar maar niet aan de gezamenlijke kennis van de professie. Professioneel (of klinisch) redeneren draagt bij aan de toepassing van EBP in de praktijk door zorgvuldige en ervaren beoordeling en toepassing van het bewijsmateriaal in relatie tot de waarde(n) en voorkeur van de patiënt (Munten et al., 2016).

De derde component van EBP, waarde(n) en voorkeur van de patiënt, komt het beste tot zijn recht als de patiëntparticipatie positief gewaardeerd wordt (Den Hertog & Niessen, 2019). De basis voor het meenemen van de waarde(n) en voorkeur van de patiënt ligt in de effectieve communicatie tussen professional en patiënt, waardoor patiëntgerichte zorg kan worden geleverd (Den Hertog & Niessen, 2019; Van der Weijden, Beurskens, Bours, & Friesen-Storms, 2015). Hierbij kan de methodiek van Shared Decision Making (SDM) worden toegepast. In SDM worden bewijzen uit onderzoek, professionele kennis van de zorgverlener en de patiëntvoorkeuren gedeeld, waardoor gezamenlijk een besluit kan worden genomen (Friesen-Storms, Bours, Beurskens en Van der Weijden, 2014).

3.1.2 Verpleegkundige competenties

Het toepassen van EBP in de professionele praktijk vergt kennis en een positieve houding van betrokkenen (Alqahtani, Oh, Kitsantas, & Rodan, 2019). Competenties van de verpleegkundige op basis van de CanMEDS-rollen (Lambregts et al., 2015) en zelfverzekerdheid zijn factoren die bijdragen aan goede besluitvorming in het vinden van de balans tussen de componenten van EBP (Hagbaghery, Salsali, & Ahmadi, 2004). De belangrijkste competentie in de CanMEDS-rol zorgverlener is het klinisch redeneren op basis van EBP (Lambregts et al., 2015). De basis voor het verschil tussen verpleegkundigen in toepassing van professionele kennis in klinisch redeneren is het verwerven van de competenties gedurende de opleiding. De professionele kennis wordt verder uitgebreid door klinische ervaring (Benner, 1982; Benner, 1984; Francke, Smit, De Veer, & Mistiaen, 2008). Klinische ervaring en professionele kennis kunnen groeien door aanvullend onderwijs en mentorprogramma's over de toepassing van EBP te bieden (Alqahtani et al., 2019).

Munten et al. (2016) geeft aan dat besluitvorming bemoeilijkt kan worden door complexiteit in de verschillende componenten van EBP, zoals wanneer waarden in het geding zijn. In deze situaties is de aanwezigheid van praktische wijsheid bij verpleegkundigen een uitkomst omdat, naast analytische vaardigheden, ook een beroep wordt gedaan op emotionele en intuïtieve vaardigheden (Munten et al., 2016). De besluitvorming kan daarnaast bemoeilijkt worden door omgevingsfactoren. Voorbeelden hiervan zijn financiële restricties, zakenmodellen en competitieve omstandigheden (Küpers & Pauleen, 2013; Sellman, 2012). Dit komt onder andere doordat de omgeving richtlijnen en protocollen gebruikt op een manier waarvoor deze niet bedoeld zijn (Brand, 2012). Dit kan ertoe leiden dat verpleegkundigen niet de zorg kunnen verlenen die zij willen, wat zich uit in een moreel dilemma (Jenkins et al., 2018; Küpers & Pauleen, 2013; Sellman, 2012). In complexe situaties waarin morele dilemma's ontstaan doordat waarden in het geding zijn, is praktische wijsheid oftewel phronèsis een uitkomst, de vaardigheid van wijze besluitvorming die verpleegkundigen toepassen in de natuurlijke, intuïtieve reactie bij klinische vraagstukken (Den Hertog-Voortman, 2015; Ko, Tseng, Chin, & Hsu,

2020). Phronèsis is een begrip van de Griekse filosoof en wetenschapper Aristoteles, dat onlosmakelijk verbonden is met de begrippen 'inzicht' en 'bedachtzaamheid' (Aristotle, 2011).

Volgens Benner (1984) kan praktische wijsheid, weten wat goed is in een situatie en hiernaar handelen, ontwikkeld worden. De expertverpleegkundige beschikt over deze vaardigheid van wijze besluitvorming en neemt dit mee in haar intuïtieve reacties in de beroepspraktijk. Het is een onderdeel geworden van haar professionele kennis als verpleegkundige. Benner (1984) stelt wel dat niet elke verpleegkundige het expertniveau van ontwikkeling van praktische wijsheid daadwerkelijk bereikt. De ontwikkeling kan plaatsvinden door hiernaar te streven, waarmee in de opleiding gestart kan worden door de studenten moreel sensitief te maken voor het ontwikkelen van praktische wijsheid in de praktijk (Benner, 1984). Den Hertog en Boshuizen (2020) concluderen in hun onderzoek onder studenten van een opleiding hbo-V dat een kwart van de studenten bij afstuderen niet voldoet aan de eisen aan professionele kennis. Volgens McKie et al. (2012) zijn er een aantal oorzaken voor het niet voldoende ontwikkelen van praktische wijsheid gedurende de opleiding: verdeling in modules waardoor fragmentering ontstaat, verdeling tussen academische en praktijkgerichte invalshoeken en de kloof tussen theorie en praktijk. Om praktische wijsheid te ontwikkelen zouden studenten meer moeten reflecteren op rolmodellen in de praktijkstages door samen te werken met en te luisteren naar verhalen van ervaren en 'wijze' professionals, waarbij deze fungeren als rolmodellen (Paton & Kotzee, 2019; Underwood, 2016). Ook andere auteurs benadrukken dat ervaren verpleegkundigen door het vertellen van 'natuurlijke beslissingen' hun impliciete professionele kennis goed kunnen overdragen aan minder ervaren collega's (Nibbelink & Brewer, 2018) waardoor intuïtieve kennis ontwikkeld wordt (Stubbings, Chaboyer, & McMurray, 2012). Het effect van deze overdracht kan worden bevorderd door het leren in interprofessionele groepen (Stubbings et al., 2012).

3.2 Resultaten praktijkonderzoek

In dit praktijkonderzoek stonden de deelvragen 2 en 3 centraal. Deelvraag 2 is: 'Welke redenen hebben vierdejaars hbo-V studenten van *geanonimiseerd* om af te wijken van richtlijnen en protocollen?'. Deelvraag 3 is: 'Welke werkwijze hebben vierdejaars hbo-V studenten van *geanonimiseerd* bij het afwijken van richtlijnen en protocollen?'. In dit deelonderzoek participeerden zes vierdejaars hbo-V studenten. Het beoogde aantal participanten van acht participanten werd niet behaald, ondanks de herhaalde oproep via e-mail. De participanten volgden de opleiding hbo-V en waren laatstejaars studenten. Allen waren 20 of 21 jaar en hadden een havodiploma. Zij liepen op diverse afdelingen stage, zie Bijlage G. Aan de hand van de vastgestelde thema's in de data is een codelijst opgesteld (zie Bijlage F) en worden de resultaten weergegeven: Leren protocollair werken, reflecteren protocollair werken, bewust afwijken van protocollen en leren afwijken. Protocol/protocollair moet in dit hoofdstuk worden opgevat als richtlijn en/of protocol.

3.2.1 (Leren) protocollair werken

Volgens de participanten startte het protocollair werken tijdens de vaardigheidslessen op de hogeschool. Tijdens deze lessen werd het protocollair werken volgens WB5 “erin geprint”, wat volgens WB6 juist goed was omdat dit de basis is. WB5 vertelde dat zij in de allereerste stage vooral de basis van collega’s leerde, doordat zijzelf nog weinig kennis had. Tijdens deze stage merkte zij op dat het handelen volgens protocollen, waar tijdens de vaardigheidslessen nadruk op werd gelegd, minimaal tot uiting kwam in haar stagepraktijk waardoor zij zich onzeker voelde (WB5).

WB4 vertelde dat zij aan een begin van een stage meeliep met een collega-verpleegkundige, waarbij zij precies volgde wat deze collega deed. Naarmate de stage vorderde, namen de participanten de gebruikelijke werkwijze van het team aan. Deze bestond uit het inlezen van patiëntrapportages aan het begin van de werkdag waar zij bij het ziektebeeld of de behandeling het bijbehorende protocol opzochten. Bij alle participanten kwam naar voren dat zij relevante onderdelen uit het protocol noteerden op een werkbriefje. Bij veelvuldig gebruik van dezelfde protocollen zochten de participanten deze protocollen niet meer op, omdat zij deze uit hun hoofd kenden. Echter werd hierbij wel door begeleiders geleerd dat het protocol altijd kan veranderen, dus dat regelmatig gecontroleerd dient te worden of alles nog gelijk is gebleven (WB4; WB5). Als een patiënt later op de werkdag op de afdeling werd opgenomen, zoals vanwege spoedeisende hulp of na een operatie, werd voorafgaand aan de opname het protocol opgezocht en doorgelezen. Door dit vooraf te doen, konden de participanten uitleg geven aan de patiënt over de procedure (WB1).

Naast protocollen over procedures en operaties waren protocollen over verpleegtechnische handelingen beschikbaar, welke door de respondenten voorafgaand aan de handeling werden opgezocht en doorgelezen. Als de werkwijze lastig te onthouden was, werd het protocol geprint en gebruikt als naslagwerk gedurende de uitvoering van de handeling (WB2; WB5). Ook wanneer iets veranderde in de situatie van de patiënt werd het protocol door WB3 gebruikt als naslagwerk. Dit is “met de paplepel ingegoten” (WB3) en “echt, echt ingeprint” (WB5) door begeleiders van de afdeling, waarbij het protocol diende als “gouden standaard op de afdeling” (WB3).

Toch hebben begeleiders op de afdelingen ook aan de participanten geleerd dat enkel het protocol volgen niet voldoende is, maar dat het protocol ook begrepen dient te worden: “Bedenk wat je aan het doen bent en waarom je dat aan het doen bent” (WB3). Dit proces is de participanten gedurende de stages steeds meer eigen geworden, waardoor zij een kritische, klinische blik ontwikkeld hebben (WB2; WB5). Dit heeft geleid tot meer kennis en meer begrip waarom dingen op een bepaalde manier gebeuren (WB5).

3.2.2 Reflecteren protocollair werken

Tijdens de opleiding zijn de participanten het protocollair werken gaan waarderen en zijn zij het lastig gaan vinden als er geen protocollen zijn (WB5). Een positief effect van protocollair werken is het stijgende niveau van continuïteit van zorg doordat professionals op dezelfde manier werken waardoor een eenduidig beleid richting de patiënt ontstaat (WB2; WB5). Gedurende de stages geeft het protocol de participanten zelfstandigheid, doordat zij hierin zelf konden zoeken welke stappen ondernomen dienden te worden (WB1; WB3). WB3 geeft een reflectieve verduidelijking van de waarde van zelfstandigheid: "... en niet dat ik als een hondje weer aan mijn begeleider of aan de arts moest vragen". Daarnaast ervaren participanten het protocol als een houvast en leidraad doordat het handelen, gebaseerd op evidence, duidelijk beschreven staat (WB2; WB3; WB5).

Ondanks dat participanten het protocol als een kwaliteitsverbetering in de verpleegkundige zorg zagen, werd ook aangegeven dat het protocol soms niet passend is bij de patiënt doordat het gebaseerd is op een generalisatie (WB3; WB6). Daarover zegt WB6 het volgende:

Ja, ook daarin heb je een protocol over borstvoeding, over aanleggen, over wanneer een kindje moet drinken, over hoe veel moet krijgen, maar er zijn eigenlijk zo veel factoren die dat beïnvloeden dat, dat eigenlijk altijd anders gaat dan wat het protocol zegt. (WB6)

Participanten vertellen dat het soms voorkomt dat protocollen niet up-to-date, onduidelijk of incompleet zijn. Deze protocollen vormen volgens hen een risico voor goede zorg, wat ten nadele komt voor de kwaliteit van zorg. Zo vertelt WB5 de volgende casus:

Tijdens mijn stage stond in het protocol van het toedienen van oxycodon dat de patiënt laagdrempelig dient te beginnen met movicolon in verband met het risico op obstipatie. Echter was onduidelijk wat laagdrempelig inhield. Daardoor gold de gewoonte op de afdeling waarbij de patiënt tweemaal daags een zakje movicolon toegediend kreeg en dat de patiënt na drie dagen zonder ontlasting hoog opgaande klysma's toegediend kreeg tot zij resultaat had. Doordat de verpleegkundigen bleven hangen in het feit vanuit het protocol 'je moet laxantia toedienen om obstipatie te voorkomen', leidde dit ertoe dat een patiënt twaalf dagen achtereen laxeermiddelen kreeg. Uiteindelijk bleek dat de patiënt een slechte voedingstoestand had, wat door geen van de verpleegkundigen uitgevraagd was. (WB5)

3.2.3 Bewust afwijken van protocollen

Alle participanten bleken zich bewust dat, als het protocol een risico vormt voor goede zorg, zij beredeneerd kunnen afwijken. Beredeneerd afwijken wordt door participanten gedefinieerd als het afwijken van een protocol op basis van goed uit te leggen, geldige redenen (WB1; WB5) waarom zij niet het protocol gevolgd heeft (WB6). Daarnaast is het volgens WB5 belangrijk dat deze redenen geldig bevonden worden door de collega's en dat over het afwijken overlegd is met de patiënt. Bij al deze redenen speelt patiëntveiligheid een grote rol in de afweging. In deze paragraaf worden de redenen uitgewerkt, een overzicht hiervan is te vinden in Figuur 1.



Figuur 1. Redenen om af te wijken

Redenen op basis van de patiënt

Patiënt gerelateerde redenen voor het afwijken van een protocol kunnen zijn dat de patiënt niet in het protocol past, bijvoorbeeld door pijn (WB1) en comorbiditeit (WB1; WB2; WB3). Daarnaast kunnen de eigen waarde(n) en voorkeur van de patiënt aanleiding geven tot het afwijken van het protocol (WB1; WB6). De verpleegkundige ziet hierin de individuele patiënt en toont empathisch vermogen, wat blijkt uit het verhaal van WB2 over een patiënt die de tijd kreeg om aan haar stoma te wennen en niet meteen zelf de verzorging hoefde uit te voeren zoals dat in het protocol stond: “Haar voorgeschiedenis was ook al heel triest. Ze had al veel operaties gehad en ze zag er zo erg tegenop dat ze deze operatie zou krijgen.” Als de zorgvrager vraagt om af te wijken, is het volgens WB3 en WB6 de taak van de verpleegkundige om te investeren in de zorgrelatie door te luisteren naar de patiënt, motiverende uitleg te geven over de redenen van de procedure en de gevolgen van het afwijken en -waar mogelijk- de uitvoer aan te passen aan de wensen van de patiënt. Hierin is een groot verschil zichtbaar tussen de verpleegkundigen. Bij de verpleegkundigen met aandacht voor de zorgrelatie zag je volgens WB3 dat zij, ondanks drukte, “gerust” tien minuten tijd namen om de patiënt persoonsgerichte uitleg te geven. Deze houding van de verpleegkundige maakte een positief verschil in reactie en motivatie van de patiënt (WB3).

Redenen op basis van professionele keuzes

Bij redenen voor het afwijken van richtlijnen en protocollen op basis van professionele keuzes worden in de interviews diverse voorbeelden genoemd. Soms wordt gekozen om af te wijken van het protocol op basis van literatuur, doordat het protocol incompleet en/of onduidelijk is (WB5). Daarnaast vertellen participanten dat zij afwijken op basis van ervaring, waarbij zij van een eerdere situatie

hadden geleerd hoe het beter zou kunnen. Dit leerden zij door een voorbeeld van een professional dat zij gezien of gehoord hadden. Ook afwijken op basis van intuïtie kwam voor, waarbij WB6 vertelde “aan te voelen wat de patiënt nodig heeft, en dit graag te willen geven, ook al wijkt dit af van het protocol”. Ook klinisch redeneren was een reden tot afwijken, waarbij de besluiten worden afgewogen op basis van professionele kennis waardoor tot een onderbouwde conclusie gekomen wordt (WB4; WB6). Sommige participanten vertelden hierin te anticiperen op mogelijke gevolgen van het afwijken. WB6 vertelde over een situatie waarin op basis van ervaring, intuïtie en klinisch redeneren is afgeweken en waarbij geanticipeerd wordt op mogelijke gevolgen:

Er is eigenlijk een grenstemperatuur dat een kindje mee naar huis mag. Het moet dan 36.8 zijn, maar eh bijvoorbeeld als ik zie dat een kindje 36.6, 36.7 heeft en net heel lang bij vader heeft gelegen zonder dekentje. Ja, dan kan ik die temperatuur verklaren en denk ik ja, ik moet ik ze dan nog weer twee uur langer in het ziekenhuis houden voordat ze, voordat die temperatuur weer nul komma één is gestegen, daar ben ik daar wel soepel in zeg maar. En dan denk ik ja die kinderartsen die die protocollen opstellen, die, eh, kunnen me dan even gestolen worden. Omdat ik denk, ja die zien deze situatie nu niet. En dan kijk ik natuurlijk wel naar ouders van hé, let er effe, op dat je thuis het kindje goed lekker weer in de kruiken legt. En dan komt het echt wel goed. (WB6)

Redenen op basis van overige factoren

Andere redenen om af te wijken zijn opdracht van de arts, acute situaties en automatisering van handelen. Het afwijken van het protocol op basis van een opdracht van de arts wordt gezien als geldige reden om af te wijken (WB4). Hieraan voegt WB5 toe dat verpleegkundigen kritischer moeten zijn op het beleid van de arts, omdat het regelmatig voorkomt dat de arts geen verklaring geeft voor zijn beleid en de verpleegkundige het toch aanneemt, ondanks dat ze het beleid niet begrijpt. WB2 noemt acute situaties als reden om af te wijken, omdat het protocol volgen daardoor soms onmogelijk of juist niet goed voor de patiënt is. Bij het afwijken op basis van goede, geldige redenen geven participanten aan dat de gezondheidssuitkomst verbeterd werd door af te wijken van het protocol (WB2; WB3; WB6). WB5 vertelde dat haar begeleiders regelmatig afweken van protocollen op basis van een ongeldige reden, namelijk automatisering van handelen waardoor stapjes werden overgeslagen.

Werkwijze bij afwijken

Het al-dan-niet afwijken van het protocol is in de eerste instantie afhankelijk van het deskundigheidsgebied waarin gewerkt wordt. Als voorbeeld hierbij geeft WB1 dat zij niet zou afwijken

met betrekking tot medicatie, maar wel zou afwijken met betrekking tot keuzes binnen het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige zoals wassen en mobiliseren. De werkwijze die de participanten aannemen bij het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen is door iedere situatie met een kritische, klinische blik af te wegen (WB3; WB4). Hierin wordt de patiënt als persoon meegenomen en wordt op basis daarvan gekeken of het goed is om het protocol te volgen of dat afwijken aanbevolen is (WB3). De intuïtie speelt een grote rol in het meenemen van de patiënt als persoon:

Ja, dat is natuurlijk gewoon intuïtie naar de patiënt voor de patiënt zeg maar. Euhm dat ik wel al snel zie wat de patiënt denk ik nodig heeft of wat hij vraagt, euhm, dat ik dat graag wil geven. Dus ook als dat net effe wat anders is dan precies opgeschreven staat dan dat het zou moeten. Euhm, ja en ik denk dat de één gewoon iets meer intuïtie heeft dan de ander, dus dat je net wat makkelijker dingen aanvoelt misschien, op de werkvloer, dus dat je daar ook wat meer op durft te vertrouwen van jezelf. En ja, als beginnend verpleegkundige weet je gewoon nog niet alles. Maar ja, sommige dingen weet je ook al wel, dus daarop kan je het ook wel baseren, denk ik. (WB6)

Verantwoording

Wat betreft verantwoording van het afwijken van het protocol zitten participanten op één lijn: als het afwijken van belang was voor de zorgverlening werd deze altijd, inclusief verantwoording, gerapporteerd in het dossier en werd dit overgedragen aan de volgende dienst. In artsenvisites werd het afwijken alleen benoemd als het nut had voor het behandelplan van de arts. Wanneer de arts of een andere discipline een rol heeft gehad in het afwijken van het protocol werd de naam van de arts en het beleid met de verantwoording genoteerd in de rapportage. Alle respondenten geven aan dat zij afspraken die voor langere tijd golden in het zorgplan verwerkten om hiermee een eenduidig beleid richting de patiënt te creëren.

3.2.4 Leren afwijken

Al dan niet geleerd tijdens de opleiding

WB1, WB2, WB4 en WB5 geven aan dat zij geen lessen over het afwijken van richtlijnen en protocollen hebben gehad, een onderwerp dat prominenter naar voren had mogen komen (WB5). WB2 en WB5 vertellen dat tijdens de vaardigheidslessen weleens benoemd is dat het protocol soms niet uitvoerbaar is, waar rekening mee gehouden diende te worden. Echter werd dit niet verweven in voorbeelden in de lessen, waardoor voor WB2 de praktische toepassing onduidelijk bleef. WB3 geeft aan indirect wel

geleerd te hebben om breder te kijken dan het protocol, door het ontwikkelen van de holistische blik. WB6 haalt de hoorcolleges Recht aan, waar de basisregels over protocollair werken geleerd werden. WB1, WB4 en WB5 vertellen dat het delen van ervaringen tijdens lessen in hun opleiding hen zou helpen in de ontwikkeling van het leren afwijken van richtlijnen en protocollen. Dit zou vormgegeven kunnen worden door studenten en/of docenten voorbeeldcasussen uit de praktijk in te laten brengen met betrekking tot het beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen, en vervolgens hierover in gesprek te gaan. WB4 geeft hierbij de suggestie om dit plaats te laten vinden in leerteams. Daarnaast zou WB1 gedurende de opleiding meer handvaten willen ontvangen over hoe intuïtie, het onderbuikgevoel, ingezet kan worden.

Het horen en zien van een voorbeeld

Het afwijken van richtlijnen en protocollen hebben participanten voornamelijk geleerd van begeleiders in de praktijk (WB1; WB3; WB5). Een belemmerende factor voor het aanleren van afwijken is het gevoel dat de afdeling verwacht dat “je het protocol aanhoudt” (WB2). Helpend hierbij is volgens WB2 de mogelijkheid voor overleg met collega-verpleegkundigen en het onderling reflecteren op casussen. Een veilig werk- en leerklimaat is hierbij cruciaal (WB6). In een aantal zorgorganisaties zorgden werkbegeleiders ervoor dat participanten gingen nadenken over hoe zij wilden handelen op basis van klinisch redeneren en over wat zij zelf als zorgvrager zouden willen (WB1; WB2). Naast de begeleiding in het denkproces, leerden participanten voornamelijk veel van begeleiders die een voorbeeldfiguur voor hen zijn geweest:

Met name vanuit mijn werkbegeleiders die dan bijvoorbeeld situaties hadden van ik doe het op deze manier; volgens het protocol hoort het nu zo maar dat doen we nu niet omdat... (...) en dat die ook beredeneerd waarom die dat doet zodat ik dat sneller kan oppakken. (WB2)

Wat in bijzonder als inspirerend werd ervaren, was als de verpleegkundigen op basis van klinisch redeneren rekening hielden met mogelijke complicaties door het afwijken van protocollen (WB4). WB3 adviseerde om in de opdrachten over visie en leiderschap de student een voorbeeldfiguur in goede zorg te laten kiezen met een open houding, om “het kunstje van af te kijken” (WB3). Het leren van voorbeeldfiguren vergt van de participant om naar hen te luisteren en hen vanuit een nieuwsgierige houding te bevragen:

(...) en dan vond ik het wel fijn om dan gewoon even naar die verpleegkundige toe te lopen van hé, wat gebeurde er, wat heb je nou gedaan, uhm, en haar gewoon even te bevragen van

hé, hoe werkt dat nou in je hoofd, dat je zo'n keuze maakt. Dat hoeft helemaal geen grote keuze te zijn, maar ik vond het wel belangrijk om gewoon, niet alleen te kijken, maar om het ook even, nou ja, uit te vragen zeg maar. Ja, ik kon even in hun hoofd kijken zeg maar. (WB3)

Een aantal participanten vertelden te hebben geleerd van voorbeelden met een negatief resultaat voor de patiënt, of voorbeelden waar zij zelf anders in zouden handelen (WB1; WB4), zoals een ondervoede patiënt met een bacterie die officieel op haar kamer moest blijven, die toch naar de familieruimte was gegaan om gezellig met haar bezoek te eten. De begeleider van de participant koos ervoor om de patiënt daar te laten, omdat de kamer nu toch al besmet was en zij het belangrijk vond dat de patiënt beter ging eten. De participant vertelde dat zij anders gehandeld zou hebben in deze situatie met het oog op het besmettingsrisico voor andere patiënten. Ondanks dit vertelde zij toch geleerd te hebben van deze situatie omdat zij het heel mooi vond dat de begeleider het belang van de patiënt met betrekking tot eten en sociaal contact vooropstelde en het beste voor de patiënt zocht. (WB1)

Praktijkervaring

Ervaring in de praktijk speelt volgens WB3 en WB5 een belangrijke rol in het afwijken van richtlijnen en protocollen. Ervaring laat namelijk het vertrouwen in de klinische blik groeien, doordat je de ziektebeelden en de doelgroep kent en ervaring krijgt in bepaalde situaties (WB4; WB6). Door ervaringen op te doen wordt intuïtie ontwikkeld waarop gebaseerd kan worden of het beleid passend is bij deze specifieke situatie (WB6). De participanten geven aan dat een tekort aan kennis en ervaring henzelf belemmert om af te wijken van richtlijnen en protocollen, mede doordat een protocol hen juist houvast biedt (WB1; WB2; WB4; WB5). Nu de opleiding bijna afgerond is, geeft WB2 aan dat zij meer had willen leren van voorbeelden van collega's om een gevoel van bekwaamheid te hebben in het afwijken van richtlijnen en protocollen. WB2 en WB3 gaven aan dat het belangrijk is om de klinische blik en het klinisch redeneren te blijven ontwikkelen door kritische vragen aan jezelf te blijven stellen en de boeken, ook na afstuderen, regelmatig erbij te pakken.

Hoofdstuk 4 – Discussie en conclusie

4.1 Discussie

Het doel van dit onderzoek is om medio juni 2020 een advies te geven aan de opleiding *geanonimiseerd* over mogelijkheden tot ondersteuning van hbo-V studenten bij het aanleren van beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen. In deze paragraaf is kritisch gereflecteerd op het onderzoeksproces en op de verkregen resultaten. Daarbij zijn de sterke en zwakke kanten van de onderzoeksmethode en van de uitvoering van het onderzoek benoemd, inclusief onvoorziene veranderingen binnen essentiële elementen van het praktijkonderzoek opgenomen. Vervolgens zijn resultaten vergeleken met de literatuur, waarbij de interpretatie en implicaties van de resultaten van dit onderzoek zijn bediscussieerd.

In de onderzoeksmethode is de betrouwbaarheid van het toepassen van de codelijst is vergroot doordat de studentonderzoeker bij lastig te coderen fragmenten overlegd heeft met de mede-studentonderzoekers. Ook zijn de code-resultaten van de studentonderzoeker vergeleken met de code-resultaten van de participanten en de postdoconderzoeker, welke overwegend overeen bleken te komen. Daarnaast heeft een membercheck de betrouwbaarheid vergroot, waarbij de participanten een presentatie van de resultaten van dit onderzoek werd gegeven waarover in gesprek werd gegaan. De betrouwbaarheid is mogelijk verminderd doordat zes in plaats van de beoogde acht participanten zich aanmeldden, ondanks herhaalde oproepen via e-mail (zie Bijlage H). De oorzaak hiervan is vermoedelijk dat de laatstejaars studenten in de doelgroep andere prioriteiten hadden vanwege hun eigen afstudeeronderzoek.

In de uitvoering van het onderzoek is de betrouwbaarheid en herhaalbaarheid van het literatuuronderzoek gegarandeerd doordat state-of-the-art literatuur is gebruikt. Uit de demografische gegevens in het praktijkonderzoek blijkt dat de participanten allen rechtstreeks vanaf de havo instroomden op de opleiding hbo-V. Dit leidt tot een verhoogde bruikbaarheid van de resultaten voor *geanonimiseerd* omdat de resultaten daardoor direct betrekking hebben op de geleerde kennis en vaardigheden gedurende deze beroepsopleiding. De betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek is verminderd doordat het level of evidence van de geïnccludeerde literatuur overwegend laag is. Dit komt doordat (nog) weinig onderzoek is gedaan naar dit onderwerp vanwege de relatief jonge interesse in dit onderzoeksgebied.

Interpretatie en implicatie van resultaten

In de interviews werd naar praktijkcasussen gevraagd om het verhaal te verduidelijken. Opvallend is dat elf van de casussen vanuit een stage in het ziekenhuis kwamen, en één casus vanuit de psychiatrie.

Hier lijkt een relatie te bestaan tussen het afwijken van richtlijnen en protocollen en het doen van een ziekenhuisstage. Een verklaring hiervoor is dat het ziekenhuis een goede opleidingsplek is met betrekking tot het leren van afwijken van richtlijnen en protocollen, mogelijk door de relatief grote vertegenwoordiging van hbo-verpleegkundigen, een snelle doorstroom van patiënten, relatief veel contact met andere disciplines en verplichte protocollen vanwege de accreditatie (NIAZ, 2018). Echter is dit onderzoek geen bewijs voor deze suggestie, omdat dit onderzoek hier niet op gericht is. Vervolgonderzoek is aanbevolen om verduidelijking hierover te krijgen.

Verder geven participanten aan dat zij, als beginnend verpleegkundige, niet snel zouden afwijken van richtlijnen en protocollen door een gevoel van kennis- en ervaringstekort. Dit komt overeen met literatuur waarin het niveau van professionele kennis van beginnende verpleegkundigen kritisch wordt besproken (Benner, 1984; Den Hertog & Boshuizen, 2020). Daarnaast zouden participanten phronèsis moeten ontwikkelen, een onderdeel van professionele kennis (Den Hertog-Voortman, 2015). Deze vaardigheid wordt mede ontwikkeld door te reflecteren op de samenwerking met ervaren professionals die als rolmodel fungeren (Underwood, 2016).

4.2 Conclusie

In het onderzoek stond de volgende vraag centraal: “Welke redenen hebben vierdejaars hbo-V studenten om af te wijken van richtlijnen en protocollen en op welke manier doen zij dit?” Deze vraag is beantwoord door middel van literatuur- en kwalitatief praktijkonderzoek, aan de hand van drie deelvragen.

Participanten wijken af van richtlijnen en protocollen op basis van redenen van de patiënt, zoals waarde(n) en voorkeur van de patiënt of wanneer de patiënt niet in het protocol past door comorbiditeit of pijn. Participanten geven als professionele redenen om af te wijken ervaring, intuïtie, klinisch redeneren en de literatuur, zoals wanneer het protocol niet up-to-date, incompleet of onduidelijk is. Overige redenen om af te wijken van het protocol zijn opdracht van de arts, acute situaties en automatisering van handelen. Bij deze redenen speelt de patiëntveiligheid een grote rol in de afweging om al dan niet af te wijken.

Participanten geven aan dat zij in de opleiding hbo-V nadrukkelijk hebben geleerd om protocollair te werken in plaats van af te wijken van richtlijnen en protocollen. In de praktijk leerden zij echter dat protocollair werken niet altijd gelijk staat aan het leveren van goede zorg, waardoor afwijken van richtlijnen en protocollen soms noodzakelijk is. Participanten leerden dit voornamelijk door meekijken, meeluisteren en meedenken met collega-verpleegkundigen en hen te bevragen, die voor hen fungeerden als voorbeeldfiguur. Hierdoor leerden zij om iedere situatie met een kritische blik af te wegen op basis van klinisch redeneren, de waarde(n) en voorkeur van de patiënt en intuïtie, en

besluiten te nemen in hun handelen. Hierin wordt verpleegkundig leiderschap getoond, de kwaliteit van zorg verhoogd en praktische wijsheid ontwikkeld.

Participanten vinden het belangrijk dat het besluit om af te wijken goed onderbouwd is en dat hierover overlegd is met een collega. In de afweging om het afwijken te rapporteren in rapportage, overdracht en artsensite wordt als maatstaf gebruikt of de informatie relevant is voor verdere zorgverlening. Om af te wijken is professionele kennis nodig, waarvan participanten zeggen dat die ontbreekt door gebrek aan kennis en ervaring. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een tekort aan professionele kennis en ervaring in de praktijk leidt tot het niet durven afwijken van richtlijnen en protocollen, wat de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in geding brengt. Om professionele kennis te ontwikkelen kunnen ervaringsverhalen met theoretische onderbouwing het best gedeeld worden in interprofessionele groepen door hier gezamenlijk op te reflecteren

Hoofdstuk 5 - Oplossingsmogelijkheden

In dit hoofdstuk worden oplossingsmogelijkheden gegeven op basis van de doelstelling om medio juni 2020 een advies te geven aan de opleiding *geanonimiseerd* over mogelijkheden tot ondersteuning van hbo-V studenten bij het aanleren van beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen. De oplossingsmogelijkheden zijn gebaseerd op resultaten uit het literatuur- en praktijkonderzoek. Per oplossingsmogelijkheid is aan de hand van de SWOT-analyse (Van der Linde, 2012) een basale sterkte-zwakke analyse opgesteld ter onderbouwing, waarin de context en betrokkenen zijn meegewogen.

Oplossingsmogelijkheid 1: Ontwikkeling van professionele kennis

De opleiding kan hbo-V studenten ondersteunen door hen meer theoretische kennis aan te bieden over het afwijken van richtlijnen en protocollen en het toepassen van intuïtie. Ook kan worden geïnvesteerd in de competenties klinisch redeneren en Shared Decision Making. Dit stemt overeen met het huidige opleidingsprofiel (Lambregts et al., 2015). De theoretische kennis moet toepasbaar worden gemaakt om professionele kennis te vergroten. Volgens Van Straalen & Kanne (2016) kan dit gedaan worden door casussen, waar op basis van klinisch redeneren moet worden afgeweken van het protocol, te integreren in vaardigheidslessen en taakgroepen. Deze casussen moeten helder en concreet geformuleerd worden, representatief zijn aan werkelijke interpretaties en ruw gepresenteerd worden (Van Berkel, Bax, & Joostenten Brinke, 2014). Daarnaast moet de student praktische handvaten krijgen om de ontwikkeling van professionele kennis in de praktijk zelf te sturen. Deze handvaten houden in dat de student een houding van actief leren moet hebben, waarbij zij vanuit een nieuwsgierige houding initiatief neemt in meekijken, meeluisteren en meedenken met praktijkbegeleiders, en hen te bevragen. De bijbehorende SWOT-analyse is opgenomen in Figuur 2.

	Positief	Negatief
Intern	Sterktes: - Gebaseerd op aanbevelingen vanuit studenten. - Onderbouwd door Van Straalen en Kanne (2016) en Van Berkel et al. (2014).	Zwaktes: - Vergt tijd en aandacht om te implementeren in de lessen. - Vergt draagvlak van docenten.
Extern	Kansen: - Studenten volgen opleiding aan [REDACTED] dus zijn daardoor gemakkelijk bereikbaar voor de implementatie. - Competenties in klinisch redeneren passen al in het huidige opleidingsprofiel BN2020 (Lambregts et al., 2015).	Bedreigingen: - Arbeidsintensief - Studenten moeten een houding van actief leren hebben.

Figuur 2. SWOT-analyse ontwikkeling professionele kennis.

Oplossingsmogelijkheid 2: Reflectie op rolmodellen

Praktische wijsheid is een onderdeel van professionele kennis en biedt uitkomst wanneer de situatie te complex is om tot een goed besluit te komen op basis van de competenties klinisch redeneren en Shared Decision Making (Den Hertog-Voortman, 2015; Ko et al., 2020). De ontwikkeling van praktische wijsheid kan volgens Underwood (2016) gestimuleerd worden door te reflecteren op het effect van de samenwerking met een rolmodel, zoals een praktijkbegeleider, in goede zorg voor het eigen leerproces. Door de reflectie op samenwerking met het rolmodel wordt bij studenten het nadenken over het combineren van professionele kennis en morele sensitiviteit getraind, wat een start is om praktische wijsheid te ontwikkelen. Het reflecteren op rolmodellen kan worden geïntegreerd in de stageopdrachten over visie en leiderschap (WB3). De integratie van deze oplossingsmogelijkheid kan worden meegenomen in de projectgroep 'Garanderen afstudeerniveau'. Deze mogelijkheden liggen binnen de opleiding en passen binnen het huidige opleidingsprofiel. Een bedreiging kan zijn dat het accent van leren meer verlegd moet worden van feitenkennis naar betekenisgeven aan kennis, wat een andere insteek van het onderwijs vergt. De bijbehorende SWOT-analyse is opgenomen in Figuur 3.

	Positief	Negatief
Intern	Sterktes: - Bewezen effectief door <u>Underwood</u> (2016). - Door participanten wordt aangegeven dat zij hebben ervaren dat het hebben van een rolmodel hen echt helpt.	Zwaktes: - Arbeidsintensief: de instructie voor beroepsproducten moeten hierop aangepast worden. - Intrinsieke motivatie van de student is nodig om het effect te vergroten.
Extern	Kansen: - Mogelijkheid om dit te verwerken in instructie beroepsproducten, waardoor studenten het zelf kunnen toepassen in de stagepraktijk. - Stakeholders voor implementatie zijn binnen [REDACTED] - Vanaf september wordt een projectgroep gestart binnen [REDACTED] die deze oplossingsmogelijkheid kunnen meenemen. - Past in huidige opleidingsprofiel.	Bedreigingen: - Accent in leren moet verlegd worden van feitenkennis naar betekenisgeven aan kennis.

Figuur 3. SWOT-analyse reflectie op rolmodellen.

Oplossingsmogelijkheid 3: Reflecteren op ervaringsverhalen

Door ervaringsverhalen over het afwijken van richtlijnen en protocollen te delen binnen interprofessionele groepen en gezamenlijk te reflecteren op de theoretische onderbouwing groeit de professionele kennis (Paton & Kotzee, 2019; Stubbings et al., 2012; Van Straalen & Kanne, 2016). Participanten geven aan dat ervaringsverhalen hen helpen in het nemen van besluiten en geven als tip om dit in de praktijk te brengen in taakgroepen en (wanneer aanwezig) in leerteams, welke kunnen behoren tot interprofessionele groepen. De bijbehorende SWOT-analyse is opgenomen in Figuur 4.

	Positief	Negatief
Intern	Sterktes: - Bewezen effectief door Paton en <u>Kotzee (2019)</u>. - Gebaseerd op aanbeveling van studenten.	Zwaktes: - Vergt tijd: door het vertellen van ervaringsverhalen te integreren ontstaat minder ruimte voor andere zaken. - Draagvlak is noodzakelijk bij leerteambegeleiders.
Extern	Kansen: - Interprofessionele groepen zijn al aanwezig binnen mogelijkheden waar [redacted] invloed op heeft, zoals de leerteambegeleider vanuit [redacted]	Bedreigingen: - Niet al de stage-instellingen beschikken over leerteams.

Figuur 4. SWOT-analyse reflecteren op ervaringsverhalen.

Oplossingsmogelijkheid 4: Investeren in praktijkbegeleiders

Het trainen van praktijkbegeleiders in een effectieve begeleiding van studenten. Hierbij kan getraind worden op een goede reactie (minder nadruk op 'zo moet het', meer nadruk op klinisch redeneren inclusief ethiek) op vragen van studenten over bijvoorbeeld protocollen, werkwijze en klinische redenering, om daardoor het leerproces van de studenten te ondersteunen. Hierbij is voor studenten een veilig leerklimaat essentieel. De bijbehorende SWOT-analyse is opgenomen in Figuur 5.

	Positief	Negatief
Intern	Sterktes: - Praktijkbegeleiders krijgen handvaten om studenten effectief te ondersteunen in hun leerproces.	Zwaktes: - Praktijkbegeleiders functioneren buiten het invloed gebied van [redacted] waardoor ze lastig bereikbaar zijn. - Draagvlak bij praktijkbegeleiders is noodzakelijk voor resultaat.
Extern	Kansen: - Relaties tussen [redacted] en zorginstellingen.	Bedreigingen: - Onveilig leerklimaat waar [redacted] geen direct invloed op heeft. - Arbeids- en kostenintensief voor [redacted] en voor de praktijkbegeleiders.

Figuur 5. SWOT-analyse investeren in praktijkbegeleiders.

Hoofdstuk 6 – Advies

Het doel van dit onderzoek is advies geven aan de opleiding *geanonimiseerd* over mogelijkheden tot ondersteuning van hbo-V studenten bij het aanleren van beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen. Gekozen is om een advies te schrijven op basis van oplossingsmogelijkheid 1 tot en met 3:

1. Investeren in de ontwikkeling van professionele kennis.
2. Investeren in de reflectie op rolmodellen.
3. Investeren in het reflecteren op ervaringsverhalen.

6.1 Korte termijn activiteiten

Als activiteit op de korte termijn wordt geadviseerd om te investeren in de ontwikkeling van professionele kennis. Door deze oplossingsmogelijkheid voor de start van het studiejaar 2020/2021 in de praktijk te brengen binnen het huidige onderwijs, zullen de studenten beter begeleid kunnen worden in de ontwikkeling van professionele kennis. Verder wordt door het implementeren van dit advies adequaat en effectief geanticipeerd op de resultaten van het onderzoek van Den Hertog en Boshuizen (2020).

In de SWOT-analyse in Figuur 2 blijkt dat de implementatie relatief makkelijk te realiseren is omdat de stakeholders vooral werken op het opleidingsinstituut en omdat dit advies past binnen het opleidingsprofiel (Lambregts et al., 2015). Omdat het betreffende opleidingsinstituut heeft een non-profit organisatievorm kent (bron: *geanonimiseerd*) ligt hier een kans, omdat het effect van de implementatie aansluit bij de missie van de opleiding Verpleegkunde om studenten op te leiden tot professionals die met hoofd, hart en handen goede zorg te verlenen, waarbij het vak met lef uitgeoefend wordt. Door op deze missie in te haken vanuit de rationeel-empirische strategie van de veranderkunde wordt draagvlak gecreëerd (Bennis, Benne, & Chin, 1985). Een randvoorwaarde voor implementatie is draagvlak bij de stakeholders: het kenniscentrum en het curriculumteam van de opleiding hbo-V (zie Bijlage I). Het creëren van draagvlak zal worden gedaan in een groepsgesprek volgens het model van Wensing en Grol (2017), waarbij de formerende strategie vanuit het communicatiekruispunt van Van Ruler (1998) wordt gebruikt. De groepsdynamica zal beïnvloed worden volgens de Roos van Leary (Rebel & Wiersema, 2013). In overleg is gekozen om vooralsnog geen draagvlak bij de docenten te creëren, omdat het postdoc onderzoek een vervolg kent in de verpleegkundige praktijk.

6.2 Middellange termijn activiteiten

De oplossingsmogelijkheid van het investeren in de reflectie op rolmodellen kan op middellange termijn geïmplementeerd worden, omdat aanpassing van het onderwijs hiervoor noodzakelijk is. Het advies luidt namelijk om studenten te sturen in het reflecteren op het effect van de samenwerking met een rolmodel in goede zorg op hun eigen leerproces, door dit te verwerken in stageopdrachten over visie en leiderschap. Het verwachte effect is dat de ontwikkeling van praktische wijsheid gestimuleerd wordt, wat in de praktijk leidt tot verbetering van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Een randvoorwaarde voor de implementatie van dit advies is draagvlak binnen de opleiding; postdoc onderzoeker R. den Hertog is tijdelijk aangesteld als vaandeldrager.

6.3 Lange termijn activiteiten

Tot de lange termijn activiteiten behoort het investeren in het reflecteren op ervaringsverhalen. Door binnen de opleiding in interprofessionele groepen gezamenlijk te reflecteren op ervaringsverhalen groeit de professionele kennis, wat een effectieve anticipatie op de resultaten vanuit het interne onderzoek van Den Hertog en Boshuizen (2020) oplevert. Op korte termijn kan een start gemaakt worden met het delen van ervaringsverhalen binnen leerteams. Echter vergt een invoer op opleidingsbreed niveau van dit advies een langere termijn (naar verwachting studiejaar 2021/2022), omdat dit arbeidsintensief is. Een randvoorwaarde om dit advies te implementeren is de aanwezigheid van draagvlak binnen het curriculumteam.

Literatuurlijst

- Alqahtani, N., Oh, K. M., Kitsantas, P., & Rodan, M. (2019). Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 274-283.
- Aristotle (2011). *Nicomachean ethics* (R. C. Bartlett & S. D. Collins, Trans). Chicago, IL: The University of Chicago.
- Baarda, B., & Bakker, E. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2009). *Dit is onderzoek!*. Groningen: Noordhoff.
- Bekkema, N., De Veer, A., & Francke, A. (2011). Volgen en afwijken: verantwoord richtlijngebruik door begeleiders. *Markant*, 16(2), 12-15
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner, P. (1984). From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. *American Journal of Nursing*, 84(12), 1480
- Bennis, K. D., Benne, R., & Chin, K. E. (1985). *The Planning of Change*. New York: Holt Rinehart & Winston.
- Brand, P. L. P. (2012). Interpretatie en oordeelsvorming beïnvloeden evidencebased richtlijnen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 156(4595).
- Covey, S. R. (1989). *The 7 habits of highly effective people*. New York: Free.
- Cummings, G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385.
- Cummings, G., Midodzi, W., Wong, C., & Estabrooks, C. (2010). The Contribution of Hospital Nursing Leadership Styles to 30-day Patient Mortality. *Nursing Research*, 59(5), 331-339.
- Den Hertog, R., & Boshuizen, E. (2020). *Learning professional knowledge: Bachelor nursing students' experiences in learning and knowledge outcomes in a competence-based curriculum*. Manuscript submitted.
- Den Hertog, R., & Niessen, T. (2019). Patient preferences in nursing decision-making: Grounded theory study on communication tools in personalized nursing care in EBP. *Journal of Advanced Nursing*, 75(9), 1987-1995.
- Den Hertog-Voortman, F. (2015). *Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming*. Geraadpleegd op 11 mei 2020, van <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/75917058/complete+dissertation.pdf>

- De Vries, F. (2017, 16 juni). Vilans. In *Juridische relevante protocollen/richtlijnen in de zorg*. Geraadpleegd op 19 februari 2020, van <https://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/in-gesprek-op-vilans-kick-protocollendag-no-rights-reserved.pdf>
- Ellis, C., & Bochner, A. P. (2000). Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (p. 733-768). Thousand Oaks: Sage.
- Falzer, P. R., & Garman, D. M. (2009). A conditional model of evidence-based decision making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 1142-1151.
- Francke, A. L., Smit, M. C., De Veer, A. J. E., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMS Medical Informatics and Decision Making*, 8(38).
- Friesen-Storms, J., Bours, G., Beurskens, S. & van der Weijden, T. (2014). Het gebruik van shared decision making binnen Evidence-Based Practice. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 12, 7-9
- Grit, R. (2011). *Checklist Stakeholderanalyse*. Opgehaald op 11 juni 2020, van http://hoadd.noordhoff.nl/sites/7720/_assets/7720d09.pdf
- Hagbaghery, M. A., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2004). The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 3(2), 1472-6955.
- Hersey, P. (2014). *Situationeel leidinggeven*. Amsterdam: Business Contact.
- Institute of Medicine (2010a). *The future of nursing, leading change, advancing health*. Opgehaald op 3 maart 2020, van <https://www.ic4n.org/wp-content/uploads/2018/03/The-Future-of-Nursing-Report-2010.pdf>
- Institute of Medicine (2010b). *The future of nursing, focus on education*. Opgehaald op 3 maart 2020, van <https://www.paactioncoalition.org/images/pdf/FutureofNursing/Nursing-Education-2010-Brief.pdf>
- Jenkins, K., Kinsella, E. A., & DeLuca, S. (2018). Perspectives on phronesis in professional nursing practice. *Nursing Philosophy*, 20(1)
- KNAW; NFU; NWO; TO2-federatie; VH; VSNU (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. Opgehaald op 22 februari 2020, van <https://www.vsnu.nl/files/documenten/Nederlandse%20gedragscode%20wetenschappelijke%20integriteit%202018.pdf>
- Ko, H. K., Tseng, H. C., Chin, C. C., & Hsu, M. T. (2020). Phronesis of nurses: A response to moral distress. *Nursing Ethics*, 27(1), 67-76.

- Küpers, W., & Pauleen, D. J. (2013). Introducing a handbook of practical wisdom for our times. In W. Küpers & D. J. Pauleen (Eds.), *A handbook of practical wisdom* (pp. 19–45). Surrey, England: Gower Publishing Limited.
- La Grouw, Y., Kee, K., Ybema, S., Taverne, H., & Boonen, L. (2019, 14 juni). *Samen Beslissen in de praktijk*. Geraadpleegd op 13 maart 2020, van <file:///C:/Users/VDBRIN~1/AppData/Local/Temp/Onderzoek+Samen+Beslissen+in+de+praktijk+ei+ndrapportage.pdf>
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & Van Merwijk, C. (2015). *Bachelor Nursing 2020; een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Geraadpleegd op 7 april 2020, van <file:///C:/Users/VDBRIN~1/AppData/Local/Temp/bachelor-nursing-2020-4%200.pdf.pdf>
- McKie, A., Baguley, F., Guthrie, C., Jackson, C., Kirkpatrick, P., Laing, A., O'Brien, S., Taylor, R., & Wimpenny, P. (2012). Exploring clinical wisdom in nursing education. *Nursing Ethics*, 19(2), 252-67.
- Michels, C. (2015, 14 juli). *Eigen protocollen en voorwaarden*. Geraadpleegd op 16 april 2020, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene/protocollen>
- Moons, C. (2017). *Blog: Protocollen en praktijk: een prachtige combinatie?! Geraadpleegd op 16 april 2020, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/blog-protocollen-praktijk>*
- Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2018). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Boom
- NIAZ (2018). *Accreditatieprocedure 2020*. Geraadpleegd op 11 juni 2020, van <https://www.niaz.nl/uploads/Accreditatieprocedure%202020%20NIAZ-Qmentum.pdf>
- Nibbelink, C. W., & Brewer, B. B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 917-928.
- Nursing (2017, 21 april). Functieprofielen mbo- en hbo-verpleegkundige gepresenteerd. Geraadpleegd op 20 februari 2020, van <https://www.nursing.nl/nvz-presenteert-functieprofielen-mbo-en-hboverpleegkundige/>
- NVZ (2017). *Functiebeschrijving Hbo-verpleegkundige*. Geraadpleegd op 20 februari 2020, van <https://live-nvz-api.pantheonsite.io/sites/default/files/2019-05/FWG%20profiel%20hbo-verpleegkundige%20resultaatgericht.pdf>
- Offringa-Hup, A. K. (2009, 11 maart). *Ruimte rond de richtlijn*. Geraadpleegd op 24 maart 2020, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/ruimte-rond-de-richtlijn.htm>
- Paton, A., & Kotzee, B. (2019). The fundamental role of storytelling and practical wisdom in facilitating the ethics education of junior doctors. *Health*, 0(00), 1-17

- Rebel, H., & Wiersema, R. (2013). Ik en de ander binnen de werkomgeving. In: T. Struiving, P. Van Nes, & T. Rijpstra (Red.), *Professioneel communiceren in de zorg* (pp. 99-108). Amsterdam: Pearson.
- RIVM (2020, 11 mei). *COVID-19 Richtlijn*. Geraadpleegd op 11 mei 2020, van <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/covid-19>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, M. J. A., Haynes, B. R., & Richardson, S. W. (2005). Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Evidence-Based Medicine. *BMJ* (312). 71-72.
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (Eds.) (2000). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020, & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op 7 april 2020, van <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Beroepsprofiel%20verpleegkundige.pdf>
- Sellman, D. (2012). Reclaiming competence for professional phronesis. In E. A. Kinsella & A. Pitman (Eds.), *Phronesis as professional knowledge: Practical wisdom in the professions* (pp. 115– 130). Dordrecht: Sense.
- Smulders, Y. M., Levi, M., Stehouwer, C. D. A., Kramer, M. H. H., & Thijs, A. (2015). De rol van epidemiologisch bewijs in de zorg voor individuele patiënten. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 154(1910), 1-5
- Stubbings, L., Chaboyer, W., & McMurray, A., (2012). Nurses' use of situation awareness in decision-making: an integrative review. *Leading Global Nursing Research*, 68(7), 1443-1453
- Underwood, S. A. (2016). What are retired nurses' perspectives on the concept of wise nurse? In: *White Rose eTheses Online*. Geraadpleegd op 28 maart 2020, van <http://etheses.whiterose.ac.uk/16003/>
- Van Berkel, H., Bax, A., & Joostenten Brinke, D. (2014). *Toetsen in het hoger onderwijs*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van den Muijsenbergh, M. (prof. dr.). (2018, 9 maart). *Verschil moet er zijn!* [oratie]. Nijmegen: Pharos.
- Van der Linde, M. (2012). *SWOT-analyse maken stap-voor-stap*. Geraadpleegd op 11 juni 2020, van <https://www.strategischmarketingplan.com/swot-analyse/>
- Van der Weijden, T., Beurskens, A. J., Bours, G. J., & Friesen-Storms, J. H. (2015). Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *International journal of nursing studies Elsevier*, 52(1), 393-402.

- Van Ruler, B. (1998). *Strategisch management van communicatie*. Deventer: Samson.
- Van Straalen, L., & Kanne, M. (2016). In L. van Straalen & M. Schuurmans (Red.), *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen* (15-39). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2019). *Zorgbasics: Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom.
- Wensing, M., & Grol, R. (2017). *Implementatie: Effectieve Verbeteringen Van Patiëntenzorg (7e ed.)*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wong, C., Cummings, G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patientoutcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724.
- Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318(7182), 527-530.

Bijlage A – Overzicht onderzoek

Onderzoekslijn: het verwerven en inzetten van (expliciete en) impliciete professionele kennis in de verpleegkundige praktijk.

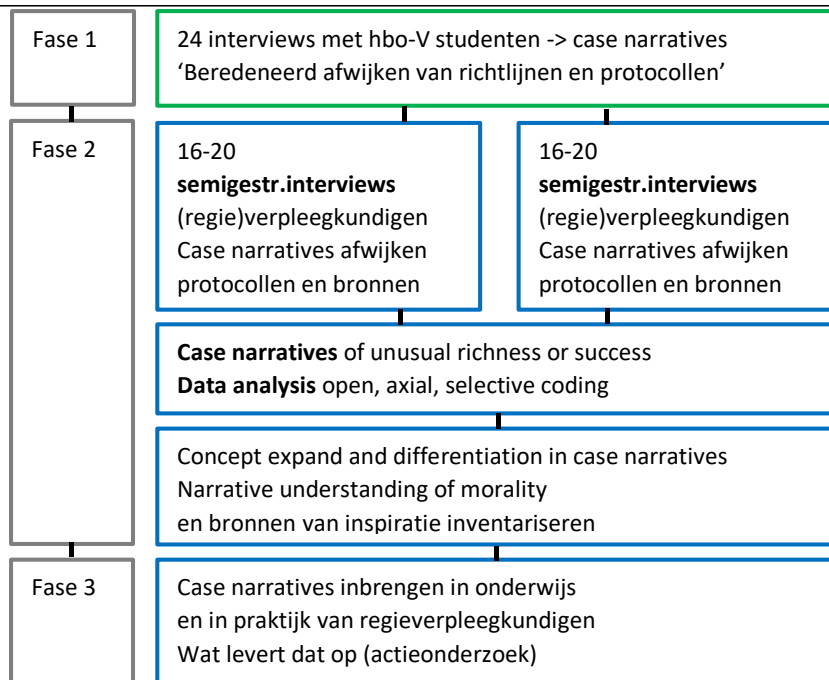
- Medicatie(on)trouw van asielzoekers en verpleegkundige interventies (MSc Verplegingswetenschappen, 2007).
- Epistemologische kennis ten aanzien van de component patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming in EBP (PhD, 2015).
- Bakens van Hoop in de verpleegkundige praktijk (Deskresearch, 2015-2017)
- Expertise ontwikkeling van studenten Bachelor Nursing (MSc Onderwijswetenschappen, 2019).
- Ontwikkeling van praktische wijsheid (Databewerking, 2015-2020).

➔ **Postdoc Bezieling en Professionaliteit (2019-2021): “De vaardigheid van wijze besluitvorming. Inzet van bronnen van inspiratie in de professionele besluitvorming van startende hbo-verpleegkundigen.”**

Aanleiding: Kwaliteit van zorg wordt in de Evidence-Based Practice (EBP) gemonitord door standaardisering via richtlijnen en protocollen. Toepassing daarvan vraagt professionele kennis, professionele expertise en het rekening houden met voorkeuren van de patiënt in zijn context. Hbo-V'ers worden opgeleid om waar nodig beredeneerd af te wijken van protocollen en dit te verantwoorden in de rapportage. Waar richtlijnen en protocollen haperen als instrument voor professioneel handelen, moeten professionals kritisch reflecteren, een oordeel vellen en wijze besluiten nemen. De vaardigheid van wijze besluitvorming kan geleerd worden. Er zijn voor het vakgebied verpleegkunde geen empirische gegevens beschikbaar over het ontwikkelen van de vaardigheid van wijze besluitvorming en de inzet van bronnen van inspiratie daarin.

Onderzoeksvraag: Hoe ontwikkelen hbo-V studenten en startende hbo-verpleegkundigen de vaardigheid van wijze besluitvorming en welke bronnen van inspiratie gebruiken zij in hun professionele handelen?

Methode: Literatuurstudie naar concept (professionele) phronesis en praktijkonderzoek naar de vaardigheid van wijze besluitvorming in fasen 1, 2 en 3, zie hieronder. In fase 1 zullen 3 studentonderzoekers hbo-V worden ingezet.



Bijlage B – PICO

<i>P</i>	<i>P</i>	Hbo-verpleegkundigen/ regieverpleegkundigen	Nurses
<i>I</i>	<i>I</i>	Beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen	Guideline Adherence (concordance)/ Evidence Based Practice Shared Decision Making/ Clinical Decision Making
<i>C</i>	<i>C</i>	N.v.t.	
<i>O</i>	<i>O</i>	Kwaliteit van zorg/ wijze besluitvorming/ phronesis (praktische wijsheid)	Quality of Health Care/ phronesis (practical wisdom)

Bijlage C – Informed Consent

Informatiebrief en formulier Informed consent in het onderzoek “Beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen”

Plaatsnaam, datum

Beste student,

Graag nodigen we je uit om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek naar professionele kennis die jij in de opleiding hbo-Verpleegkunde opgedaan hebt, zowel op school als in de praktijk. In het huidige onderzoek gaat het over hoe jij omgaat met het al dan niet afwijken van richtlijnen en protocollen. ... *geanonimiseerd*...

In onderstaande punten wordt uitgelegd wat precies de bedoeling is, zodat je weet waar je aan deelneemt. Bij het maken van de afspraak voor het interview wordt je gevraagd in je mail te bevestigen dat je deze instructie begrijpt en er mee instemt.

1. Doel van het onderzoek

Doel van het onderzoek is bij te dragen aan wetenschappelijk onderbouwde kennis over hoe en op welke gronden (student)verpleegkundigen al dan niet afwijken van richtlijnen en protocollen.

2. Wat wordt onderzocht?

Wat zijn aanleidingen voor (student)verpleegkundigen om al dan niet af te wijken van richtlijnen en protocollen in de professionele praktijk en hoe leren ze hierover op de opleiding en in de praktijk?

3. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Studenten in het afstudeerprogramma van de hbo-V zullen worden uitgenodigd om deel te nemen in dit onderzoek met een uitnodigende e-mail. Met studenten die zich aanmelden wordt een afspraak gemaakt per e-mail voor een skypegesprek (i.v.m. de Corona pandemie). ... *geanonimiseerd*... Hen wordt ook gevraagd dit document ‘Brief Informed Consent’ te lezen en aan te geven of ze hiermee instemmen.

Het interview begint met enkele vragen over o.a. je leeftijd en je stage/werkervaring in de zorg. Aan de hand van een onderwerpenlijst worden een aantal vragen gesteld en worden de meegebrachte casussen besproken. Het interview duurt ongeveer 30 minuten. De individuele interviews worden op geluidsband opgenomen en uitgewerkt tot een tekstbestand in Word. Zo wordt de privacy van de student gewaarborgd, omdat mogelijk stemmen kunnen worden herkend in audio-opnamen. De tekstbestanden worden kwalitatief geanalyseerd, zodat kernbegrippen opgespoord kunnen worden. De opgehaalde resultaten zullen worden gebruikt om advies over dit onderwerp te geven aan het curriculumteam van de hbo-V. Ervaringen met het afwijken van protocollen zullen nader geanalyseerd worden met het oog op ‘bronnen van inspiratie voor professioneel handelen’.

4. Welke risico’s zijn er?

Er zijn aan dit onderzoek geen risico’s verbonden voor de deelnemende studenten.

5. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Voordelen: door het onderwerp ga je mogelijk dieper nadenken over je eigen professionele handelen. Indirect voordeel kan zijn dat je ervaart hoe een interview wordt afgenomen.

Nadelen: deelname aan het onderzoek kost je ongeveer 30 minuten tijd (exclusief het schrijven van de korte casussen).

6. Wat gebeurt er als je niet deel wilt nemen aan het onderzoek?

Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Je kunt voor, tijdens en ook na afronding van het interview alsnog besluiten om niet deel te nemen. Wil je dit dan aangeven bij ...geanonimiseerd...?

7. Wat gebeurt er met de gegevens?

De verzamelde geluidsbestanden worden binnen twee weken omgezet naar Word tekstbestanden, die volgens een stappenplan worden geanalyseerd op de veel voorkomende thema's. De geluidsbestanden worden aan het einde van dit onderzoek vernietigd om stemherkenning te voorkomen. De tekstbestanden zullen vijf jaar bewaard worden in een beveiligde digitale omgeving.

...geanonimiseerd...

8. Zijn er extra kosten of is er een vergoeding als je besluit aan dit onderzoek mee te doen?

Er zijn geen extra kosten bij deelname aan dit onderzoek. Er is geen vergoeding beschikbaar voor het meewerken aan dit onderzoek, maar respondenten kunnen zich aanmelden om een samenvatting van de resultaten te krijgen na afronding van dit onderzoek.

9. Wil je verder nog iets weten?

Mocht je na deze uitleg nog vragen hebben, mail gerust naar ons.

Met vriendelijke groet,

...geanonimiseerd...

Toestemmingsverklaring

Voor deelname aan het praktijkonderzoek:

“Beredeneerd afwijken van richtlijnen en protocollen – april 2020”

- Ik ben over het onderzoek geïnformeerd. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen. Ik heb over mijn deelname aan het onderzoek kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment tijdens het onderzoek tot 1 juni 2020 weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven.
- Ik stem toe met deelname aan het onderzoek.

Naam:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

Bijlage D – Overzicht resultaten literatuuronderzoek

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de gebruikte databanken, zoektermen, aantal gevonden bronnen met een beschrijving en samenvatting hiervan. Ook wordt het level of evidence gegeven.

1.1 Level of evidence (bron: pagina 28 en 37 van Munten, Verhoef, & Kuiper (2016))						
1	Systematic reviews (SR) of meta-analyse (MA) van gerandomiseerde gecontroleerde studies; of systematische samenvatting (summary), synopsis, synthese of richtlijn waarin beschikbaar bewijs is samengevoegd en geïntegreerd.					
2A	Gerandomiseerde gecontroleerde studies (randomized controlled trial of RCT).					
2B	Gecontroleerde studies met gelijktijdige controlegroep (controlled clinical trial of CCT).					
3	Niet-gecontroleerde studies of observationeel onderzoek (cohortstudies, patiëntcontrolestudies (case-control), dwarsdoorsnede (crossectioneel) onderzoek, case-serieonderzoek, kwalitatief onderzoek.					
4	Mening van experts of deskundigen of evidence					

1.2 Overzicht literatuuronderzoek						
20-3-2020	HBO kennisbank	Richtlijnen en protocollen	58	Persoonsgericht afstemmen in de verpleegkundige zorgpraktijk (Den Hertog & Niessen, 2017).	Balans in de toepassing van evidence based practise in de zorg. Hoe worden patiëntvoorkeuren meegenomen in vpk besluitvorming? De basis voor een positief gewaardeerde patiëntparticipatie en patiënttevredenheid ligt in de effectieve communicatie tussen professional en patiënt. Tools die door verpleegkundigen gebruikt worden om patiëntvoorkeur te achterhalen worden benoemd.	3
	Narcis	afwijken AND richtlijnen en protocollen	2	Volgen en afwijken: verantwoord richtlijngebruik door begeleiders(Bekkema, De Veer & Francke, 2011)	Verantwoord gebruik van richtlijnen en protocollen. Afwijken en vervolgens 'verbetersuggestie' aan kunnen	3

					geven. Meldcultuur kan helpen in de open communicatie over het afwijken.	
	Narcis	<i>Sneeuwbalmethode</i>		Interpretatie en oordeelsvormen beïnvloeden evidence based richtlijnen (Brand, 2012).	Richtlijnen worden steeds belangrijker (bijv. doordat zorgverzekeraars daarmee hun vergoeding bepalen. Weinig aandacht voor beperkingen van richtlijnen.	3
	Narcis	<i>Sneeuwbalmethode</i>		Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review	Over de factoren die invloed hebben op het al-dan-niet implementeren van richtlijnen in de praktijk. Een reden van afwijken kan comorbiditeit zijn. Ervaring kan meewegen om al dan niet een richtlijn te gebruiken.	1
	Narcis	<i>Sneeuwbalmethode</i>		From novice to expert (Benner, 1982)	De eigen klinische ervaring die de basis vormt voor het verschil in handelen tussen verpleegkundigen.	4
	Narcis	<i>Sneeuwbalmethode</i>		De rol van epidemiologisch bewijs in de zorg voor individuele patiënten (Smulders, Levi, Stehouwer, Kramer & Thijs, 2015)	Evidence werkt kwaliteitsverhogend als norm voor 'gemiddeld' beleid voor een 'gemiddelde' patiënt. We moeten echter vermijden dat evidence als norm voor individueel beleid gaat gelden of dat de afwezigheid ervan een legitimatie wordt om van handelen af te zien.	2B
	Narcis	<i>Sneeuwbalmethode</i>		Ruimte rond de richtlijn (Offringa-Hup, 2009)	Het toepassen van praktische wijsheid (ofwel de term van Aristoteles: phronesis) door huisartsen. Pleidooi om praktische wijsheid te ontwikkelen en de individuele patiënt voorop te zetten in besluitvorming i.p.v. richtlijnen.	3
	Narcis	<i>Sneeuwbalmethode</i>		Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, Grimshaw, 1999)	Overzicht van internationale activiteiten m.b.t. het produceren van richtlijnen. Voordelen en nadelen van richtlijnen worden benoemd. Grootste nadeel is dat de inhoud niet-kloppend kan zijn doordat het onderzoek waarop de aanbeveling gebaseerd is niet bij deze doelgroep past (inclusiecriteria etc.)	3
	Academic Search Premier	deviation AND guidelines OR protocols	378335	Dofetilide Initiation and Implications of Deviation From the Standard Protocol – A Real World Experience	Gedetailleerd over het afwijken in de cardiologie. Daardoor niet heel relevant voor dit onderzoek.	
24-mrt	Pubmed	Nurses AND phronesis	12	Phronesis of nurses: A response to moral distress. (Ko, Tseng, Chin & Hsu, 2020).	Verpleegkundigen met morele dilemma's kunnen de methode van phronesis gebruiken om de gebeurtenissen een plek te geven (of: reflecteren). De vier stappen van phronesis (casus beschrijven, moeilijkheden benoemen, mogelijkheid om actie te ondernemen herkennen en het bepalen van houding) worden beschreven.	3
	Pubmed	Nurses AND phronesis	12	Perspectives on phronesis in professional nursing practice. (Jenkins, Kinsella, DeLuca, 2018)	De toepassing van de diverse aspecten die volgens Aristoteles bij phronesis horen in de gezondheidszorg bij morele dilemma's. Zoals (benoemd in Abstract): embodiment in practice; open-mindedness including the capacity to stay curious and open to recognizing what we	3

					do not know; perceptiveness as a disposition towards insight and aesthetic understanding; and reflexivity as an ongoing process of interrogation and inquiry into ourselves and our actions.	
	Pubmed	Nurses AND phronesis	12	Exploring clinical wisdom in nursing education. (McKie, Baguley, Guthrie, Jackson, Kirkpatrick, Laing, O'Brien, Taylor, Wimpenny, 2012)	De oorzaken van het niet voldoende ontplooiën van praktische wijsheid gedurende de opleiding: the modularization of programmes in higher education institutions, the division of pastoral and academic support and the relationship between theory and practice.	3
	Academic Search	Nurses AND phronesis	81	What are retired nurses' perspectives on the concept of wise nurse? (Underwood, 2016)	Aanbeveling om te investeren in rolmodel.	3
	Academic Search	Nurses AND guideline adherence or compliance AND evidence based practice	180	<i>Ook gezocht in Pubmed, Google Scholar, Springerlink en HBO kennisbank, maar geen toevoeging van passende resultaten meer.</i>	<i>Hierbij de zoekterm zoals vermeld gebruikt, en ook 'deliance' ipv 'adherence or compliance' gebruikt.</i>	
25-3-2020	Academic Search	Shared Decision Making AND guideline adherence	23	A conditional model of evidence-based decision making. (Falzer & Garman, 2009)	Individuele behandelingen worden gehinderd door de standaard richtlijnen. 3-stappen model van Evidence Based besluitvorming: clinici herkennen een beslissingsscenario, gebruiken de standaard-methode in de eerste instantie en schakelen zo nodig naar een complexere strategie voor het oplossen van discrepanties.	3
	HBO kennisbank	Shared Decision Making	46	Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing (Van der Weijden, Beurskens, Bours, Friesen-Storms, 2015).	De patiënt voorkeuren vanuit EBP zouden moeten meegenomen worden om patiëntgerichte zorg te leveren. Dit kan door het toepassen van Shared Decision Making.	3
	Google Scholar	Nurses AND clinical decision making	1.600.000	Thinking Processes Used by Nurses in Clinical Decision Making (Smith Higuchi & Donald, 2002).	Er is verschil in decision making tussen medical en surgical nurses. Het proces is onderzocht om dit te gebruiken in scholing. Kon nog geen link vinden waarmee ik het volledige artikel kon openen.	3
	Pubmed	Nurses AND clinical decision making	4099	Decision-making in nursing practice: An integrative literature review (Nibbelink & Brewer, 2018)	Het gebruik van natuurlijke beslissingen door ervaren verpleegkundigen als framework voor onderzoek kan helpen om de minder ervaren verpleegkundigen hier inzicht in te geven.	2B
	Springer Link	Nurses AND clinical decision making	101,083	The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study (Hagbaghery, Salsali, & Ahmadi, 2004)	Zelfverzekerdheid en competentheid zijn de belangrijkste factoren die bijdragen tot klinische besluitvorming. Organisatorische structuren zijn verantwoordelijk voor het	3

					ontwikkelen en vinden van strategieën die hierbij kunnen stimuleren en het oplossen van belemmerende factoren.	
	Academic Search	Nurses AND quality of health care AND evidence based practice	379	Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice (Koehn & Lehman, 2008).	De grootste barrières onder Registered Nurses bij het implementeren van EBP zijn tijdsdruk en kennistekort.	3
	Academic Search	Nurses AND quality of health care AND evidence based practice	379	Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study (Alqahtani, Oh, Kitsantas, & Rodan, 2019).	Achtergrond: EBP wordt gezien als de sleutel voor kwaliteit van zorg. De betrokkenheid van het verpleegkundig personeel kan bevorderd worden door het verstrekken van aanvullend onderwijs en mentorprogramma's m.b.t. EBP.	2B
	Springer Link	<i>Sneeuwbal methode</i>		Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Evidence-Based Medicine (Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Haynes, & Richardson, 2005).	EBP bestaat uit drie componenten: wetenschappelijk bewijs, ervaring van de professional en voorkeur van de patiënt. Een balans tussen deze onderdelen leidt tot goede zorg door zorgvuldige besluitvorming	2B
	Google Scholar	<i>Sneeuwbal methode</i>		Introducing a handbook of practical wisdom for our times (Küpers & Pauleen, 2013).	Een handboek voor het gebruik van praktische wijsheid.	3
	Google Scholar	<i>Sneeuwbal methode</i>		Phronesis as professional knowledge: Practical wisdom in the professions (Sellman, 2012).	Phronesis gebruiken als professionele kennis.	2B
	Google Scholar	<i>Sneeuwbal methode</i>		De vertaling van boek VI van Aristoteles (2011)	Phronesis is een belangrijk onderwerp in dit boek van Aristoteles en wordt hierin uitgebreid uitgewerkt.	4
27-3-2020	Wiley Online Library	<i>Sneeuwbal methode</i>		Nurses' use of situation awareness in decision-making: an integrative review (Stubbings, Chaboyer, & McMurray, 2012)	Bij het maken van natuurlijke beslissingen speelt volgens dit integrative review het onderbuikgevoel een rol, wat aangeleerd kan worden door het geven van trainingen.	1
	Springer Link	<i>Sneeuwbal methode</i>		Het gebruik van shared decision making binnen evidence-based practice (Friesen-Storms, Bours, Beurskens, & van der Weijden, 2014).	Shared Decision Making levert een belangrijke bijdrage in goede besluitvorming d.m.v. EBP, omdat hiermee de professionele kennis van de zorgverlener en de patiëntvoorkeuren gedeeld worden en tot een gezamenlijke beslissing leiden	4

Bijlage E – Topiclijst

Protocol semigestructureerd interview

Verwelkom de respondent en leg procedure rustig en duidelijk uit, leg nogmaals uit dat de respondent vrij is om te antwoorden en tussentijds nog kan besluiten om niet verder te gaan met het gesprek.

Ø Vraag toestemming om het gesprek op band op te nemen. [\[Start geluidsopname\]](#)

Ga je akkoord met de brief informed consent die naar jou is toegestuurd via de mail?

Demografische gegevens:

Toegekend identificatienummer :	
Geslacht m/v	
Leeftijd in jaren	
Genoten opleiding(en)	
Aantal jaren werkervaring	
Stage-ervaringen (evt. buitenland)	

Vragen:

1. *Richtlijnen en protocollen worden gemaakt om kwaliteit van zorg te garanderen. Maar we weten ook dat hbo verpleegkundigen worden opgeleid om daar waar nodig af te wijken van protocollen (NVZ, 2017). Om zorg op maat te leveren waardoor de kwaliteit van zorg bevorderd wordt, moet de verpleegkundige met lef kunnen afwijken van richtlijnen en protocollen (De Vries, 2017; Van den Muijsenbergh, 2018).*

Kun jij een voorbeeld geven vanuit je stagepraktijk waar jij afweek van een protocol en waarom?

(Case narrative)

- Situatie

- Welke richtlijn/protocol?
 - Waarom afgeweken? *Morele sensitiviteit/ethische besluitvorming: botsende waarden*
 - o Nieuwe wetenschappelijke kennis
 - o Eigen ervaringskennis
 - o Vanwege de patiënt (multimorbiditeit, voorkeuren, wensen)
 - o Context van zorg, culturele context
 - Wat was er gebeurd als je niet afgeweken had?
 - Hoe afgeweken en hoe verantwoord? (dient goed gedocumenteerd te worden, De Vries (2017)) Heb je dit ook gedocumenteerd in het EPD genoteerd?
 - Hoe zou je het nu verantwoorden, zou je nu andere keuzes maken?
2. **Hoe heb je aangeleerd gekregen om in de dagelijkse praktijk om te gaan met het werken aan de hand van protocollen?** (NVZ, 2017; NFU, 2015)
- Protocol erbij pakken, al dan niet volgen, update protocollen, verantwoorden, tuchtcollege...
 - In hoeverre hecht je waarde aan protocollen?
3. **Kun je iets vertellen over wat jij verstaat onder 'beredeneerd afwijken van protocollen'?** (NVZ, 2017; NFU, 2015).
- Wat versta je hieronder?
 - Waarom wijk je af? Voorbeeld situatie?
 - Wat zijn voor/volgens jou goede redenen om het afwijken van protocollen?
 - Wat zijn factoren die invloed hebben voor jou op het al dan niet je niet zou
 - documenteren?
 - o Terugblik
4. **Hoe heb je eigenlijk geleerd om al dan niet van protocollen af te wijken?** (Nibbelink & Brewer, 2018; McKie, Baguley, Guthrie, Jackson, Kirkpatrick, Laing, O'Brien, Taylor, Wimpenny, 2012).
- Collega, werkbegeleider, arts, patiënt, opleiding, cursussen
 - Hoe zou jij ondersteund kunnen worden in het afwijken van protocollen? Bijv. door aanpassingen in het systeem, meer scholing over het afwijken, zelf meer ervaring op doen (of: rolmodel), tools om gemakkelijker de patiënt voorkeur te achterhalen...
 - Hoe kan je jezelf hierin ondersteunen?
5. **Volgens Underwood (2016) is de aanbeveling om te investeren in de functie als rolmodel van de ervaren verpleegkundige in de opleiding. Welk voorbeeld van het afwijken van een protocol door een collega/werkbegeleider (rolmodel) maakte indruk op je, wat leerde je daarvan en waarom bleef het je bij?**

- Ervaringsleren, Impliciet leren van rolmodel (meester-gezel)
- Op welke manier heeft die persoon je dit geleerd? Door iets te vertellen/je zag het in haar handelen/etc.
- Hoe helpt deze les je in je handelen?

[Stop geluidsopname, gesprek afronden, bedanken voor deelname.]

Bijlage F - Codelijst

NB: in eigen onderzoeksresultaten is het thema 'andere verpleegkundige aandacht dan protocol' verwerkt in de thema's 'bewust afwijken van protocollen' en 'leren afwijken' i.v.m. voorkomen van overlap.

Instructie coderen van het interview

Je hebt onlangs deelgenomen aan het onderzoek 'Afwijken van richtlijnen en protocollen' waarin je bent geïnterviewd. Je hebt dit interview opgenomen en van het audiobestand een tekstbestand gemaakt. Neem het tekstbestand in Word en onderstaande codelijst. Je werkt de hele tekst door en geeft aan belangrijke tekstgedeeltes (markeer die met je muis) een code uit onderstaande lijst door op Controleren>Nieuwe opmerking te klikken. In de opmerking geef je de bij het tekstgedeelte passende code (Bv A6; B2) De tekst van de interviewer hoeft je niet te coderen, het gaat om jouw antwoorden. Waar staat 'protocol/protocollair', kan ook 'richtlijn' gelezen worden. Op pagina 2 is een voorbeeld opgenomen.

A	(Leren) protocollair werken	1. Opzoeken protocol 2. Meekijken bij uitvoer protocol 3. Vragen stellen over handelen 4. Beredeneren/checken 5. Protocol uitvoeren onder begeleiding 6. Zelfstandig uitvoeren 7. Evalueren van werken vlgs protocol
B	Reflecteren protocollair werken	1. Zijn de stappen gevolgd? 2. Is het protocol compleet? 3. Is het protocol up-to-date? 4. Zijn de materialen toereikend? 5. Resultaat voor de zorgvrager? 6. Resultaat voor de zorgverlener? 7. Was het protocol waardevol?
C	Bewust afwijken van protocollen	1. Je mag niet afwijken 2. Doordat handelen geautomatiseerd is en stapjes worden overgeslagen 3. Door nieuwe kennis 4. Protocol is niet compleet 5. Zorgvrager 'past niet' in protocol (fysiek/mentaal/sociaal) 6. Door reflectie op de situatie: kan het anders? 7. Verantwoord in rapportage
D	Leren afwijken	1. Niet geleerd in lessen 2. Iemand moet je er attent op maken

		3. Je hoort/ziet een goed voorbeeld 4. Zorgvrager vraagt om af te wijken 5. Werkbegeleider vraagt af te wijken 6. Veilig leerklimaat, durven vragen 7. Klinisch redeneren, besluiten afwegen
E	Andere verpleegkundige aandacht dan het protocol	1. Aandacht voor de zorgrelatie 2. Zoeken naar het beste in de situatie 3. Opdracht behandelaar 4. Contact andere disciplines 5. Onverwachte situatie 6. Teamoverleg/(grote) visite 7. Anders, ruimte om zelf iets aan te geven

Bijlage G – Demografische gegevens

Identificatienummer	WB1-2020407	WB2-20200408	WB3-20200410	WB4-20200415	WB5-20200421	WB6-20200422
Geslacht m/v	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw
Leeftijd	21 jaar	21 jaar	20 jaar	21 jaar	21 jaar	20 jaar
Aantal jaren werkervaring	3 jaar thuiszorg	2 jaar thuiszorg	Geen	2,5 jaar verzorgingstehuis Paar maanden in thuiszorg Paar maanden in ziekenhuis	3 jaar thuiszorg Paar maanden in verpleeghuis	1 jaar verzorgingshuis Paar maanden in psychiatrie Paar maanden in ziekenhuis
Stage-ervaringen. <i>NB: Om te privacy te beschermen zijn de namen van de instellingen niet toegevoegd aan deze tabel en zijn de stagegegevens op alfabetische volgorde gezet.</i>	PG-afdeling, kleinschalig wonen. Thuiszorg Ziekenhuis, chirurgie Ziekenhuis, interne afdeling	Revalidatie -> afdeling orthopedie (verzorgingstehuis) Thuiszorg Ziekenhuis, afdeling buikchirurgie/oncologie. Ziekenhuis, afdeling longgeneeskunde.	PG-afdeling Thuiszorg. Ziekenhuis, MDL Ziekenhuis, afdeling Orthopedie, urologie, KNO, MKA en plastische chirurgie.	Thuiszorg. Verzorgingshuis, PG-instelling. Verpleeghuis, somatiek. Ziekenhuis, afdeling cardiologie.	PG-afdeling Thuiszorg Ziekenhuis MDL, GEO, KV Ziekenhuis, Vaat, trauma- gynaecologie	Psychiatrie Verzorgingstehuis. Ziekenhuis, kraam- en verlosafdeling. Ziekenhuis, neurologie.

Bijlage H – Mail herhaalde oproep

Verwijderd i.v.m. *anonymiseren*

Bijlage I – Stakeholderanalyse

Tabel 1. *Stakeholderanalyse*: Aangepast overgenomen uit *Checklist Stakeholderanalyse* van R. Grit, 2011, (http://hoadd.noordhoff.nl/sites/7720/_assets/7720d09.pdf). Copyright 2011, Roel Grit.

Verwijderd i.v.m. *anonymiseren*.