



catharina
ziekenhuis

*Het implementeren van een vaste methodiek
op een klinische geriatrie afdeling.*

Klinisch redeneren is te leren

Auteur:
RJAL Monsieurs

KLINISCH REDENEREN IS TE LEREN

*Het implementeren van een vaste methodiek
op een klinische geriatrie afdeling*

Fontys Hogeschool Verpleegkunde

Auteur: R.J.A.L. Monsieurs
Studentnummer: 2141282
Afstudeergroep: Nummer 2
Opdrachtgever: Gerda Schretzmeijer
Instelling: Catharinaziekenhuis
Eindhoven, 28 juni 2013

AFSTUDEERPROJECT: SCHRIFTELIJKE VERANTWOORDING

Voorwoord

Voor u ligt een bachelor scriptie die geschreven is in opdracht van Fontys Hogeschool Eindhoven en het Catharinaziekenhuis te Eindhoven. Het is geschreven als afstudeeropdracht voor de opleiding HBO-Verpleegkunde.

De opdracht was om te onderzoeken of de afdeling klinische geriatrie openstaat voor een vaste methode van klinisch redeneren en welke methode dan de voorkeur heeft. Het doel was het schrijven van een implementatieplan om een vaste methodiek van klinisch redeneren te implementeren op de klinische geriatrie afdeling van het Catharinaziekenhuis.

De auteur van deze scriptie heeft ervoor gekozen om de opdracht alleen uit te voeren. Het voordeel van alleen afstuderen is dat je veel zelf kan bepalen; wanneer werk je er aan? Hoe lang werk je er aan? Hoe wil je dingen aanpakken? Als je met z'n tweeën of drieën afstudeert heb je die vrijheid niet en ben je voor een groot deel van de ander afhankelijk. Toch heeft het ook zijn nadelen. Je kan niet 'even' iets navragen bij je partner en je moet een goede zelfdiscipline hebben om het werk gedaan te krijgen.

Natuurlijk stond ik er niet alleen voor en ik wil daarom diegenen die me begeleidt, geholpen en gesteund hebben bedanken voor de tijd en moeite die ze beschikbaar hebben gesteld om mij te helpen. Dit is als eerste Simone Egberts, mijn projectbegeleidster, die me op het juiste spoor heeft gehouden en me bijgestuurd heeft waar nodig.

Als tweede Harry van de Leygraaf, mijn examinerator, die me voorzag van uitgebreide feedback zodat ik de kern niet uit het oog verloor. Als derde Gerda Schretzmeijer, mijn opdrachtgeefster, die me geholpen heeft met het opstellen van de hoofdvraag en me vanuit de praktijk ondersteund heeft. Tot slot wil ik de medewerkers van de afdeling klinische geriatrie bedanken voor het deelnemen aan de bijeenkomst die ik gehouden heb.

De scriptie is opgebouwd volgens de IMRaD structuur, die gebruikelijk is bij onderzoeken. Dit staat voor introductie, methode, resultaten en discussie. Eerst volgt dus een introductie waarin de hoofdvraag verduidelijk wordt, vervolgens wordt er beschreven welke methoden er gebruikt zijn om het onderzoek uit te voeren en daarna welke resultaten dat heeft opgeleverd. Dan volgt de discussie en conclusie. De scriptie wordt afgesloten met een implementatieplan waarin beschreven staat hoe de implementatie gedaan kan worden.

Ik hoop dat u de scriptie interessant vindt en wens u veel leesplezier.

Eindhoven, 13 juni 2013

Ronald Monsieurs

Samenvatting

Veel verpleegkundigen hebben vaak een 'fingerspitzengefühl' als ze een patiënt zien die op het eerste oog achteruit lijkt te zijn gegaan. Ze moeten dat gevoel kunnen onderbouwen zodat de arts de patiënt goed kan onderzoeken en zo nodig het beleid kan aanpassen. Het onderbouwen van zo'n onderbuik gevoel kan via een vaste methode van klinisch redeneren. Op deze manier loop je alle orgaansystemen van een patiënt na om te gaan waar de (hoofd)oorzaak van de achteruitgang ligt en om te beslissen wat er aan acties ondernomen moet worden. Het is dus belangrijk dat verpleegkundigen deze techniek goed beheersen, want zo is effectief en efficiënt na te gaan wat de patiënt mankeert, waardoor de kwaliteit van zorg beter wordt.

Deze scriptie geeft antwoord op de vraag of de verpleegkundigen en verzorgenden van de afdeling klinische geriatrie van het Catharinaziekenhuis open staan voor het werken met zo'n methodiek en welke methodiek dan het beste is.

Daarvoor is eerst een duidelijke definitie van het begrip klinisch redeneren gevonden door een wetenschappelijk artikel daarover te analyseren. Daarna is er in de literatuur gezocht naar bestaande methoden van klinisch redeneren. Daarbij zijn er vijf gevonden.

Ook zijn 27 ziekenhuizen met een klinische geriatrieafdeling bevraagd over hoe zij klinisch redeneren. Slechts één ziekenhuis zei een methode te gebruiken. De rest van de ziekenhuizen die gereageerd hebben gebruiken geen vaste methodiek.

Verder is er een bijeenkomst gehouden op de afdeling waarbij de medewerkers hun verwachtingen, zorgen en aandachtspunten kenbaar konden maken over het onderwerp. Daaruit kwam naar voren dat het merendeel open staat voor het werken met een vaste methodiek, omdat ze van mening zijn dat ze nu onbewust klinisch redeneren en dat het volgens hun beter bewust kan gebeuren zodat je minder kans hebt dat je iets mist.

De literatuurstudie werd er bij gehaald en de vijf gevonden methoden werden naast de definitie van klinisch redeneren gelegd. De methodiek die daar het meeste in de buurt kwam worden- is de methode 'Proactive Nursing' van Mark Bakker uit 2010.

De aanbeveling die gegeven wordt is dus dat klinisch redeneren volgens een vaste methodiek moet gebeuren. De medewerkers van de afdeling staan ervoor open. Ze kunnen dan het beste gebruik maken van de 'Proactive Nursing' methode omdat die het beste aansluit met wat in de wetenschappelijke literatuur over de definitie van klinisch redeneren gevonden is en waardoor dus alle belangrijke punten aanbod komen. Dit heeft als voordeel dat de patiënt sneller geholpen kan worden. Zo draagt dit onderzoek uiteindelijk bij aan een betere kwaliteit van zorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord	II
Samenvatting	III
Inleiding	6
Hoofdstuk 1: Introductie	7
1.1 De aanleiding	7
1.2 Het probleem	8
1.2.1 De relevantie	8
1.2.2 De relatie tot verpleegkunde	9
1.2.3 Een korte schets van de instelling	9
1.2.4 De probleemstelling	9
1.3 De deelvragen	10
1.4 De doelstelling en verwachtingen	10
Hoofdstuk 2: Methoden	11
2.1 Onderzoek	11
2.1.1 Literatuurstudie	11
2.1.2 Klinische expertise en ervaring	11
2.2 Claims, concerns & issues - bijeenkomst	12
Hoofdstuk 3: Resultaten	15
3.1 Literatuurstudie	15
3.1.1 Vooronderzoek	15
3.1.2 Verschillende methoden klinisch redeneren	16
3.2 Klinische expertise en ervaring	19
3.3 Claims, concerns & issues - bijeenkomst	20
3.3.1 Werkelijke situatie	20
3.3.2 Verschillende methoden klinisch redeneren	20
Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie	24
4.1 Deelconclusies	24
4.1.1 Literatuurstudie	24
4.1.2 Klinische expertise en ervaring	24
4.1.3 Claims, concerns & issues - bijeenkomst	25
4.2 Antwoord hoofdvraag	26
4.3 Discussie	27

Hoofdstuk 5: Implementatie	28
5.1 Ontwikkeling voorstel voor verandering	30
5.2 Analyse feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering	33
5.3 Probleemanalyse doelgroep en setting	34
5.4 Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën	36
5.5 Ontwikkeling, testen en uitvoering	38
5.5.1 <i>Cultuuranalyse</i>	39
5.5.2 <i>Planning</i>	42
5.6 Evaluatie en bijstelling	43
Nawoord	47
Literatuurlijst	48
Bijlagen	52
1 Definities geriatric en klinisch redeneren	53
2 Opzet Claims, concerns & issues bijeenkomst	55
3 Methodieken om klinisch te redeneren	57
4 Artikelanalyse	60
5 Resultaten rondvraag	66
6 Resultaten CCI-bijeenkomst	75
Verklarende woordenlijst	82

Inleiding

Verpleegkundigen moeten over verschillende eigenschappen beschikken. Ze moeten onder andere stressbestendig zijn, empathie kunnen tonen, “tegen vieze dingen kunnen” en goed kunnen observeren. Dat laatste is waar deze scriptie over gaat. Het observeren en daarna actie ondernemen.

Verpleegkundigen wordt tijdens hun opleiding onder andere aangeleerd hoe een gezond lichaam werkt en hoe een ziekte zich ontwikkelt. Zo’n ziekte kan het voorkomen van een patiënt veranderen; hij of zij kan er anders uit gaan zien. Als verpleegkundigen een ‘niet-pluis-gevoel’ hebben moeten ze -al dan niet met behulp van een arts- er achter zien te komen wat er bij de patiënt speelt; ze moeten gaan klinisch redeneren. Om dat gestructureerd te doen en om niets te missen zijn er speciale methoden voor ontwikkeld. Deze scriptie staat in het teken van dit onderwerp en er is onderzocht welke methoden er zijn en of de afdeling klinische geriatrie van het Catharinaziekenhuis er voor open staan om volgens een vaste methode te gaan werken.

De lezer die graag meteen de conclusie wil lezen verwijs ik door naar hoofdstuk 4. Wilt u graag eerst de resultaten lezen, dan kunt u het best beginnen bij hoofdstuk 3. Mocht u geïnteresseerd zijn in de beschrijving van de methoden, dan begint u bij hoofdstuk 2. Als u graag eerst nog meer achtergrondinformatie wil, voordat u het onderzoek zelf wil lezen, dan kunt u gewoon bij hoofdstuk 1 beginnen.

Deze inleiding wordt afgesloten door een quote over observeren van de grondlegger van de moderne verpleegkunde:

"For it may safely be said, not that the habit of ready and correct observation will by itself make us useful nurses, but that without it we shall be useless with all our devotion."

— Florence Nightingale

Notes on Nursing: What it is and what it is not (1860), 160.

Hoofdstuk 1: Introductie

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat er onderzocht moet gaan worden.
Achtereenvolgens wordt beschreven wat de aanleiding was, wat de probleemstelling is met de daarbij behorende deelvragen en welke doelstelling bereikt moet gaan worden.

1.1 - De aanleiding

Deze scriptie staat in het teken van het klinisch redeneren volgens een vaste methodiek. Op vijf afdelingen in het Catharinaziekenhuis Eindhoven (CZE) wordt al volgens vaste stappen klinisch geredeneerd. Het gaat om de afdelingen Orthopedie, Cardiothoracale Chirurgie, Kortverblijf, en -via de vervolgopleidingen- op Interne Geneeskunde en de Kinderafdeling. Een kennismakingsgesprek met de opdrachtgever bevestigde dit. De opdrachtgever stelt ook dat het CZE ziekenhuisbreed klinisch wil gaan redeneren volgens een vaste methodiek. Alle medewerkers doen het dan volgens dezelfde manier en daardoor zit iedereen op één lijn en kan er zo beter samengewerkt worden. Iedereen weet namelijk van elkaar waar ze mee bezig zijn en er kan makkelijker en sneller met elkaar overlegd worden. Dit is echter niet het doel van klinisch redeneren. Het doel is dat er daardoor sneller een goede diagnose gesteld kan worden die sneller behandeld kan worden. Dit komt de kwaliteit van zorg ten goede, omdat er door het personeel dus sneller dingen opgemerkt worden die sneller behandeld worden. Dit is dan ook de voornaamste aanleiding; de kwaliteit van zorg verbeteren. Daarvoor heb je de tweede aanleiding nodig; dat iedereen 'dezelfde taal spreekt'.

Ook heeft het een positief effect voor de studenten. Omdat HBO-V studenten op verschillende afdelingen stage gaan lopen is het van belang dat er één lijn getrokken wordt wat betreft het klinisch redeneren, zodat de studenten op iedere afdeling op een eenduidige manier begeleidt worden in de stappen van het klinisch redeneren. Op de Fontys leren ze dan de grondslag en omdat het in het CZE op diezelfde manier gebeurt leren ze er daar goed mee te werken in de praktijk.

Omdat de afdeling geriatrie nog niet klinisch redeneert volgens een vaste methodiek, zou het dus kunnen zijn dat problemen niet (snel genoeg) ontdekt worden en er te laat of geen acties op ondernomen worden. Om dit tot een minimum te beperken is een vaste methodiek geen overbodige luxe, en omdat iedereen diezelfde methodiek zal gaan gebruiken zal het denkproces van collega's onderling inzichtelijk worden waardoor collega's elkaar makkelijker en beter kunnen helpen met het klinisch redeneren over patiënten, wat de kwaliteit van zorg dus ten goede komt.

Wat is klinisch redeneren precies? Vanuit een eerste oriëntatie komt naar voren dat klinisch redeneren als volgt omschreven kan worden, volgens Bakker (2010): "Simpel gezegd is klinisch redeneren 'het nadenken over je professioneel handelen in de praktijk'.

Klinisch redeneren heeft als doel om klinische problemen systematisch te verwoorden, te analyseren en op te lossen. Klinisch redeneren is wat we doen bij het vaststellen van beroepsinhoudelijke diagnoses, resultaten en interventies. Het omvat in feite elke redenering die de gezondheidssituatie van een patiënt betreft, vanaf het moment dat hij de ziekenhuisdrempel betreedt, tot aan het moment dat hij het ziekenhuis verlaat." (Proactive Nursing 2010)

Dit kan geïnterpreteerd worden als: Problemen bij patiënten constateren, analyseren en er de juiste acties op ondernemen.

1.2 - Het probleem

Studenten HBO-Verpleegkunde (HBO-V) leren op de Fontys (in de minor acute zorg) klinisch redeneren volgens de 6 stappen die Marc Bakker (2010) in zijn boek "Proactive Nursing" beschrijft.

Op de afdeling klinische geriatrie van het CZE te Eindhoven zijn de verpleegkundigen en verzorgenden volgens de opdrachtgever nog niet bekend met deze methodiek. Nu beredeneert iedereen op een andere manier, wellicht via een andere methodiek, of doen ze het onbewust. Klinisch redeneren is belangrijk omdat men zo leert communiceren over de zorg die voor de patiënt noodzakelijk is (VUMC 2007).

Het probleem is dus dat niet iedereen bewust bezig is met klinisch redeneren en zo kan het dus zijn dat de patiënt niet de best mogelijke zorg krijgt doordat problemen te laat of niet ontdekt worden. Ook werkt het veel efficiënter als collega's dezelfde taal spreken. De medewerkers moeten dus bewust klinisch gaan redeneren -en volgens een vaste methode- zodat ze geen stappen overslaan en daardoor geen belangrijke informatie missen die zou kunnen bijdragen aan een betere en snellere diagnose, waardoor patiënten beter geholpen worden en waardoor de kwaliteit van zorg verbetert.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ 2012) schrijft namelijk dat ziekenhuizen een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) hebben. Hiermee proberen ziekenhuizen risico's voor patiënten te verminderen en te voorkomen (VMS zorg 2013). Klinisch redeneren is één van de vier benaderingswijzen voor het herkennen van vitaal bedreigde patiënten in het VMS. Hiermee past klinisch redeneren in het beleid van onder andere het Ministerie van Verkeer en Waterstaat, de Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, ter verbetering van de doelmatigheid en kwaliteit in ziekenhuizen en eerstelijnszorg (Zorgleren 2013).

1.2.1 - De relevantie

De belanghebbenden zijn in deze de artsen, verpleegkundigen/verzorgenden en patiënten. De artsen omdat die er baat bij hebben dat de verpleegkundigen/verzorgenden met ze meedenken, en zoals het gezegde luidt: "Twee weten meer dan één." Je kan zo dus sneller tot een diagnose komen en tot actie overgaan. Artsen krijgen tijdens hun opleiding wel een andere methodiek aangeleerd, zoals te vinden in het boek 'Het geneeskundig proces' (Grundmeijer 2009), en redeneren op medisch niveau met in hun achterhoofd medische diagnoses, maar doordat artsen en verpleegkundigen elkaar nu beter aanvullen komt men sneller tot een definitieve diagnose.

Verpleegkundigen/verzorgenden zijn belanghebbenden omdat ze met een vaste methodiek om klinisch te redeneren bewuster gaan redeneren en zo hun 'niet-pluis-gevoel' kunnen onderbouwen. Zo kunnen ze sneller en beter handelen -zoals op basis van verzamelde gegevens een arts alarmeren- en kwalitatief betere patiëntenzorg geven.

De patiënten zijn ook belanghebbenden, omdat ze er baat bij hebben dat ze op deze manier wellicht sneller en beter geholpen kunnen worden.

1.2.2 - De relatie tot verpleegkunde

Verpleegkundigen zijn dankzij klinisch redeneren zekerder richting de arts en kunnen ze eigen observaties ordenen en onder woorden brengen. Dat zegt docent Marc Bakker in vaktijdschrift Nursing. Een citaat:

'In de kliniek wordt verwacht dat je adequaat reageert, dat je niet achter de feiten aanloopt. Ik hoor van artsen dat ze het prettig vinden als verpleegkundigen goed beargumenteerde standpunten innemen. (...) Verpleegkundigen zijn altijd het eerste aanspreekpunt en de intermediair. Daarom denk ik dat we klachten nog beter moeten herkennen, en dat kan met klinisch redeneren', zegt Bakker. (Nursing 2012).

Uit het bovenstaande is op te maken dat het verpleegkundig beroep een goede relatie moet hebben met het klinisch redeneren. De verpleegkundigen kunnen met een vaste methode klachten nog beter herkennen, en deze beter ordenen en onder woorden brengen. Zo wordt de kwaliteit van zorg verbeterd en het is aan te nemen dat iedere verpleegkundige daar achter zal staan.

1.2.3 - Een korte schets van de instelling

Het CZE is een Santeon ziekenhuis. Dat wil zeggen dat het met vijf andere topklinische ziekenhuizen een nationale ziekenhuisgroep vormt (Santeon 2013).

Het CZE heeft zelf 47 specialismen, van anesthesiologie en de apotheek tot het urologisch behandelcentrum en verloskunde (Catharinaziekenhuis 2013). Eén van die specialismen is de afdeling klinische geriatrie, waar deze scriptie voor geschreven wordt.

Op de afdeling klinische geriatrie van het CZE werken 20 verpleegkundigen en twee verzorgenden. Dit is inclusief verpleegkundigen die in de flexpool (langere periodes bij verschillende afdelingen) en in de vlinderpool (kortdurend bij verschillende afdelingen) werkzaam zijn. Deze zijn verdeeld in twee teams, respectievelijk team A en team B. Op de afdeling is plaats voor 22 patiënten. Team A heeft twee vierpersoonkamers en twee tweepersoonkamers en team B één vierpersoonkamer en zes eenpersoonkamers. Op team B liggen dan ook meestal de erg verwarde en de palliatieve patiënten. Aan het hoofd van de afdeling staat de afdelingsmanager.

1.2.4 - De probleemstelling

De hoofdvraag/probleemstelling van deze scriptie is opgesteld door de opdrachtgever en luidt als volgt:

"Hoe denken de verpleegkundigen van de afdeling klinische geriatrie van het Catharinaziekenhuis over klinisch redeneren volgens een vaste methodiek en welke methode betreft dan de voorkeur?"

Er is gekozen voor een vragende probleemstelling omdat nog niet bekend is op welke wijze het gedaan wordt. Het is belangrijk dat het op een vaste manier gedaan wordt omdat men zo gestructureerd te werk gaat, daardoor (bijna) geen informatie kan missen, zo beter en sneller diagnoses kan stellen en er beter en sneller op in kan spelen, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt.

1.3 - De deelvragen

Uit de hoofdvraag zijn enkele deelvragen opgesteld die ieder deels een antwoord geven op de bovengenoemde hoofdvraag. Deze deelvragen zijn zo geformuleerd dat er uiteindelijk een evidence based scriptie ontstaat. Dat wil zeggen dat er gekeken wordt naar *ervaring, kennis en wetenschap*. Als deze drie punten geïntegreerd worden, spreekt men van evidence based practice ofwel EBP (Cox 2012).

- Deelvraag 1: Wat is geriatrie?
- Deelvraag 2: Wat is klinisch redeneren?
- Deelvraag 3: Hoe wordt er op dit moment klinisch geredeneerd op de afdeling geriatrie van het CZE?
- Deelvraag 4: Wat vindt de afdeling geriatrie van het CZE van klinisch redeneren volgens een vaste methodiek?
- Deelvraag 5: Wordt er op andere geriatrieafdelingen al volgens een vaste methodiek klinisch geredeneerd?
- Deelvraag 6: Welke methoden van klinisch redeneren zijn er?
- Deelvraag 7: Welke methoden zijn geschikt voor een geriatrische afdeling?

1.4 - De doelstelling en verwachtingen

Het doel van deze scriptie is als volgt:

"Voor 15 juni is een implementatieplan geformuleerd met hoe een klinisch redeneren methodiek ingevoerd kan worden op de afdeling klinische geriatrie. Waarbij de medewerkers bekend worden gemaakt met de gekozen methodiek en de bijbehorende stappen."

Deze bekendheid wordt bereikt door een presentatie op de afdeling te houden waarbij de methodiek uitgelegd wordt. Zo zien ze de methode voor zich en krijgen ook uitleg over de verschillende stappen en hun samenhang. Als de verpleegkundigen en verzorgenden van de afdeling klinische geriatrie deze stappen beheersen en tevens op eenzelfde wijze tot uiting kunnen brengen in de praktijk, dan is de uiteindelijke implementatie geslaagd. Dit is echter niet haalbaar voor 15 juni 2013, vandaar dat met de opdrachtgever overeengekomen is dat zij de implementatie doet.

Nu duidelijk is wat er onderzocht moet worden, wordt er gekeken hoe dat gedaan gaat worden.

Hoofdstuk 2: Methoden

In dit hoofdstuk worden de methoden beschreven die gebruikt zijn om de hoofdvraag te onderzoeken. Er is een literatuurstudie gedaan, er is rondgevraagd bij andere Nederlandse ziekenhuizen en er is een Claims, Concerns & Issues - bijeenkomst gehouden (CCI).

2.1 - Onderzoek

Voordat er aan het daadwerkelijke onderzoek begonnen kon worden zou er eerst in de literatuur een vooronderzoek gedaan moeten worden in de vorm van een literatuurstudie. Daarna volgde er een rondvraag bij 27 Nederlandse ziekenhuizen met een klinische geriatrieafdeling, dit onder het mom van klinische expertise en ervaring.

2.1.1 - Literatuurstudie

Hierbij werden verschillende boeken, wetenschappelijke artikelen en andere literatuur geraadpleegd om te onderzoeken wat de verschillende termen en definities inhouden (geriatrie, klinisch redeneren), wat er al bekend is over klinisch redeneren en de verschillende vormen. Ook werd er gekeken welke verbanden er gelegd kunnen worden met het klinisch redeneren en de geriatrische setting.

De transparantie is het duidelijk formuleren van de zoekstrategie:

De zoekstrategie die gebruikt werd is dat er wetenschappelijke literatuur en databanken (Cochrane, CINAHL en PubMed) nageslagen werden voor eventuele aanvullingen betreffende de methodiek van klinisch redeneren die niet in het boek 'Proactive Nursing' terugkomen.

De zoekvraag bestond uit de termen 'Klinisch redeneren, clinical reasoning, geriatric, geriatrie, ouderen, elderly, verpleegkunde en nursing'.

Naast de databanken is er ook gezocht via Google Scholar met dezelfde termen.

Een beperking die gehanteerd werd, was dat er in mindere mate gezocht werd naar methoden van klinisch redeneren die te maken hebben met artsen.

De data-analyse bestond uit het beschrijven van de relevantie uit de theorie en de mogelijke toepasbaarheid voor de scriptie.

De kwaliteit wordt gewaarborgd door de geloofwaardigheid hoog te houden door betrouwbare bronnen zoals boeken en wetenschappelijke artikelen te gebruiken. Door de Harvard-bronvermelding is verifieerbaarheid mogelijk.

2.1.2 - Klinische expertise en ervaring

Hierbij werd contact opgenomen met geriatrische afdelingen van andere ziekenhuizen om te onderzoeken of ze op andere afdelingen ook klinisch redeneren en op welke manier. Ook werd dan gevraagd naar de manier waarop deze afdelingen het geïmplementeerd hebben.

Om tot een lijst met geschikte ziekenhuizen te komen werden alle websites van alle Nederlandse ziekenhuizen bezocht en werd er nagegaan welke ziekenhuizen een klinische geriatrieafdeling hebben. Deze ziekenhuizen werden dan benaderd.

Uit de 90 ziekenhuizen die Nederland heeft (exclusief psychiatrische ziekenhuizen, dagziekenhuizen en ziekenhuizen met alleen poliklinieken) beschikken er 27 over een klinische geriatrieafdeling. Deze zijn per e-mail benaderd om mee te werken aan de vragenlijst.

Kort gezegd zag het proces er zo uit: Nagaan hoeveel ziekenhuizen er zijn in Nederland → Van de gevonden ziekenhuizen de websites bezoeken en nagaan of ze een klinische geriatrieafdeling hebben → De ziekenhuizen die een klinische geriatrieafdeling hebben benaderen.

De data-analyse bestaat uit het verwerken van de gegevens in een tabel waarin een overzicht staat van onderzochte ziekenhuizen en hun reacties. Daar worden conclusies uit getrokken en deze worden verwerkt in de scriptie.

De kwaliteit zal gewaarborgd worden door het onderzoek valide en betrouwbaar uit te voeren. De vragenlijst is valide omdat hij meet wat hij moet meten. Hij gaat namelijk na of, hoe en hoeveel Nederlandse ziekenhuizen met een vaste methode van klinisch redeneren werken. Ook is hij betrouwbaar omdat je dezelfde antwoorden zou krijgen als je de vragenlijst nogmaals naar dezelfde personen zou sturen. Dit omdat je dezelfde vragenlijst gebruikt en aan dezelfde mensen voorlegt (Baarda 2006). De vragenlijst is als bijlage toegevoegd zodat deze altijd zichtbaar blijft.

Het onderzoeksinstrument bestaat uit een vragenlijst die is opgesteld door de student en is nagelezen door de projectbegeleider. Dit wordt ook wel een peer-review of intercollegiale toetsing genoemd. De vragen zijn zelf geformuleerd, met de intentie om met zo min mogelijk vragen de benodigde informatie te verkrijgen. Dit is gedaan om zo weinig mogelijk tijd van de andere ziekenhuizen te vragen. Om een zo hoog mogelijke respons te krijgen is daarom voor de volgende vragen gekozen:

1. Wordt er op de afdeling klinische geriatrie van uw ziekenhuis al klinisch geredeneerd?
2. Wordt er een vaste methode gebruikt; zo ja, welke?
3. Kunt u of één van uw collega's meer informatie verstrekken over hoe de implementatie van deze methodiek is verlopen? Dit mag eventueel ook tijdens een (telefonische) afspraak.

2.2 - Claims, concerns & issues - bijeenkomst

De uiteindelijke onderzoeksmethode bestond uit een Claims, Concerns and Issues-bijeenkomst. Dit is een bijeenkomst met verpleegkundigen en verzorgenden van de afdeling klinische geriatrie, waarin in groepsverband ervaringen uitgewisseld gaan worden volgens de Claims, Concerns & Issues manier. Dit staat voor positieve verwachtingen, zorgen en aandachtspunten (Munten 2012).

Een CCI-bijeenkomst is een bijeenkomst waarbij belanghebbenden met elkaar bespreken wat ze vinden van iets dat bijvoorbeeld geïmplementeerd moet gaan worden. Het gaat er vooral om dat ze zo een stem in het geheel krijgen. (Munten2012). In dit geval een vaste methodiek van klinisch redeneren. Omdat de verpleegkundigen en verzorgenden de doelgroep en belanghebbenden zijn, wordt deze bijeenkomst met hen gehouden.

Deze bijeenkomst heeft tijdens de teamvergadering van 23 april 2013 plaatsgevonden omdat daar het hoogste aantal medewerkers aanwezig is. Dit omdat er dan zo veel mogelijk input verkregen wordt. Moonen en Pansaerts (2008) schrijven dat de validiteit inhoudt dat je meet wat je wil meten. In dit geval moest er gemeten worden hoe de collega's denken over een vaste methodiek om klinisch te redeneren. Dit is ook gemeten dus het onderzoek is valide te noemen.

De opzet van de CCI-bijeenkomst is te vinden in de bijlagen. → Zie bijlage 2. Daarin is te zien dat er ook inhoudelijk uitleg is gegeven over onder andere de definitie van klinisch redeneren en een voorbeeld van hoe een vaste methode eruit kan zien. Op deze manier konden de deelnemers hun claims, concerns en issues beter onderbouwen. Ze hadden immers een goed beeld van de definitie en een beeld van een vaste methodiek.

Deze vorm van bijeenkomen en onderzoeken zorgt ervoor dat iedere medewerker betrokken wordt en zijn of haar mening kenbaar kan maken (Munten 2012). Tevens kan er dan nagegaan worden of de afdeling openstaat voor de verandering. Voor deze vergadering werd contact opgenomen met de afdelingsmanager van de verpleegafdeling klinische geriatrie. Dit om tijd te krijgen tijdens de vergadering en om haar er over in te lichten. Uiteindelijk is er een uur vrijgemaakt voor de CCI-bijeenkomst. Doordat de medewerkers vooraf al ingelicht zijn over wat een CCI-bijeenkomst inhoudt en omdat ze ook al de instructie hebben gehad om claims, concerns en issues op te schrijven is het gelukt om de benodigde informatie te verkrijgen in dat tijdsbestek.

De onderzoeksmethode is kwalitatief onderzoek, omdat men het interpreteert en omdat men er een subjectieve betekenis aan geeft (Verhoeven 2004). Het onderzoekstype is een beschrijvend onderzoek, omdat er nauwkeurig in kaart gebracht moet worden wat de kennis of het oordeel van een grote groep mensen is. (Dobel 2013). Dit wil zeggen dat de medewerkers ieder een eigen mening hebben over het klinisch redeneren volgens een vaste methode en aan te nemen is dat ze die mening baseren op hun eigen ervaringen en dergelijke. Ook hebben ze allemaal een andere hoeveelheid kennis over het onderwerp klinisch redeneren. De ene collega heeft bijvoorbeeld al wel van vaste methodieken gehoord, terwijl de ander niet precies weet wat de definitie van klinisch redeneren is. Een CCI-bijeenkomst heeft veel weg van een focusgroep, omdat deze methode ook ingaat op wat de doelgroep vindt van het onderwerp en wat hun gevoelens en beweegredenen hierbij zijn (Labyrinthonderzoek 2010).

Een inclusiecriteria is dat de deelnemers op de afdeling geriatrie moeten werken, een exclusiecriteria is dat de verpleegkundigen niet alleen werkzaam mogen zijn op de polikliniek of het dagonderzoekscentrum.

Het onderzoeksinstrument bestaat uit flip-over vellen met Post-It briefjes erop waar iedereen hun Claims, concerns en issues op kunnen schrijven. Deze werden daarna geclusterd, mondeling besproken en toegelicht. Dit houdt in dat vanuit de claims en concerns de issues gevormd worden. Dit leidde tot vragen waarna deze verhelderd en bediscussieerd werden.

De data-analyse bestaat uit een thematische analyse, omdat deze de gegevens categoriseert in een aantal thema's waarbij de grote hoeveelheid informatie overzichtelijk wordt gemaakt (Van Hove 2011). De thematische analyse is een methode voor het vinden, analyseren en beschrijven van thema's binnen de data (Braun 2006).

De kwaliteit is gewaarborgd door de Post-It briefjes en de gesproken tekst uit te typen en de Post-It's te bewaren om zo verifieerbaarheid en transparantie te bieden. Ook heeft er een membercheck plaatsgevonden om zo de validiteit te waarborgen, door de deelnemers de analyse goed te laten keuren. Dit houdt in dat de gegevens en interpretaties worden voorgelegd aan de deelnemers om vast te stellen of de analyse klopt met wat er daadwerkelijk gezegd en opgeschreven is (Jochems 2005).

De betrouwbaarheid bij een CCI-bijeenkomst kan maar deels gegarandeerd worden aangezien het een flexibele onderzoeksopzet is. Wel kan de betrouwbaarheid vergroot worden door een goede beschrijving van de methode en procedure te geven (Moonen 2008).

De tien deelnemers (en de opdrachtgever die ook aanwezig was) hebben de resultaten gemaïld gekregen, en ze zijn in de postvakjes van de deelnemers gelegd. Ook is het twee keer in het zogenaamde communicatieschrift gezet dat op de afdeling ligt. Ook is er door de student aan enkele collega's mondeling verteld dat ze hun akkoord nog moeten geven. De opdrachtgever is ook gemaïld met de vraag om tijdens de weekevaluatie op de afdeling te benoemen. Dit heeft ze overgedragen aan een collega.

Tot dusver heb ik pas één mondelinge reactie ontvangen van één van de deelnemers. Wel hebben twee deelnemers gemaïld dat ze de hoofdpunten gelezen hebben en daar mee akkoord zijn. Ook de opdrachtgever heeft gemaïld met daarin "...wel kan ik hierbij aangeven dat alles wat beschreven is over de bijeenkomst met de CC&I op waarheid berust." Ondanks de verschillende pogingen van de student is het dus nog wachten op meer reacties. Het is echter niet nodig om van iedereen een reactie te krijgen. De betrouwbaarheid wordt wel hoger als meer deelnemers reageren, maar enkele reagerende deelnemers is al afdoende.

Nu duidelijk is hoe het onderzoek uitgevoerd is, wordt er in het volgende hoofdstuk gekeken naar de resultaten die het onderzoek heeft opgeleverd.

Hoofdstuk 3: Resultaten

Nu alle benodigde gegevens verzameld zijn, worden ze geordend weergegeven. De hoofdzakelijke informatie is hieronder terug te vinden, de achtergrondinformatie is terug te vinden in de bijlagen.

Er wordt in dit hoofdstuk gewerkt vanuit de EBP structuur.

Eerst kijken we naar de *wetenschap* (literatuur), daarna naar de *ervaringen* (van de afdeling van het CZE en van andere ziekenhuizen) en daarna naar de *kennis* die de afdeling nu heeft over klinisch redeneren. Zo wordt het antwoord Evidence-based onderbouwd (Cox 2012).

3.1 - Literatuurstudie

In de literatuur is eerst een vooronderzoek gedaan naar wat de termen 'geriatrie' en 'klinisch redeneren' inhouden. De uitgebreide definities daarvan zijn te vinden in de bijlagen. → Zie bijlage 1

Vervolgens is er in de literatuur gezocht naar verschillende methodieken om klinisch te redeneren. Deze zijn met elkaar vergeleken. Voor de complete vergelijking kunt u terecht in de bijlagen. → Zie bijlage 3

3.1.1 - Vooronderzoek

Er is onderzocht wat de definitie van geriatrie is. Daarvoor is eerst gekeken wat veroudering in het algemeen inhoudt. Dit houdt in dat de definities van veroudering en gerontologie eerst kort uitgewerkt worden.

De definitie van veroudering is als volgt: "*Veroudering is het met de tijd toenemend optreden van ogenschijnlijk spontane, irreversibele veranderingen.*" (Eulderink 2004).

In de medische wereld spreekt men van veroudering als iemand blijvende veranderingen bij volwassenen heeft. Er worden twee soorten van veroudering beschreven in de literatuur:

- Biologische/natuurlijke veroudering; die zorgt ervoor dat men uiteindelijk sterft.
 - Pathologische veroudering; die zorgt ervoor dat de gezondheid verslechtert door ziekte.
- Deze vorm van veroudering is te voorkomen daar deze door factoren van buitenaf veroorzaakt wordt (Eulderink 2004).

De definitie van gerontologie is als volgt: "*Gerontologie is de wetenschap die zich bezighoudt met veroudering in al haar vormen, maar in het bijzonder met veroudering van volgroeide levende wezens en de individuele en sociale gevolgen van veroudering.*" (Eulderink 2004).

Mensen die verouderen merken dat vaak niet meteen. Dit wordt pas opgemerkt als men ouder wordt, bijvoorbeeld 65+. Als iemand zijn eigen gestelde doelen niet meer kan bereiken, en minder aankan, voelt hij zich meestal niet meer gezond. Bij de ene oudere is dit eerder het geval dan bij de andere. Ze verschillen onderling meer dan andere leeftijdsgroepen. Gemiddeld heeft deze leeftijdsgroep meer kans om ziekten te krijgen dan bijvoorbeeld de jongeren. En omdat de geneeskunde voor de groep ouderen zoveel verschilt met die voor de groep jongeren heeft dat uiteindelijk geleid tot het specialisme geriatrie (Eulderink 2004).

Wat is geriatrie nu precies? De definitie van geriatrie is als volgt: *"Geriatric is de vorm van geneeskunde die zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten die wat betreft hun oorzaak samenhangen met veroudering of in sterke mate worden beïnvloed door veroudering van de betreffende patiënt."* (Eulderink 2004).

Ook is in het vooronderzoek onderzocht wat de geschiedenis van klinisch redeneren is. Het blijkt dat logisch nadenken niet nieuw is. Daarover heeft Van der Clingel (2003) in haar boek het volgende over geschreven: "In veel op wetenschap gebaseerde disciplines en vakgebieden wordt gebruikgemaakt van een vorm van klinisch redeneren, methodisch redeneren of een of andere vorm van analytisch en logisch denken. (...) Toch is de verpleegkundige en verzorgende discipline al langer bezig met wat ook wel de 'professionalisering' van deze beroepsgroepen wordt genoemd, dan sommigen denken. Getuige de uitspraak van Norma Lang, 1975:

'If we cannot name it, we cannot control it, finance it, research it, teach it or put it into policy.' en van Zuster Melk, 1931: 'Treed beslist op. Overweeg tevoren, stel u eerst goed op de hoogte, doch als ge handelt, handel dan kalm en zeker...' "

De definitie van klinisch redeneren is later bepaald aan de hand van het analyseren van een wetenschappelijk artikel van Tofthagen (2010). De definitie van klinisch redeneren luidt volgens dit artikel als volgt:

"Een complex, cognitief proces (denkproces) dat gebruik maakt van formele en informele denk-strategieën (interpretaties en bevindingen) voor het verzamelen en analyseren van informatie van de patiënt, de evaluatie van de betekenis van deze informatie, en het bepalen van de waarde van alternatieve acties."

De volledige artikelanalyse is te vinden in de bijlagen. → Zie bijlage 4

Er is door de student ook gezocht naar artikelen die over geriatrie in combinatie met klinisch redeneren gaan, maar dat leverde geen resultaten op.

3.1.2 - Verschillende methoden van klinisch redeneren

Er is in de literatuur gezocht naar methoden om klinisch te redeneren. Daar zijn vijf methoden in gevonden (vier in boeken en één in een vaktijdschrift).

De methoden die gevonden zijn, komen uit de volgende literatuur:

- Bakker, M. & Van Heycop Ten Ham, C. (2010), "Proactive Nursing"
- Berends, N. & Meggelen, M van. (2013), "Structuur in de laatste fase"
- Clingel, M. van der (2003), "De toepassing van klinisch redeneren".
- Engelbert, R & Wittink, H. (2010), "Klinisch redeneren volgens de HOAC II"
- Grundmeijer, H. (2009), "Het geneeskundig proces"

In de volgende tabel zijn de methoden vergeleken met de gevonden definitie van klinisch redeneren. Aan de hand van termen uit de definitie is gekeken of de gevonden methodieken voldoen aan de definitie:

Tabel 1: Methoden					
Methodiek	Termen uit de definitie				
	Denkproces met strategieën	Verzamelen informatie (onderzoek)	Analyseren informatie	Evalueren	Alternatieve acties bepalen (beleid)
Proactive Nursing	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Structuur in de laatste fase	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
De toepassing van klinisch redeneren	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Klinisch redeneren volgens de HOAC II	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Het geneeskundig proces	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee

Uit de hierboven genoemde tabel is op te maken dat de gevonden methoden bijna allemaal de begrippen uit de definitie gebruiken. Ze bevatten allen de volgende elementen:

- Eerst kijken wat de problematiek is en welke diagnoses mogelijk spelen.
- Vervolgens beleid afspreken en uitvoeren.
- Tot slot het geheel evalueren.

Twee methoden laten alle punten uit de definitie terugkomen. Voor een overzicht van de stappen die de bovenstaande methoden hebben kunt u terecht in de bijlagen. → Zie bijlage 3

Van de twee methodieken die alle punten terug laten komen, en dus min of meer gelijk zijn aan elkaar is de 'Proactive Nursing' methodiek van Bakker (2010) gekozen omdat deze ziekenhuisbreed ingevoerd gaat worden.

Als er een echt afwijkende methode gevonden was die beter aansloot op de geriatrische setting was daar wellicht voor gekozen.

De methode van Bakker bestaat uit 6 stappen, te weten:

→ *Stap 1: Oriëntatie op de situatie en het klinisch beeld*

- Geef het klinisch beeld, de relevante achtergronden van de patiënt en jouw beoordeling van de situatie weer:

Deze eerste stap staat in het teken van de huidige gezondheidstoestand van de patiënt. Hierbij moet je omschrijven wat je opvalt aan de patiënt. Dit moet je onderbouwen met metingen. Dit heet ook wel de 'klinische blik'.

Deze moet je dus kunnen onderbouwen. Ook moet je op de hoogte zijn van de voorgeschiedenis van de patiënt. Op basis van alle informatie die je hebt verzameld moet je de mogelijke oorzaken en diens urgentie kunnen bepalen en daar een aanbeveling over kunnen uiten. Een goede communicatie tussen collega's en de patiënt en diens familie is dus van belang, maar dit geldt voor alle stappen.

Deze eerste stap vormt het uitgangspunt voor het klinisch redeneren.

→ *Stap 2: Klinische probleemstellingen*

- Beredeneer de problematiek met de orgaansystemen, de psychosociale problematiek en de prioriteiten:

In de vorige stap is het duidelijk geworden dat er iets met de patiënt aan de hand is. In deze stap wordt er gekeken naar wat er precies aan de hand is. Daarvoor moet je kunnen achterhalen en kunnen communiceren welke orgaansystemen er zijn betrokken en welke de prioriteit heeft.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen somatische en psychosociale problemen. Deze stap wordt als leidraad gebruikt bij het opstellen van het beleid in stap 4.

→ *Stap 3: Aanvullend onderzoek*

- Denk mee over ontbrekende informatie en hoe dit verkregen kan worden:

Hier worden de problemen die uit de vorige stap komen, maar waarvan nog wordt getwijfeld of ze echt spelen bij de patiënt, onderzocht. Hiervoor is aanvullend klinisch onderzoek nodig. De verpleegkundige denkt met de arts mee over welke onderzoeken er gedaan moeten worden om de missende informatie te verkrijgen. Deze stap staat voor het bevestigen van de diagnose.

→ *Stap 4: Klinisch beleid*

- Denk mee over de behandelingsmogelijkheden, hoe de patiënt bewaakt en begeleid moet worden en verdere verpleegkundige zorg:

In deze stap wordt het beleid bepaald dat ervoor moet zorgen dat de patiënt stabiel blijft en hopelijk weer opknapt. Ook de volgorde waarin de interventies moeten worden toegepast wordt opgesteld. De interventies die hier gekozen worden, worden wederom onderverdeeld in somatisch en psychosociaal.

Deze stap moet het logisch vervolg op de voorgaande stappen zijn.

→ *Stap 5: Klinisch verloop*

- Beredeneer het verloop van de ziekte en het beleid en de consequenties voor de patiënt: Bij deze stap wordt er gekeken hoe de situatie zich ontwikkelt. Er is namelijk altijd een kans op complicaties en dergelijke. Ook brengen sommige interventies risico's met zich mee. Dit alles moet goed geobserveerd worden in deze stap.

→ *Stap 6: Nabeschouwing*

- Beschouw de gehele situatie, de zorg en jouw aandeel daarin en wat je geleerd hebt van de casus:

De laatste stap staat in het teken van de evaluatie en reflectie. De kern van deze stap is dat je de situatie, de geboden zorg en je eigen aandeel daarin beaacht.

3.2 - Klinische expertise en ervaring

Om te zien of andere geriatrieafdelingen ook een vaste methode geïmplementeerd hebben is een rondvraag gedaan bij andere Nederlandse ziekenhuizen met een klinische geriatrieafdeling. De reacties daarvan zijn te vinden in de bijlagen.

→ Zie bijlage 5

In onderstaand schema is te zien welke ziekenhuizen gecontacteerd zijn en welke ziekenhuizen gereageerd hebben (dikgedrukt). Van de opdrachtgever (CZE) zijn de antwoorden op de vragen ook bekend, dus die zijn ook meegenomen:

Academisch Medisch Centrum	Medisch Centrum Leeuwarden
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	Rijnstate
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Scheper Ziekenhuis
Amphia ziekenhuis	Slotervaartziekenhuis
Antonius Ziekenhuis	Tjongerschans
Catharina Ziekenhuis	TweeSteden Ziekenhuis
Deventer Ziekenhuis	UMC St. Radboud
Elkerliek Ziekenhuis	UMC Utrecht
Erasmus Medisch Centrum	UMC Groningen
Groene Hart Ziekenhuis	Westfries Gasthuis
IJsselland Ziekenhuis	Ziekenhuis Gelderse Vallei
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Ziekenhuis Groep Twente
Kennemer Gasthuis	Ziekenhuis Lievensberg
Medisch Centrum Alkmaar	

De resultaten zijn duidelijk. Slechts één van de 27 ziekenhuizen gebruikt een vaste methodiek van klinisch redeneren. Dat is Ziekenhuis Lievensberg. De methode die gehanteerd wordt komt van de Gelre ziekenhuizen. (2010). Het is meer een stappenplan/leidraad voor studenten, maar er wordt wel in gesproken over het verzamelen van (ontbrekende) informatie en het beleid van de patiënt. Deze lijst is eveneens te vinden in de bijlagen. → Zie bijlage 5

Ook is er slechts één ziekenhuis (buiten het CZE om) van plan op korte termijn een methode in te gaan voeren. Het UMC Utrecht is van plan om dit jaar een variant van de Proactive Nursing methode van Bakker (2010) te implementeren.

Drie andere ziekenhuizen gebruiken geen vaste methodiek, maar wel een leidraad:

- Het Medisch Centrum Alkmaar redeneert klinisch aan de hand van de multidisciplinaire verpleegproblemen.
- Bij het Tjongerschans ziekenhuis gebruiken ze zogenaamde probleemlijsten (functioneel, lichamelijk, psychisch en sociaal).
- Ziekenhuis Gelderse Vallei beredeneert aan de hand van een actiepuntenlijst.

Negen andere ziekenhuizen die gereageerd hebben schrijven dat ze wel klinisch redeneren, maar niet volgens een vaste methodiek.

3.3 - Claims, concerns & issues - bijeenkomst

Deze bijeenkomst werd gehouden voor en met de verpleegkundigen van de afdeling klinische geriatrie van het CZE (2013). Dit om te zien in hoeverre de verpleegkundigen en verzorgenden openstonden voor een vaste methodiek om klinisch te redeneren.

3.3.1 - Werkelijke situatie

Er werd ook nagegaan wat de huidige (werkelijke) situatie is. Het is belangrijk om te weten hoe er op dit moment klinisch beredeneerd wordt op de afdeling geriatrie van het Catharinaziekenhuis. Daarom is dat gevraagd tijdens de teamvergadering van 23 april 2013. Tijdens de teamvergadering werd er door de student aan de 10 verpleegkundigen die op de vergadering waren (dit is 50% van het verzorgend personeel) gevraagd hoe zij op dit moment klinisch redeneren.

Daaruit kwam naar voren dat bijna iedereen vond dat ze het al deden, maar onbewust of in ieder geval nog niet bewust genoeg.

De verpleegkundigen van de afdeling geriatrie redeneren nu dus al klinisch, maar nog niet bewust genoeg.

3.3.2 - Resultaten Claims, concerns & issues - bijeenkomst

De resultaten die verkregen werden uit de CCI-bijeenkomst, werden vooraf positief ingeschat. Iedere verpleegkundige wil immers de beste zorg geven aan patiënten en als dit door het inzichtelijk maken van het klinisch redeneren proces deze zorg beter kan worden dan zullen ze er zeker voor openstaan. Dit zou dus een claim kunnen zijn.

Wel wordt er waarschijnlijk kritisch gekeken naar de tijd die het ze gaat kosten om deze methodiek aan te leren. Dit zou een concern kunnen zijn. Deze ingeschatte resultaten bleken te kloppen.

De claims, concerns en issues die uit de CCI-bijeenkomst zijn gekomen worden uitgebreid behandeld in de bijlagen. → Zie bijlage 6

De gegevens zijn geanalyseerd door middel van een thematische analyse, die Braun en Clarke (2006) hebben beschreven.

Shaun Cardiff (2012) heeft een Nederlandse samenvatting van het stuk van Braun en Clarke geschreven en beschrijft de stappen als volgt:

"Het analyseproces loopt van het beschrijven van wat er gezegd is, naar het organiseren/cluseren van citaten om patronen te laten zien, om vervolgens een samenvatting en interpretatie te geven (betekenis en implicaties aan te brengen), vaak in relatie met wat bekend is vanuit literatuur."

Een overzicht van de thema's/clusters is hierna te vinden, in tabel 2:

Tabel 2: Overzicht thema's/clusters

Claims

- Duidelijkheid met een vaste vorm van klinisch redeneren
- Diepgang met een vaste vorm van klinisch redeneren
- Tijdsbesparing en foutvoorkoming met een vaste vorm van klinisch redeneren

Concerns

- Mogelijke beperking van de denkwijze met een vaste vorm van klinisch redeneren
- Wellicht minder overlegmomenten met een vaste vorm van klinisch redeneren

Issues

- Hoe ziet de scholing en evaluatie er uit?
- Hoe zit het met de verschillende niveaus van verpleegkundigen?
- Hoe behoud je overlegmomenten met collega's?

De Post-It briefjes zijn mondeling toegelicht door de deelnemers. Deze mondelinge toelichting is tijdens de analyse samengevoegd per thema. De resultaten daarvan zijn te lezen in onderstaande tabel:

Tabel 3: Mondelinge toelichting

Thema's Claims	Verhaal erachter
- Iedereen zit op één lijn, waardoor er duidelijkheid is.	De deelnemers vertelden dat ze het prettig vonden dat ze bij een vaste methode allemaal op één lijn zitten. Ze denken dan minder tijd kwijt te zijn aan overlegmomenten en denken zo sneller actie te kunnen ondernemen.
- Het zorgt voor meer diepgang.	De deelnemers zijn van mening dat je door een vaste methode van klinisch redeneren meer met de arts mee kunt denken in plaats van het beleid af te wachten. Zo verwachten ze ook meer kennis te verkrijgen en te kunnen uiten, wat ze uitdagend en interessant vinden.
- Het bespaart tijd en fouten.	Doordat iedereen op één lijn zit weet iedereen sneller waar de ander mee bezig is, aldus de deelnemers. En omdat je een vaste methodiek gebruikt weet je ook dat je geen dingen overslaat die belangrijk zijn bij het stellen van een diagnose en het opstellen en/of aanpassen van het beleid.
Thema's Concerns	Verhaal erachter
- Een vaste methode kan je denkwijze beperken.	De deelnemers denken dat je minder denkruimte hebt als je klinisch redeneert volgens een vaste methode. Er is uitgelegd dat de vaste methode vooral houvast biedt waardoor je juist minder dingen vergeet, dan zonder een vaste methode. De deelnemers waren bang dat het routine gaat worden, maar dit is uiteindelijk ook de bedoeling, want dan weet je zeker dat je alles hebt gedaan om tot een diagnose en beleid te komen. Ook werd er verteld dat elke casus anders is, ook al gebruik je een vaste methode. De aanvullende onderzoeken zijn bijvoorbeeld steeds anders. Dit overtuigde een deel ervan dat het geen slecht idee is om een vaste methode te gebruiken.

- Je overlegt wellicht minder met collega's.	De deelnemers vertelden graag met collega's te overleggen als ze een 'niet-pluis-gevoel' bij een patiënt hadden. Er is verteld dat er nog steeds ruimte is om te overleggen. Omdat je straks gebruik kan maken van een vaste methode is het overleg juist diepgaander omdat je minder snel iets over het hoofd ziet. Ook is door deelnemers gezegd dat klinisch redeneren niet in je hoofd moet gebeuren (zoals het nu vaak gedaan wordt), maar juist hardop, zodat anderen mee kunnen denken, en zodat er sneller actie kan worden ondernomen.
Thema's Issues	Verhaal erachter
- Hoe ziet de scholing en evaluatie er uit?	De deelnemers wilden graag weten hoe de (bij)scholing eruit gaat zien en hoe een casus achteraf geëvalueerd wordt. De student heeft gezegd dat nog niet bekend is hoe de scholing vorm gaat krijgen, omdat de praktijkopleider dat gedeelte voor haar rekening gaat nemen. Ook is door de student verteld dat de laatste stap in de methodiek altijd een evaluatiestap is waarbij wordt gekeken hoe er is gehandeld en of de juiste keuzes zijn gemaakt. Dit antwoord vonden ze voor nu voldoende.
- Hoe zit het met de verschillende niveaus van verpleegkundigen?	Sommige deelnemers vroegen zich af of verzorgenden, MBO- en HBO verpleegkundigen verschillend getraind zijn of moeten worden om een methodiek onder de knie te krijgen. De student vertelde dat het niveau van de medewerker niet uitmaakt wat betreft de scholing; iedereen leert immers dezelfde methodiek. En omdat verzorgenden wellicht minder anatomie, fysiologie en pathologie hebben gehad tijdens de opleiding is wel benadrukt dat overlegmomenten met collega's nog steeds aan te bevelen zijn, om niets over het hoofd te zien. Dit nam de concern over het minder overleggen met collega's ook al deels weg.
- Hoe behoud je overlegmomenten met collega's?	De deelnemers brengen dit punt vaak naar voren. De student heeft uitgelegd dat men nog steeds collega's erbij kunt roepen en benadrukte nogmaals dat het proces niet in je hoofd af moet spelen, maar hardop, om zo samen tot een goede diagnose te komen. Dit leek de deelnemers gerust te stellen en ze zagen wel in dat je nog steeds met collega's kunt overleggen.

Als de data nogmaals doorgelezen wordt, dan valt op dat de verpleegkundigen graag duidelijkheid willen. Duidelijkheid door allen op één lijn te zitten, duidelijkheid door een vaste methode en duidelijkheid door scholing om de kennis up-to-date te houden.

In eerste instantie stonden sommigen er sceptisch tegenover om een vaste methodiek te gebruiken. Ze zeiden dingen als "We zijn al klinisch aan het redeneren, en als we het volgens een vaste methodiek gaan doen dan kan dat ons denkwijze beperken", maar na het er met elkaar over gehad te hebben was iedereen van mening dat de methode een compleet plaatje vormt over de conditie van de patiënt en iedereen zag er toch wel de meerwaarde van in.

Wat opviel tijdens de discussie was dat sommige mensen er sceptisch over waren. Toen de mensen die er wel achter stonden ze probeerden te overtuigen, en duidelijk wilden maken dat het veel voordelen had, veranderden de sceptische mensen van mening en zagen ze toch de voordelen er wel van in.

Ze waren vooral bang dat overlegmomenten verloren zouden gaan. Daar is extra uitleg over gegeven tijdens de discussie en dit leek de deelnemers minder sceptisch te maken. De uitleg die gegeven is, is dat je nog steeds zelf beslist of je een collega vraagt om met je mee te denken en om te overleggen. Omdat de collega's straks allemaal dezelfde methode zullen beheersen zal het overleg waarschijnlijk zelfs soepeler verlopen omdat iedereen op één lijn zit.

In het volgende hoofdstuk wordt de conclusie getrokken en wordt er daarmee een antwoord gegeven op de hoofdvraag. Daarna volgt de discussie met wat de sterke en zwakke punten zijn in de scriptie. Ook eventuele vervolgonderzoeken worden beschreven. Tevens wordt er gekeken of de gevonden resultaten overeenkomen met wat er in andere literatuur te vinden is.

Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie

Nu alle benodigde gegevens verzameld en geordend zijn, worden ze met elkaar vergeleken. Wat zegt de afdeling geriatrie van het CZE? Wat zegt de literatuur? Klopt dit met wat andere ziekenhuizen als reactie hebben gegeven?

Dit zijn enkele ondersteunende vragen die gesteld kunnen worden bij het samenvoegen en het opstellen van het antwoord op de hoofdvraag.

4.1 - Deelconclusies

Er wordt wederom uitgegaan van de EBP-indeling; *wetenschap* (literatuur), *ervaring* en *kennis*, bij het schrijven van de conclusie. Deze deelconclusies worden in de volgende paragraaf samengevoegd tot het antwoord op de hoofdvraag.

4.1.1 - Literatuurstudie

Deze scriptie is geschreven voor een klinische geriatrieafdeling. Dat is kortgezegd een afdeling waar ouderen opgenomen liggen die behandeld worden voor ziekten die samenhangen met veroudering. (Eulderink 2004).

Klinisch redeneren is belangrijk op zo'n afdeling omdat je zo de patiënt goed observeert en daardoor sneller afwijkingen ziet. Klinisch redeneren is een denkproces waarbij je gegevens over een patiënt verzameld en analyseert en er daarna zo nodig actie op onderneemt (Vrij vertaald uit Toftshagen 2010).

Verder leren we uit de theorie dat er verschillende methoden zijn om klinisch te redeneren. Er zijn er vier gevonden die in deze scriptie meegenomen zijn. Als we al de gevonden methoden langs elkaar leggen valt op dat ze eigenlijk alle vier op hetzelfde neerkomen. Ze bevatten allen de volgende elementen:

- Eerst kijken wat de problematiek is en welke diagnoses mogelijk spelen.
- Dan aanvullend onderzoek doen om zo dichterbij de echte diagnose te komen.
- Vervolgens beleid afspreken en uitvoeren.
- Tot slot het geheel evalueren.

Als conclusie kan getrokken worden dat het eigenlijk niet uitmaakt welke methode er gekozen wordt. Ze komen simpel gezegd allemaal op hetzelfde neer.

Voor welke methode wordt dan gekozen? Dat is die van Bakker (2010) genaamd 'Proactive Nursing'. Het ziekenhuis is van plan deze ziekenhuisbreed in te voeren, dus als het eigenlijk niet uitmaakt dan is het het beste om deze methodiek te kiezen. Dit is vooral goed voor oproepkrachten en studenten, want ze kunnen op deze manier op iedere afdeling dezelfde methodiek toepassen, waardoor er duidelijkheid blijft bestaan en waardoor en beter geanticipeerd kan worden op klachten en observaties.

4.1.2 - Klinische expertise en ervaring

Er zijn voor deze scriptie 27 ziekenhuizen bevraagd om te onderzoeken welke andere ziekenhuizen met een klinische geriatrieafdeling volgens een vaste methodiek klinisch redeneren.

De 27 ziekenhuizen die bevraagd zijn, zijn gekozen nadat er van 90 ziekenhuizen is nagegaan of ze een geriatrieafdeling hebben. Deze 90 ziekenhuizen zijn alle ziekenhuizen van Nederland voor algemene gezondheidszorg met een klinische afdeling (Dimitri 2005). Psychiatrische ziekenhuizen, dagziekenhuizen of vestigingen met alleen poliklinieken zijn niet meegenomen.

Van de 27 gecontacteerde ziekenhuizen hebben er 17 gereageerd (63%).

De antwoorden van de ziekenhuizen zijn geanalyseerd, en daaruit blijkt dat slechts één geriatrieafdeling volgens een vaste methode klinisch redeneert. Dat is Ziekenhuis Lievensberg. De methode die gehanteerd wordt komt van de Gelre ziekenhuizen. (2010).

Het UMC Utrecht is van plan om binnenkort een variant van de Proactive Nursing methode van Bakker (2010) te implementeren.

Slechts één van de ziekenhuizen die gereageerd hebben gebruikt dus een vaste methode en één ander ziekenhuis is van plan dat te gaan doen.

Als argument om het niet te doen wordt vaak genoemd dat klinisch redeneren toch al gedaan wordt, ondanks dat er geen vaste methode gebruikt wordt.

De conclusie die hier getrokken kan worden is dat weinig geriatrieafdelingen op dit moment met 'bewust klinisch redeneren' bezig zijn. Wel is uit de antwoorden af te lezen dat het onbewust al gedaan wordt, maar dat er geen sprake is van een vaste methodiek. Waarom wordt het dan niet gedaan? Dat vertelden de ziekenhuizen er niet specifiek bij. Waarschijnlijk heeft het te maken met het feit dat het nu pas in opkomst komt en dat ze het gewend zijn om het niet volgens een vaste methode te doen.

4.1.3 - Claims, concerns & issues -bijeenkomst

Tijdens de CCI-bijeenkomst werd eerst de werkelijke situatie bepaald. Deze is als volgt: De verpleegkundigen gaven tijdens de teamvergadering aan dat iedereen volgens hen al wel klinisch redeneert, maar onbewust of in ieder geval nog niet bewust genoeg.

De wenselijke situatie is dat het hele ziekenhuis -dus ook de afdeling geriatrie- volgens een vaste methode gaan klinisch redeneren. Daarom is onderzocht wat het team van dat idee vind.

Uit de analyse van de CCI-bijeenkomst blijkt dat de verpleegkundigen het grotendeels eens zijn met elkaar. De medewerkers van de afdeling staan er grotendeels positief tegenover. Sommigen zijn bang dat er minder overlegd wordt met collega's door een vaste methodiek, en sommigen denken dat het opleidingsverschil voor moeilijkheden gaat zorgen en dat ze veel tijd kwijt zijn aan scholing. Door uitleg van de student zijn deze onzekerheden grotendeels weggenomen en de meeste vragen beantwoord. Daardoor zijn de medewerkers vooral positief over het klinisch redeneren volgens een vaste methode. Ze vinden dat je zo meer ruimte krijgt om je kennis te laten horen en dat er meer diepgang is. Ook vinden ze dat een vaste methode tijd bespaart, houvast geeft en dat je zo minder snel fouten kan maken en dingen over het hoofd kan zien.

4.2 - Antwoord hoofdvraag

Nu we vanuit verschillende invalshoeken een conclusie hebben, is de laatste stap om er een samenhangende conclusie van te schrijven, waarmee antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag. De hoofdvraag luidde als volgt:

“Hoe denken de verpleegkundigen van de afdeling klinische geriatrie van het Catharinaziekenhuis over klinisch redeneren volgens een vaste methodiek en welke methode betreft dan de voorkeur?”

Het ‘kort-door-de-bocht-antwoord’ wat hier gegeven kan worden is:

Ze staan er positief tegenover en vanuit de literatuurstudie geniet de methode ‘Proactive Nursing’ (Bakker 2010) de voorkeur.

Omdat daar dieper in is gedoken is het antwoord iets uitgebreider:

De verpleegkundigen, verzorgenden en studenten van de afdeling Klinische Geriatrie in het Catharinaziekenhuis staan open voor het klinisch redeneren volgens een vaste methode. Uit onderzoek onder andere geriatrieafdelingen blijkt dat het klinisch redeneren volgens een vaste methodiek nog niet veel voorkomt en dat er pas één ander ziekenhuis met een vaste methode werkt. Dit is Ziekenhuis Lievensberg. De 26 andere ziekenhuizen die ondervraagd zijn doen ook wel aan klinisch redeneren, maar vaak minder bewust. Door het juist bewust te doen kun je problemen sneller herkennen, onderbouwen en er zo nodig sneller actie op ondernemen. Dit draagt bij aan een betere kwaliteit van zorg. Wel is het nog steeds voor velen onduidelijk wat de term ‘klinisch redeneren’ nu precies inhoudt. Een onderzoek van Tofthagen uit 2010 heeft dit probleem opgepakt en door wetenschappelijk onderzoek is er een definitie van klinisch redeneren uitgekomen. Deze luidt:

“Een complex, cognitief proces (denkproces) dat gebruik maakt van formele en informele denk-strategieën (interpretaties en bevindingen) voor het verzamelen en analyseren van informatie van de patiënt, de evaluatie van de betekenis van deze informatie, en het bepalen van de waarde van alternatieve acties.”

Verder is er in de literatuur gezocht naar verschillende methodieken om klinisch te redeneren om het tweede gedeelte van de hoofdvraag te beantwoorden. Uit deze literatuurstudie kwam naar voren dat alle gevonden methodieken sterk op elkaar leken en dat het eigenlijk niet uitmaakt welke methodiek geïmplementeerd wordt. Omdat het ziekenhuis graag de ‘Proactive Nursing’ methode van Bakker (2010) ziekenhuisbreed in wil voeren is dat de methodiek die gekozen is.

Daarnaast is er ook een claims, concerns & issues bijeenkomst gehouden om na te gaan hoe de verpleegkundigen en verzorgenden tegen een vast stappenplan om klinisch te redeneren aankijken. De resultaten die daaruit voortkwamen waren overwegend positief. Ze waren van mening dat ze nu onbewust wel klinisch redeneren, maar dat het beter was om je er bewust van te maken. Dit omdat je zo dieper in de klachten en observaties duikt, waardoor je beter en sneller kan handelen, mocht dit nodig zijn.

Deze scriptie heeft dus opgeleverd dat er een vaste methode is gekozen vanuit de literatuurstudie en dat er in kaart is gebracht hoe de medewerkers van de afdeling er tegenover staan. Dit is beide positief dus de praktijkopleider kan hierna de methode gaan implementeren.

4.3 - Discussie

Geen enkel onderzoek is perfect. Ieder onderzoek heeft sterke en minder sterke punten. De sterke punten van dit onderzoek zijn dat er niet alleen naar de afdeling zelf is gekeken, maar ook naar andere ziekenhuizen. Een ander sterk punt is dat er in de theorie is gezocht naar zo veel mogelijk methoden, om zo de beste keuze te kunnen maken.

Tijdens het zoeken van methoden is het opgevallen dat iedere methode bijna dezelfde opzet heeft, zoals te lezen valt in paragraaf 3.1. Ze gebruiken ieder de stappen diagnose, beleid aanpassen en evalueren. Dit komt ook overeen met wat in de wetenschappelijke literatuur te vinden is, zoals in het artikel "Clinical Reasoning and Critical thinking" (De Almeida 2010).

De definitie van klinisch redeneren die gevonden is in het artikel van Simmons (2010) is in minder uitgebreide vorm ook terug te vinden in de literatuur, zoals in het boek "De toepassing van klinisch redeneren" (Clingel 2003)

Ook is er in deze scriptie steeds gewerkt vanuit EBP, wat inhoudt dat er steeds is gekeken naar de wetenschap, kennis en ervaring. Cox (2012) beschrijft in haar boek dat de drie pijlers van EBP zijn.

Een minder sterk punt is dat er wellicht nog dieper onderzocht kon worden waarom andere ziekenhuizen niet volgens een vaste methode klinisch redeneren. Omdat hier niet de focus lag van de scriptie is dat wellicht een vraag voor een ander (vervolg)onderzoek. Ook had de student misschien zelf de ziekenhuizen om een reactie kunnen vragen, of in de vragenlijst (bij vraag 1) op kunnen nemen waarom ze wel of niet volgens een vaste methode klinisch redeneren. Als hier wel op doorgevraagd was zou de conclusie af kunnen wijken. Als andere ziekenhuizen aangaven dat ze het ooit geprobeerd hadden, maar het niet werkte zou het invoeren van een vaste methode wellicht afgeraden worden.

Hoofdstuk 5: Implementatie en evaluatie

Dit hoofdstuk staat in het teken van de implementatie. Daarvoor wordt het model van Grol en Wensing (2010) gebruikt, omdat dat een model is dat specifiek voor de zorgsector is ontwikkeld. De opdrachtgever beslist hoe de uiteindelijke implementatie eruit gaat zien, daar deze de implementatie voor haar rekening neemt. De stappen 5 en 6 zullen dus grotendeels door haar uitgevoerd worden.

In dit implementatieplan wordt de toekomstige implementatiestrategie beschreven.

Daarin worden de volgende punten duidelijk gemaakt:

- Hoe, waarom, wanneer en door wie er wat moet gebeuren;
- Welke doelgroep er is;
- Hoe en wanneer er geëvalueerd moet worden.

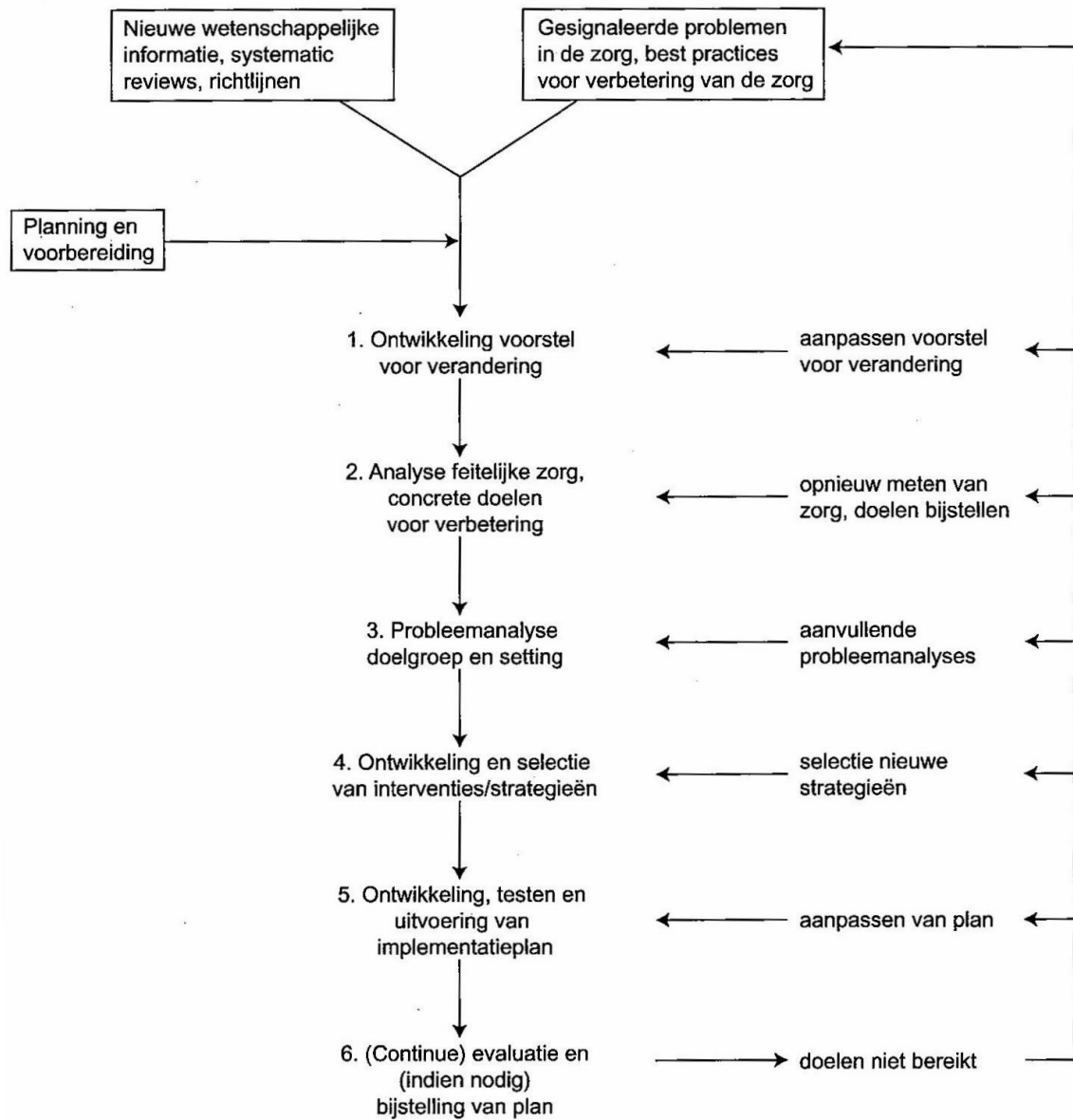
(Duits 2012)

Een implementatieproces van een innovatie of verandering in de patiëntenzorg start meestal met nieuwe kennis die via onderzoek opgedaan wordt. Soms komt iemand toevallig terecht bij nieuwe informatie, soms is er een probleem gesignaleerd en wordt dat onderzocht door het zoeken naar bewijslast of een best practice. Het maakt niet uit waar het idee voor implementatie of veranderen vandaan komt, altijd moet hetgeen dat moet veranderen -of geïmplementeerd moet worden- geïdentificeerd worden (Grol 2010). Er moet dus een voorstel voor de verandering ontwikkeld worden. Daarvoor wordt het model van Grol en Wensing (2010) gebruikt, dat bestaat uit zes stappen. Een schematische weergave van de stappen laat zien dat er flexibel kan en moet omgegaan worden met het plan, op basis van informatie die opgedaan wordt tijdens het innovatietraject.

→ *Zie schema 1*

De stappen in *schema 1* zijn samengevat als volgt weer te geven (Grol 2010):

- Stap 1: Formuleren van een concreet, goed onderbouwt en haalbaar voorstel voor verandering in de praktijk met duidelijke doelen.
- Stap 2: In kaart brengen van de feitelijke zorg en problemen daarin.
- Stap 3: Analyse van de doelgroep en de setting: Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in het realiseren van de verandering?
- Stap 4: Ontwikkeling en selectie van strategieën om veranderingen in te voeren: Strategieën voor zowel een effectieve verspreiding als een effectieve implementatie en behoud van verandering.
- Stap 5: Ontwikkeling en uitvoering van een implementatieplan met activiteiten, taken en tijdspad.
- Stap 6: Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan: Continue monitoring aan de hand van indicatoren.



Schema 1: Het implementatiemodel volgens Grol en Wensing (2010)

5.1 - Ontwikkeling voorstel voor verandering

Grol en Wensing stellen dat verschillende verbeteringen in de zorg vragen om een verschillende aanpak. Ze maken onderscheid in klinische besluitvorming, praktijkvoeringsroutines en efficiëntie in de zorgverlening. Onder efficiëntie in de zorgverlening valt het verbeteren van zorgprocessen. Dit past het beste bij het onderwerp van deze scriptie, omdat klinisch redeneren ook onder het zorgproces valt in de vorm van het verwerken van informatie, het bepalen en vaststellen van de benodigde zorg en het uitvoeren en evalueren van het zorgplan (Thesaurus 2013). Volgens de Gezondheidsraad (2000) past een stapsgewijze invoering het beste bij dit soort implementaties. Dit komt overeen met het stappenplan in het boek van Grol en Wensing.

De eerste stap in de implementatie van nieuwe werkwijzen is het ontwikkelen van een concreet voorstel voor verbetering in de wijze van werken, aldus Grol en Wensing (2010). Een proces van implementatie start met een omschrijving van wat er geïmplementeerd moet worden en welke verbeteringen er in de zorg nagestreefd moeten worden (Schellekens 2000).

Dit is reeds gedaan in de scriptie. Daarin is beschreven dat er een vaste methodiek voor het klinisch redeneren ingevoerd moet gaan worden omdat dit onder andere bijdraagt aan een hogere kwaliteit van zorg.

Het doel zoals in de scriptie omschreven is, is de volgende:

"Voor 15 juni is een implementatieplan geformuleerd met hoe een klinisch redeneren methodiek ingevoerd kan worden op de afdeling klinische geriatrie. Waarbij de medewerkers bekend worden gemaakt met de gekozen methodiek en de bijbehorende stappen."

Daarnaast moet de afdeling na 15 juni bekend worden gemaakt met deze methodiek en de bijbehorende stappen en hoe ze er mee moeten werken. Dit is echter niet haalbaar voor 15 juni 2013, vandaar dat met de opdrachtgever overeengekomen is dat zij de implementatie doet.

Ook moeten we hier de doelgroep al gaan betrekken in het proces. Daardoor wordt de kans op een succesvolle implementatie vergroot (Grol 2010).

De doelgroep omvat de (leerling-)verpleegkundigen en verzorgenden van de afdeling klinisch geriatrie van het Catharinaziekenhuis Eindhoven (CZE).

Deze zijn inderdaad al betrokken vanaf het begin, want de student heeft de afdeling al vanaf de start regelmatig op de hoogte gehouden door op de afdeling te communiceren hoe de voortgang van het project is. Dit heeft de student ongeveer elke maand in een communicatieschrift op de afdeling geschreven. Zo blijft de doelgroep op de hoogte en zijn zo ook meer geneigd om mee te doen met het onderzoek dat heeft plaatsgevonden. Als de student nooit iets had laten weten dan was het aannemelijk dat de medewerkers minder graag mee wilden werken met het gehouden onderzoek.

De doelgroep ((leerling-)verpleegkundigen en verzorgenden) is verder geanalyseerd aan de hand van een schema van ZonMw (2011):

Tabel 4: Doelgroep analyse	
Hulpvragen	Doelgroep
Wat is de rol van de doelgroep?	De doelgroep is eerst naar hun mening over het onderwerp gevraagd. Daarna is het onderwerp door de student uitgewerkt. Nu is de rol van de doelgroep het kennis maken met de methode van klinisch redeneren, ermee te leren werken, ermee gaan werken en ermee blijven werken.
Welke belang heeft de doelgroep?	De doelgroep bestaat uit verpleegkundigen en verzorgenden. Aan te nemen is dat deze groep mensen graag de beste zorg willen geven aan hun patiënten. Door met een vaste methode klinisch te redeneren is het sneller duidelijk wat het probleem is dat bij de patiënt speelt en wat er aan gedaan kan worden. Zo krijgt de patiënt dus sneller betere zorg en dat zou de doelgroep moeten motiveren.
Wat weet de doelgroep van het onderwerp?	De doelgroep heeft als inleiding op de Claims, concerns & issues - bijeenkomst (CCI-bijeenkomst) informatie gekregen over wat klinisch redeneren inhoudt en dat je daarvoor een vaste methodiek kan gebruiken. Uit die bijeenkomst kwam naar voren dat (vooral de HBO-)verpleegkundigen al wisten wat het inhield en het op school hadden gehad.
Wat vindt de doelgroep van de verandering?	Er is uit diezelfde bijeenkomst gekomen dat veel medewerkers al onbewust klinisch redeneren, maar dat ze dat graag bewuster willen gaan doen. Veel medewerkers staan dus open voor de verandering.
Welke motivaties spelen een rol?	Sleutelwoorden die uit de analyse van het CCI onderzoek kwamen waren: Houvast hebben, structuur hebben, duidelijkheid en verdiepend bezig zijn.
Aan welke informatie heeft de doelgroep behoefte?	De doelgroep wil graag weten welke stappen ze moeten gaan gebruiken en hoe ze dat moeten doen. Daar ligt dan ook in eerste instantie de focus van de implementatie; de medewerkers bekend maken met de methode en ze er mee laten oefenen.
Hoe wil de doelgroep benaderd worden?	De medewerkers maken zelf vaak gebruik van een interactieve PowerPointpresentatie om informatie over te brengen. Daarom heeft de student gekozen om dat middel ook in te gaan zetten.
Hoe is de doelgroep te bereiken?	De doelgroep is gewend om informatie hoofdzakelijk via drie kanalen te ontvangen: Via de mail, eens per week in de weekevaluatie en eens per maand in de teamvergadering. Voor kleine beetjes informatie en wijzigingen kan ook gebruikt worden gemaakt van het zogenaamde communicatieschrift op de afdeling.

Er moet in deze stap rekening worden gehouden met het feit dat bepaalde kenmerken van innovaties de implementatie kunnen bevorderen of belemmeren. Grol en Wensing (2010) hebben in hun boek een lijst verzameld van termen die daar onder kunnen vallen. De student heeft enkele van deze begrippen gekozen, waarvan hij van mening is dat deze passen bij het onderwerp van deze scriptie:

Tabel 5: Bevorderende en belemmerende kenmerken	
Kenmerk	Omschrijving
Relative advantage/utility (Relatief voordeel / nut)	De innovatie is beter dan bestaande of alternatieve werkwijzen. Wel ziet de ene deelnemer er meer het nut van in dan de andere.
Complexity (Complexiteit)	De innovatie is makkelijk uit te leggen en te begrijpen, en er is na oefening gemakkelijk mee te werken. Wellicht is het voor de oudere verpleegkundige wel lastiger om iets wat je al heel lang op een eigen manier doet ineens op een andere manier te moeten doen.
Flexibility, adaptivity, revisability (Flexibiliteit, adaptiviteit, herzienbaarheid)	De innovatie is aan te passen aan de behoeften en de situatie van de doelgroep.
Involvement (Betrokkenheid)	De doelgroep is betrokken geweest bij het onderzoek.
Triability, reversability (Testbaarheid, omkeerbaarheid)	De innovatie kan zonder risico worden uitgetest, gestopt en terugdraaid worden, mocht het niet werken.
Visibility, observability (Zichtbaarheid, waarneembaarheid)	Anderen kunnen de resultaten zien en observeren.
Centrality (Centraliteit)	De innovatie is een centrale activiteit in het dagelijks werk.
Pervasiveness, scope, impact (Doordringendheid, reikwijdte, impact)	Het werk wordt ten goede beïnvloedt, wel kan het iets meer tijd kosten. De medewerkers kunnen straks beter inschatten wat er met de patiënt aan de hand is en zo nodig overleggen met collega's.
Duration (Duur)	De innovatie moet voor het begin van 2014 geïmplementeerd zijn. Dit is realistisch.
Form, physical properties (Vorm, fysische eigenschappen)	De innovatie zal het handelen en denken van de medewerkers positief beïnvloeden.
Presentation (Presentatie)	De innovatie zal interactief (met oefeningen) en via presentaties gepresenteerd worden.

Uit bovenstaande tabel is op te maken dat de innovatie/verandering vooral bevorderende factoren heeft. De innovatie is goed te oefenen en te proberen. Ook kunnen mensen van buitenaf eventueel meekijken met zo'n oefening.

Zo kan gecontroleerd worden of de validiteit en betrouwbaarheid niet in het gedrang komen.

De belemmerende factoren die naar voren komen zijn, dat het wellicht wat meer tijd kost in de praktijk (vooral in het begin) en dat je misschien minder overlegt met collega's, maar dit heeft de medewerker zelf voor het zeggen. Ook dat de ene verpleegkundige er meer open voor staat dan de andere en dat de verandering voor vooral de 'oude garde' even wennen is.

5.2 - Analyse feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering

Nu er een doel geformuleerd is, moet het huidige handelen geanalyseerd worden. Daarbij moet de vraag gesteld worden hoe er op dit moment gewerkt wordt aan het klinisch redeneren, en in welke mate dat verschilt van de wenselijke situatie. Dat is eveneens in de scriptie gedaan. Daarin is beschreven dat eigenlijk iedere medewerker van mening is dat ze klinisch redeneren, maar onbewust of in ieder geval nog niet bewust genoeg. Het is wenselijk dat dit verandert om zo geen belangrijke stappen over te slaan, waardoor patiënten sneller de goede zorg kunnen krijgen. De verbeterpunten moeten zich er dan ook op focussen dat de methodiek bekend wordt en dat de medewerkers van de afdeling geschoold worden om met deze methodiek te werken (en te blijven werken).

De doelen die eerder genoemd worden, worden in deze stap concreter gemaakt:

Tabel 6: Doelen	
Doel	Specifiek
Implementatieplan formuleren	Voor 15 juni 2013 is een implementatieplan geformuleerd met hoe een klinisch redeneren methodiek ingevoerd kan worden op de afdeling klinische geriatrie.
Medewerkers bekend maken met de methodiek	Voor 1 januari 2014 weten de medewerkers te vertellen hoe de methodiek werkt en welke stappen ze moet doorlopen.
Medewerkers de methode laten toepassen	Voor 1 januari 2014 moeten de medewerkers een casus volgens de methodiek kunnen uitwerken.

Of de implementatie wil lukken en het doel gehaald wordt is deels afhankelijk van de vernieuwing zelf. Hieronder is aan de hand van een schema van ZonMw (2011) een analyse gedaan van de vernieuwing, met daarin de sterke en zwakke punten:

Tabel 7: Analyse van de vernieuwing		
Kijk naar de kenmerken van de vernieuwing:	JA / NEE	Toelichting
Is de verandering eenvoudig, niet al te complex?	Ja	
Is de verandering helder in woorden uit te leggen?	Ja	
Is de verandering in lijn met bestaand beleid of een radicale wijziging?	Ja	Het CZE wil het ziekenhuisbreed in gaan voeren.
Is de verandering te combineren met de huidige werkwijzen?	Ja	De meeste medewerkers doen het al onbewust, ze moeten alleen bewust gemaakt worden.
Is de verandering eerst op kleine schaal uit te proberen?	Ja	Eerst kan er met enkele medewerkers geoefend worden.
Is de doelgroep betrokken bij het ontwikkelen van de vernieuwing?	Ja	De doelgroep mag meebepalen hoe ze de methodiek aangeleerd willen krijgen nadat een suggestie is gedaan door middel van dit plan.

Kijk naar wat de vernieuwing van medewerkers vraagt:	JA / NEE	Toelichting
Vraagt de verandering om kennis, houding en gedrag waarover uw medewerkers al beschikken?	Ja	De meeste medewerkers weten er al wat van af.
Is er voldoende kennis om met de verandering te starten?	Ja	
Is de verandering vrijwillig - en dus niet van bovenaf afgedwongen?	Nee	Het CZE wil het graag invoeren.
Is de verandering ontstaan vanaf de werkvloer?	Nee	De opdrachtgever heeft de opdracht aangedragen gekregen en aan de student overgedragen.
Komt de verandering voort uit onvrede of verlangen om het beter te doen?	Ja	Het ziekenhuis streeft naar de hoogste kwaliteit van zorg en daarvoor moeten medewerkers goed klinisch kunnen redeneren.
Kijk naar de opbrengsten van de vernieuwing:	JA / NEE	Toelichting
Zijn de kosten voor de verandering naar verhouding?	Ja	Het kost tijd om de scholing voor te bereiden en te geven, maar dat weegt niet op tegen het feit dat de patiënten betere zorg krijgen.

Zoals te zien is zijn de meeste vragen met een 'Ja' beantwoord. Deze kenmerken werken bevorderend. De punten waar 'Nee' staat werken belemmerend. Er is te lezen dat de verandering niet vrijwillig is en van bovenaf is opgedrongen, en dat de verandering niet is ontstaan vanaf de werkvloer.

5.3 - Probleemanalyse, doelgroep en setting

We weten hoe de situatie nu is en hoe die moet gaan worden. De nu volgende stap is in het verlengde van de vorige stap en gaat nog verder kijken naar bevorderende en belemmerende factoren, maar nu vanuit de context gezien. Dat zijn "factoren die de werking van een implementatiestrategie versterken of verzwakken of die het verloop van een implementatieproces beïnvloeden." (Grol 2010). Hiervoor moet dus een contextanalyse gemaakt worden. Dit is gedaan aan de hand van een matrix van ZonMw (2011):

Tabel 8: Contextanalyse		
	Waar liggen er kansen? (Bevorderende factoren)	Wat zijn de bedreigingen? (Belemmerende factoren)
Sociale context	- De meeste medewerkers zijn al bekend met het begrip klinisch redeneren en hoe ze het kunnen toepassen. - De doelgroep staat er positief tegenover. - De doelgroep is bereid om de methodiek te gaan gebruiken.	- Patiënten vinden het wellicht vervelend als verpleegkundigen eerst een aantal stappen moeten doorlopen van de vaste methodiek, voordat ze een aangepast beleid krijgen.

	- De werksfeer is familiair en het leiderschap wordt in de cultuuranalyse omschreven als mentor, facilitator, stimulator, coördinerend en organiserend. - De patiënt is bij een succesvolle implementatie gebaad.	
Organisatorische context	- De medewerkers op de afdeling hebben deels inspraak op veranderingen en hoe ze doorgevoerd moeten worden. - Doordat men aan team- en kamerverpleging doet op de afdeling zijn verpleegkundigen zo vaak mogelijk bij dezelfde patiënten ingedeeld. Zo heeft de verpleegkundige het snel door als de patiënt klinisch verandert. - De artsen en verpleegkundigen communiceren vaak met elkaar (MDO, visite) en weten zo wat ze aan elkaar hebben en is er wederzijds vertrouwen. - Er is regelmatig een klinische les en/of casusbespreking op de afdeling waardoor er oefening en nascholing gedaan kan worden.	- Op de afdeling is uiteindelijk de afdelingsmanager die de knopen doorhakt. De medewerkers zijn niet altijd even betrokken bij de besluitvorming. - Doordat er aan team- en kamerverpleging wordt gedaan heeft maar één verpleegkundige een goed klinisch beeld van de patiënt en is het voor andere verpleegkundigen lastig om een goede klinische blik te omschrijven van patiënten waar ze voor overleg bij geroepen zijn, maar waar ze niet veel van af weten. Daarom is het wellicht aan te raden om iedere verpleegkundige van de unit even een rondje te laten maken over de patiëntenkamers van de gehele unit, zodat iedereen op die unit een globaal beeld heeft van iedere patiënt, wat het overleggen en vergelijken van het klinisch beeld van de patiënt makkelijker maakt. Een unit heeft maximaal 12 patiënten en die heb je in een paar minuten allemaal globaal gezien. - Er werken verpleegkundigen met een klein contract op de afdeling die niet vaak bij overleggen aanwezig zijn. Ze zouden wel in hun vrije tijd terug kunnen komen, maar aan te nemen is dat ze dat niet graag zullen doen.
Economische context	- Omdat de vergaderingen/lessen tijdens werktijd gegeven worden kost het de afdeling geen extra uren om de scholing te geven.	- Het kost diegene die de scholing verzorgt tijd om het voor te bereiden en dan kan diegene niet aan andere werkzaamheden werken.

5.4 - Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën

In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de manier waarop de beoogde veranderstrategieën ingevoerd kunnen worden. Daarbij wordt rekening gehouden met de doelgroep en de setting. Grol en Wensing (2010) spreken in hun boek van twee verschillende fasen tijdens het implementeren:

- Disseminatie: Het vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, en bevorderen van een positieve houding en van de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze.
- Implementatie: Het bevorderen van de feitelijke toepassing in de praktijk en ervoor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routines.

Tijdens de CCI-bijeenkomst is er aan de disseminatie gewerkt. De verpleegkundigen hebben hun belangstelling getoond door op te komen dagen op de bijeenkomst en de verpleegkundigen staan sinds de bijeenkomst positief tegen de ideeën over.

De vraag is of dat nog steeds het geval is als de implementatie daadwerkelijk van start gaat. Dit moet dan ook goed in de gaten worden gehouden en zo nodig moet er opnieuw voor worden gezorgd dat de doelgroep openstaat. Dit kan gebeuren door de doelgroep goed bij de implementatie te blijven betrekken.

De doelen die eerder in dit hoofdstuk gesteld zijn, zijn dan ook op de implementatie gericht. Het wordt stapsgewijs aangepakt. Eerst worden de verpleegkundigen bekend gemaakt met de methodiek alvorens ze ermee gaan oefenen en uiteindelijk mee gaan werken.

In onderstaande tabel zijn de beoogde strategieën te vinden waarmee de doelen bereikt moeten worden, daarbij is gebruik gemaakt van een schema van ZonMw (2011). Dit schema is ontwikkeld om de juiste aanpak te kiezen:

Tabel 9: Aanpak kiezen

DOELGROEP: (Leerling-) Verpleegkundigen en verzorgenden

De huidige situatie:	Uit de CCI-bijeenkomst is gekomen dat de doelgroep al wel in grote lijnen weet wat klinisch redeneren inhoudt en hoe je het zou kunnen gebruiken. De doelgroep staat ook open om daar meer over te leren en om het toe te gaan passen in de praktijk.
De gewenste situatie:	De doelgroep moet bekend worden gemaakt met de methodiek en ermee leren en blijven werken.
Wat belemmert of bevordert de doelgroep om van A naar B te komen?	Uit de contextanalyse is gekomen dat de doelgroep openstaat voor verandering en dat het door middel van bijvoorbeeld presentaties en casusbesprekingen mogelijk is om de verandering te implementeren. Wel is het zo dat het in het begin tijd vraagt van de medewerkers om goed te kunnen oefenen

Wat is er nodig om van A naar B? te komen?	Deze strategie past daarbij:	Deze middelen zijn zoal mogelijk:
We moeten ervoor zorgen dat de doelgroep weet dat de vernieuwing bestaat en dat het ingevoerd gaat worden.	Informerende strategie. Bedoeld om mensen te informeren over de verandering	- presentaties - communicatieschrift
De doelgroep moet geïnteresseerd raken in de vernieuwing en zich bij de vernieuwing betrokken voelen.	Motiverende en draagvlak vergrotende strategie. Bedoeld om mensen mee te krijgen en aan te zetten tot de verandering	- tijdens bijeenkomsten en vergaderingen - feedback op basis van metingen of observaties door collega's - reminders (in casusbesprekingen)
De doelgroep moet de vernieuwing kunnen toepassen. Dat vraagt om de nodige kennis en vaardigheden.	Educatieve strategie Bedoeld om mensen kennis en vaardigheden aan te leren zodat zij de verandering in praktijk kunnen uitvoeren	- instructie en scholing door praktijkopleider en/of student - training (casusbesprekingen)
De doelgroep moet kunnen terugvallen op iets of iemand om te kunnen veranderen en om die verandering vol te houden.	Faciliterende strategie Bedoeld om in belangrijke randvoorwaarden te voorzien die een vernieuwing succesvol helpen invoeren	- aanleren vaardigheden door praktijkopleider en/of student - Open deur beleid van praktijkopleider om vragen te kunnen stellen - instrument om tot keuzes te komen bij beslissingen in de praktijk (zakkaartje of spiekbriefje)

Er komen een aantal middelen om een strategie te bereiken meerdere malen voor in de voorgaande tabel. Zo is er een paar keer te lezen dat het een goed idee is om presentaties en casusbesprekingen te houden om de methodiek te leren en te blijven trainen. Een ander genoemde manier om de methodiek in de praktijk terug te laten komen is door middel van een zakkaartje. De afdeling heeft er al verschillende over andere onderwerpen en deze worden aan iedere medewerker verstrekt. Een zakkaartje van de methodiek zal naar verwachting ook een meerwaarde hebben omdat hij tijdens casusbesprekingen, maar ook aan het bed van de patiënt, gebruikt kan worden. Als de praktijkopleider dit goedkeurt kan de student dit zakkaartje samen met haar ontwikkelen.

5.5 - Ontwikkeling, testen en uitvoering

In deze stap worden op basis van de bovenstaande stukken de interventies gekozen die gebruikt worden bij de implementatie. Dit wordt in een plan gezet en wordt flexibel gehanteerd. Het kan steeds worden bijgesteld op basis van ervaringen die tijdens het implementatieproces worden opgedaan.

De doelen die met dit implementatieplan bereikt moeten worden zijn eerder beschreven. Dat zijn de volgende:

- Medewerkers bekend maken met de methodiek
- Medewerkers de methode laten toepassen

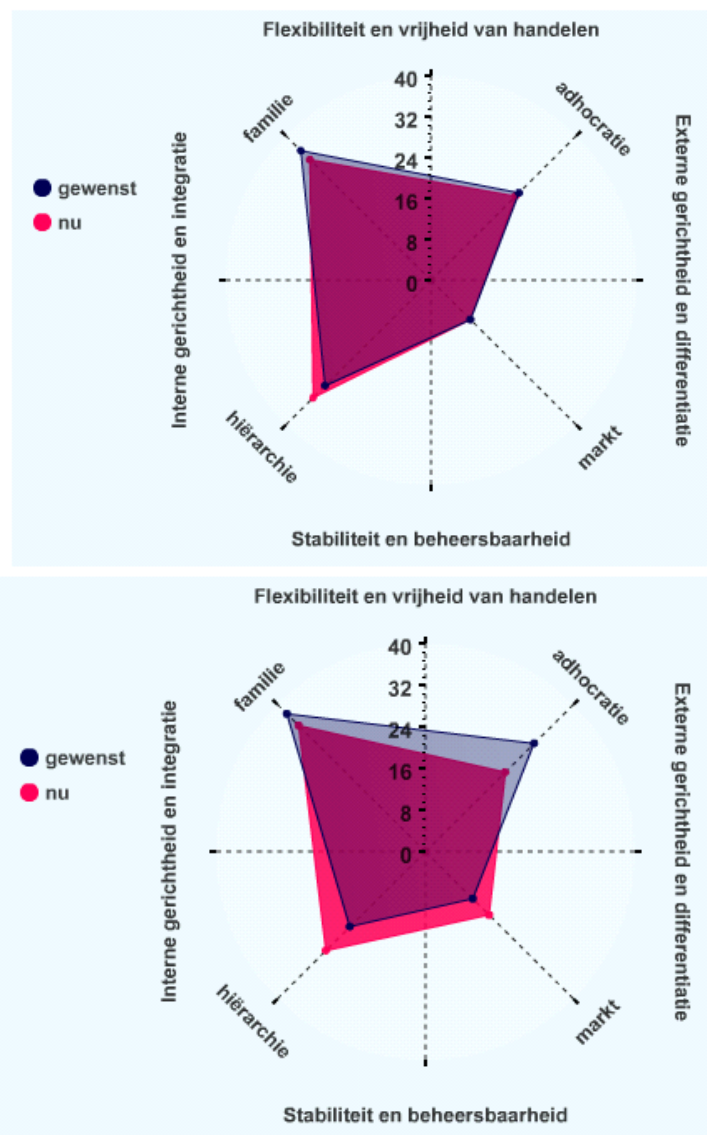
De volgende interventies kunnen daar nu bij geformuleerd worden:

Tabel 10: interventies	
Beoogde interventie	Onderbouwing
Door middel van een klinische les met een PowerPointpresentatie de verpleegkundigen kennis laten maken met de methodiek.	Deze bekendheid wordt bereikt door een presentatie op de afdeling te houden waarbij de methodiek uitgelegd wordt. Zo zien ze de methode voor zich en krijgen ook uitleg over de verschillende stappen en hun samenhang. Als de verpleegkundigen en verzorgenden van de afdeling klinische geriatrie deze stappen beheersen en tevens op eenzelfde wijze tot uiting kunnen brengen in de praktijk, dan is de uiteindelijke implementatie geslaagd. Na overleg met de opdrachtgever in het beginstadium van dit afstudeerproject is afgesproken dat de student een presentatie geeft aan de medewerkers van de afdeling.
De verpleegkundigen door middel van casusbesprekingen op de afdeling laten oefenen met de methodiek.	Er is regelmatig een casusbespreking op de afdeling. De casus die dan besproken wordt kan dan aan de hand van de vaste methode van klinisch redeneren besproken worden. Zo blijft de methodiek herhaald worden waardoor de medewerkers volgens de methodiek kunnen blijven werken. Na de afstudeerperiode wordt er dus door de opdrachtgever en student een presentatie opgezet waarin de methodiek uitgelegd wordt. Ook moet er een korte samenvatting van de stappen komen die tijdens een casusbespreking als leidraad kunnen dienen. Hierbij valt te denken aan een zakkaartje of spiekbriefje.
De verpleegkundigen laten werken met de methodiek, waarbij ze een zakkaartje kunnen gebruiken om de methodiek niet te vergeten.	Er wordt op de afdeling al met andere zakkaartjes gewerkt. Zo heb je de belangrijkste informatie altijd bij de hand, wat vooral in stressvolle situaties handig kan zijn, omdat je dan meestal minder helder en geconcentreerd kan denken.

5.5.1 - Cultuuranalyse

Om de implementatie beter aan te kunnen laten sluiten bij de doelgroep is op de afdeling de OCAI vragenlijst ingevuld door de student, opdrachtgever / praktijkopleider en door een geriatrieverpleegkundige. Dit is een vragenlijst die de cultuur van een afdeling/organisatie meet (OCAI online 2012).

De uitkomst is hieronder in een figuur weergegeven, en met de uitkomst van de sector gezondheidszorg vergeleken:



Figuur 1: Cultuur afdeling geriatrie Catharinaziekenhuis (boven) en de cultuur van de sector gezondheidszorg (12.449 deelnemers)

		NU	TOEKOMST
1 Dominante kenmerken			
A	De organisatie heeft een zeer persoonlijk karakter. Ze heeft veel weg van een grote familie. De mensen lijken veel met elkaar gemeen te hebben.	15	25
B	De organisatie is zeer dynamisch en er heerst een echte ondernemersgeest. De mensen zijn bereid hun nek uit te steken en risico's te nemen.	10	10
C	De organisatie is sterk resultaatgericht. Het werk af zien te krijgen is de grootste zorg. De mensen zijn erg competitief en gericht op het boeken van resultaten.	25	25
D	De organisatie is strak geleid en gestructureerd. Formele procedures bepalen in het algemeen wat de mensen doen.	50	40
Subtotaal		100	100
2 De leiding van de organisatie			
A	De leiding van de organisatie gedraagt zich in het algemeen als mentor, faciliteert en stimuleert.	40	40
B	De leiding van de organisatie spreekt in het algemeen ondernemingslust ten toon, evenals vernieuwingsgezindheid en risicobereidheid.	10	10
C	De leiding van de organisatie geeft in het algemeen blijk van een no-nonsense instelling, agressiviteit en resultaatgerichtheid.	10	10
D	De leiding van de organisatie geeft in het algemeen blijk van coördinerend en organiserend gedrag en maakt de indruk van een soepel draaiende, efficiënte machine.	40	40
Subtotaal		100	100
3 Personeelsmanagement			
A	De managementstijl van de organisatie wordt gekenmerkt door teamwerk, consensus en participatie.	50	50
B	De managementstijl van de organisatie wordt gekenmerkt door persoonlijke risicobereidheid, vernieuwing, vrijheid en uniciteit.	10	5
C	De managementstijl van de organisatie wordt gekenmerkt door niets ontziende competentie, hoge eisen en prestatiegerichtheid.	5	5
D	De managementstijl van de organisatie wordt gekenmerkt door zekerheid omtrent de baan, de voorschriften, voorspelbaarheid en prestatiegerichtheid.	35	40
Subtotaal		100	100

Figuur 2: Afdruk van ingevulde OCAI vragenlijst

4 Het bindmiddel van de organisatie			
A	Het bindmiddel dat de organisatie bijeenhoudt, bestaat uit loyaliteit en onderling vertrouwen. Betrokkenheid bij de organisatie staat hoog in het vaandel.	35	40
B	Het bindmiddel dat de organisatie bijeenhoudt, bestaat uit betrokkenheid bij innovatie en ontwikkeling. De nadruk ligt op het streven in de bedrijfstak voorop te lopen.	35	40
C	Het bindmiddel dat de organisatie bijeenhoudt, bestaat uit de nadruk op prestaties en het bereiken van doelstellingen. Agressiviteit en winnen zijn gangbare thema's.	10	10
D	Het bindmiddel dat de organisatie bijeenhoudt, bestaat uit formele regels en beleidstukken. Instandhouding van een soepel draaiende organisatie is belangrijk.	20	10
Subtotaal		100	100
5 Strategische accenten			
A	De organisatie legt de nadruk op menselijke ontwikkeling. Een grote mate van vertrouwen, openheid en participatie zijn niet weg te denken.	10	10
B	De organisatie legt de nadruk op het aanboren van nieuwe bronnen en het creëren van nieuwe uitdagingen. Uitproberen van nieuwe dingen en zoeken naar kansen wordt gewaardeerd.	40	50
C	De organisatie legt de nadruk op wedijverend gedrag en prestaties. Het bereiken van ambitieuze doelstellingen en overwinning in de markt spelen de hoofdrol.	10	10
D	De organisatie legt de nadruk op behoud van het bestaan en stabiliteit. Efficiëntie, beheersbaarheid en een soepele uitvoering spelen de hoofdrol.	40	30
Subtotaal		100	100
6 Succescriteria			
A	De organisatie definieert succes op grond van de ontwikkeling van human resources, teamwerk, de betrokkenheid van het personeel en zorg voor de mensen.	50	50
B	De organisatie definieert succes als kunnen beschikken over zo uniek mogelijke of de nieuwste producten. Ze kan worden beschouwd als innovatief en toonaangevend wat haar producten betreft.	35	30
C	De organisatie definieert succes als winnen in de markt en de concurrentie de loef afsteken. Concurrerend marktleiderschap staat centraal.	5	5
D	De organisatie definieert succes binnen het kader van de efficiëntie. Betrouwbare levering, soepel verlopende schema's en goedkope productie zijn van cruciaal belang.	10	15
Subtotaal		100	100

Figuur 2 vervolg: Afdruk van ingevulde OCAI vragenlijst

Zoals te zien is in *figuur 1* hierboven is de afdeling flexibel, vrij en intern gericht. In de mondeling toelichting van de opdrachtgever en de geriatrieverpleegkundige houdt dat in dat het team hecht is waarbij het belangrijk is dat er protocollair en volgens de regels gehandeld wordt, maar waarbij je wel vrij gelaten wordt om je eigen inbreng te laten horen.

Als de cultuur van de afdeling vergeleken wordt met die van de gezondheidszorgsector in het algemeen is te zien dat we niet veel verschillen van dat gemiddelde. De afdeling is iets hiërarchischer ingesteld, maar dit is mondeling toegelicht en daaruit kwam naar voren dat dit komt doordat ze veel waarde hechten aan structuur (protocollair werken) en efficiëntie.

De afdelingsmanager was ten tijde van het doen van de cultuuranalyse op vakantie en zodoende niet betrokken bij het invullen van de OCAI-vragenlijst.

5.5.2 - Planning

Nu alle informatie verzameld is kan de planning worden gemaakt. Het hebben van een goede planning is belangrijk voor een succesvolle implementatie van nieuwe en veranderde werkwijzen. In een planning moet antwoord gegeven op vragen zoals: Wanneer, waar, hoe en door wie? (Grol 2010)

Met de opdrachtgever is besloten dat de implementatie binnen een half jaar gedaan moet zijn. Nu volgt de planning:

Tabel 11: Planning			
Wat	Hoe	Wanneer	Wie
Stap 1:			
- Doelgroep analyseren	Met model in scriptie	Juni	Student
- Bevorderende en belemmerende factoren bepalen	Met model in scriptie	Juni	Student
Stap 2:			
- Feitelijke zorg analyseren	Tijdens CCI-bijeenkomst	Juni	Student
- Doelen stellen	In overleg met opdrachtgever en projectbegeleider	Juni	Student Opdrachtgever Projectbegeleider
- Vernieuwing analyseren	Met model in scriptie	Juni	Student
Stap 3:			
- Probleem analyseren	Tijdens CCI-bijeenkomst en na overleg met opdrachtgever	Juni	Student Opdrachtgever Medewerkers
- Context analyseren	Door het analyseren van de CCI-bijeenkomst	Juni	Student
Stap 4:			
- Ontwikkelen van interventies	Tijdens CCI-bijeenkomst en na overleg met opdrachtgever	Juni	Student Opdrachtgever Medewerkers
- Selecteren van interventies	Met model in scriptie en na overleg met opdrachtgever	Juni juli	Student Opdrachtgever
- Tussenevaluatie	Tijdens overleg met opdrachtgever/ praktijkopleider	Juli	Student Praktijkopleider
Stap 5:			
- Cultuur analyseren	Tijdens overleg met praktijkopleider, medewerker en student	Juni Juli	Student Praktijkopleider Medewerker
- Presentatie voorbereiden, houden aan medewerkers en doelgroep betrekken	- Met PowerPoint tijdens teamvergadering	Juli Augustus	Student Medewerkers

- Aandachtsvelders bepalen	Tijdens teamvergadering	Juli Augustus	Praktijkopleider Medewerkers
- Afdelingsmanager erbij betrekken	Voor teamvergadering	Juli Augustus	Praktijkopleider Aandachtsvelders
- Interventies definitief kiezen	Na teamvergadering	Augustus	Praktijkopleider Aandachtsvelders
- Interventies uitvoeren	Met presentaties, casusbesprekingen en vergaderingen	Augustus September Oktober November December	Praktijkopleider Aandachtsvelders Medewerkers
- Zakkaartjes en samenvatting methode schrijven en uitdelen	Tijdens bijeenkomst praktijkopleider en aandachtsvelders	Augustus September	Praktijkopleider Aandachtsvelders
- Casusbespreking houden met medewerkers om ze te laten oefenen	2x per maand na de dienstwissel 's middags	Augustus September Oktober November December	Praktijkopleider Aandachtsvelders Medewerkers
Stap 6:			
- Borgen	Door te blijven oefenen met medewerkers	Augustus September Oktober November December	Praktijkopleider Aandachtsvelders Afdelingsmanager Medewerkers
- Monitoren	Na elke stap in een overleg	Juni Juli Augustus September Oktober November December	Praktijkopleider Aandachtsvelders Afdelingsmanager
- Evaluatie	Aan het einde van de implementatie in een overleg	December	Praktijkopleider Aandachtsvelders Afdelingsmanager
- Eindevaluatie	Een half jaar na implementatie in een overleg	Juni 2014	Praktijkopleider Aandachtsvelders Afdelingsmanager

5.6 - Evaluatie en bijstelling

De laatste stap in het model voor verandering in de patiëntenzorg van Grol en Wensing (2010) is de evaluatie. Het gaat dan om het evalueren van de effecten van en de processen in de implementatie.

Het is belangrijk om te weten of de implementatie succesvol is geweest –en zo niet- hoe dat kan en wat er gedaan moet worden om het wel te laten lukken.

De evaluatie is wel de laatste stap in dit model, maar is niet de laatste stap in het implementatieprogramma. Continue evaluatie moet ervoor zorg dragen dat men de juiste richting op blijft gaan.

Het is dus verstandig om niet alleen achteraf te evalueren, maar ook tussendoor. Zo kunnen eventueel de doelen, interventies en het tijdspad aangepast worden, mochten ze onrealistisch blijken te zijn.

Het advies van de student is dat er na iedere stap geëvalueerd gaat worden. Zo kun je het plan snel aanpassen als bijvoorbeeld nieuwe problemen of betere strategieën zich voordoen, waardoor er zo min mogelijk tijd verloren gaat. Aan het einde van de implementatie zouden de doelen dan bereikt moeten zijn en is de implementatie voltooid.

Tabel 12: Evaluatie en bijstelling	
Monitoren	Hoe en wanneer monitoren?
Wie?	De praktijkopleider -die de implementatie doet- monitort de voortgang van de implementatie.
Wanneer?	Dit gebeurt na iedere stap van het implementatieplan (Stap 1 t/m 6) zodat er tijdig bijgestuurd kan worden.
Hoe?	Er wordt per stap gekeken wat er behaald moet zijn aan het einde van die stap. Als dat gedaan is dan wordt nagegaan of het ook daadwerkelijk is gelukt of waar nog aandacht aan besteed moet worden. Ook wordt er gekeken of de medewerkers nog gemotiveerd zijn. Medewerkers die zich niet gemotiveerd opstellen zullen extra worden betrokken om ze toch open te laten staan voor de verandering.
Aan wie wordt er wanneer verslag gedaan?	De praktijkopleider kan tijdens de maandelijks teamvergadering verslag uitbrengen aan de medewerkers om ze op de hoogte en betrokken te houden van de implementatie. Ook zal de praktijkopleider de afdelingsmanager op de hoogte moeten houden van de voortgang.
Evalueren	Hoe en wanneer na afloop evalueren?
Wie?	De praktijkopleider -die de implementatie doet- evalueert de implementatie.
Wanneer?	Net na de helft van het implementatieplan (na stap 4), want dan begint de eigenlijke implementatie pas en is het goed om te weten hoe het er op dat moment voor staat. Ook aan het einde moet geëvalueerd worden of de implementatie is gelukt, zo niet moet gekeken worden waar dat aan ligt en hoe de implementatie alsnog succesvol kan worden. Een half jaar na implementatie kan ook nog een keer geëvalueerd worden om zo te zien of de implementatie is opgenomen in de dagelijkse praktijk.
Hoe?	Door aan de medewerkers die met de methodiek werken te vragen hoe ze de implementatie vonden gaan en wat tips en toezicht zijn. Ook kan wederom in de casusbesprekingen nagegaan worden of ze de stappen nog goed uitvoeren. Dit kan nu het beste in kleine groepjes gebeuren zodat goed bekeken kan worden dat iedereen de methodiek goed toe kan passen en niemand zich dan kan verschuilen achter de kennis van anderen. Ook kunnen de medewerkers elkaar feedback geven.
Aan wie wordt er wanneer verslag gedaan?	De praktijkopleider kan tijdens de teamvergaderingen verslag uitbrengen aan de medewerkers om ze op de hoogte te brengen en betrokken te houden na de implementatie. Zo blijven ze eraan herinnerd worden en blijft de methodiek toegepast worden in de praktijk.

De verandering moet nu nog geborgd worden, zodat de geïmplementeerde interventies in de praktijk toegepast blijven worden. Dit kan gedaan worden door regelmatig de casusbesprekingen te blijven houden zodat de medewerkers steeds aan de methode herinnerd blijven en er steeds mee kunnen blijven werken. Dat was uiteindelijk ook het doel van deze scriptie.

Tabel 13: Borging

Wat?	Belangrijk?	Welke extra actie is nodig?
Ook onder tijdsdruk is de vernieuwing vol te houden	X	Door regelmatig te oefenen wordt het routine en kan het ook onder druk gebruikt worden.
Ook na een tijdje is iedereen ervan overtuigd dat de vernieuwing belangrijk is	X	Door regelmatig te blijven oefenen zullen de medewerkers de voordelen van een vaste methodiek blijven inzien.
Sleutelfiguren in de organisatie geven het goede voorbeeld	X	Doordat seniorverpleegkundigen de methodiek gebruiken laten ze zien dat het een goede methode is die de zorg verbeterd.
De vernieuwing sluit aan op een erkend kwaliteitssysteem (zoals HKZ)		
De vernieuwing is opgenomen in het management sturingssysteem en de rapportages	X	Door te rapporteren over de problemen, de klinische blik en het beleid komt het terug in de rapportages. Ook door een samenvatting van de stappen op de afdeling beschikbaar te stellen (een soort protocol of stappenplan) blijven de methode en de uitleg bereikbaar.
De vernieuwing sluit aan bij de visie en het strategisch beleid van de organisatie	X	De afdeling en het ziekenhuis willen de beste zorg leveren. Deze implementatie draagt daaraan bij.
De vernieuwing komt terug als regulier agendapunt bij werkbesprekingen	X	Doordat er regelmatig casusbesprekingen zijn, blijft de methodiek vaak terugkomen. Door bijvoorbeeld 1-2x per maand een casus te bespreken volgens de stappen die door 2 verpleegkundigen is voorbereidt. Zo kunnen hun bevindingen vergeleken worden met die van de rest van de aanwezigen.
Tijdens functioneringsgesprekken worden medewerkers gevraagd naar of zij werken met de vernieuwing	X	Omdat het belangrijk is dat ze er mee blijven werken is het belangrijk dat het door de afdelingsmanager gevraagd wordt en in de gaten gehouden wordt.
Management voelt zich betrokken bij de vernieuwing	X	Zodat ze ernaar vraagt tijdens het functioneringsgesprek.
Medewerkers blijven regelmatig op de hoogte van hoe het gaat met de vernieuwing	X	Door de medewerkers te blijven betrekken is het aannemelijk dat de kans op medewerking en een succesvolle implementatie groter is.
Cliënten blijven op de hoogte van hoe het gaat met de vernieuwing		
Er is een kosten-batenberekening gemaakt die aangeeft wat de opbrengsten zullen zijn van de vernieuwing		
Nieuwe medewerkers krijgen informatie en ook scholing in de nieuwe werkwijze	X	Door de methodiek in de scholing mee te nemen wordt iedere medewerker hetzelfde opgeleid en 'spreekt iedereen dezelfde taal', waardoor iedereen weet wat ze aan elkaar hebben.
Er blijft iemand eigenaar van de vernieuwing	X	De praktijkopleider is degene die over opleiding op de afdeling gaat dus die blijft eigenaar. Wel is het advies om twee aandachtsvelders toe te wijzen.

		Dit zijn verpleegkundigen die Gerda -mocht het nodig zijn- over kunnen nemen en die bereikbaar zijn voor vragen van collega's. Eén van de aandachtsvelders zou de student kunnen zijn. Zij worden dan vanaf het begin bij het proces betrokken om zo op de hoogte te blijven van de implementatie en waar nodig te helpen.
We doen af en toe een opfrisactie	X	Door regelmatig te oefenen wordt het geheugen van de medewerkers opgefrist en blijft de methodiek in de praktijk gebruikt worden.
We vieren onze successen		

Nawoord

U bent aangekomen bij het einde van de scriptie. Deze is tot stand gekomen na 19 weken onderzoeken, rapporteren, analyseren en concluderen. Het was een leerzame tijd waarin ik veel geleerd heb. Sommige dingen had ik al vaker gedaan, zoals een rondvraag bij andere ziekenhuizen, maar sommige dingen waren nieuw, zoals het houden van een Claims, concerns & issues - bijeenkomst. Andere dingen waren niet nieuw, maar had ik nog niet vaak gedaan, zoals het analyseren van een wetenschappelijk artikel.

Ik vond het ook wennen om dit project alleen te doen. Ik had nog nooit zo'n groot project alleen gemaakt. De projecten worden op de Fontys normaal gesproken door twee tot soms wel zes studenten gemaakt. Omdat ik beschik over een goede zelfdiscipline is het toch gelukt om de opdracht uit te voeren. Wel moet daarbij vermeld worden dat ik het soms wel miste om een kort lijn te hebben om met je partner te overleggen. Ik heb hier wel een andere optie voor gebruikt. Ik heb namelijk mijn referentiegroepen en mijn projectbegeleider om hulp gevraagd als ik even niet verder kon. Dit neemt soms meer tijd in beslag en werkt wat omslachtiger, maar is toch prima gegaan. Ik ben achteraf trots op mijn prestatie en op het eindresultaat, en ik hoop dat u met veel plezier mijn scriptie gelezen hebt.

Literatuurlijst

Baarda, D. (2009), "Dit is onderzoek", Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Baarda, D. & De Goede, M. (2006), "Basisboek methoden en technieken", Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Bakker, M. & Van Heycop Ten Ham, C. (2010), "Proactive Nursing", Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Berwick, D. (1989) "Continuous improvement as an ideal in health care", in: The New England Journal of Medicine, volume 53, issue 6.

Berwick, D. et al (1990) "Curing health care", San Francisco: Jossey-Bass Publications

Braun, V. & Clarke, V. (2006), "Using thematic analysis in psychology", in: Qualitative Research in Psychology, volume 3, issue 2, pp 77-101.

Cardiff, S. (2012), "Thematische analyse van kwalitatieve data", Eindhoven: Fontys Hogescholen.

Carpenito, L. (2012), "Zakboek verpleegkundige diagnosen", Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Catharinaziekenhuis.nl (2013), "Specialismen en afdelingen",
<http://www.catharinaziekenhuis.nl/patient/specialismen-en-afdelingen.html>
(13 mei 2013)

Clingel, M. van der (2003), "De Toepassing Van Klinisch Redeneren", Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Cox, K. et al (2012), "Evidence-based practice voor verpleegkundigen", Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, D. & Aparecida da Silva Bastos Cerullo, J. (2010) "Clinical reasoning and critical thinking" in: Revista Latino-Americana de Enfermagem, Volume 18, Issue 9, pp.124-129.

Dimitri. (2004), "Lijst van Nederlandse ziekenhuizen ",
http://nl.wikipedia.org/wiki/Lijst_van_Nederlandse_ziekenhuizen (13 mei 2013)

Dobel. (2013), "Onderzoek doen: Methoden voor informatieverzameling", <http://educatie-en-school.infonu.nl/samenvattingen/97185-onderzoek-doen-methoden-voor-informatieverzameling.html> (9 april 2013)

Duits, J. & Nieuwenhoff, H. Van den. (2012) "Handleiding Afstudeerproject", Eindhoven: Fontys Hogescholen, pp 17-18.

- Everdingen, J. & Dreesens, D. (2011), "Glossarium kwaliteit van zorg", Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, pp 14.
- Eulderink, F. et al (2004), "Inleiding gerontologie en geriatrie", Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gelre ziekenhuizen. (2010), "Klinisch redeneren BBL/BBL-i/BOL/Vakbekwaam/HBO.", www.vakbekwaam.nu (januari 2011).
- Gezondheidsraad. (2000) "Van implementeren naar leren", Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienummer 2000/18.
- Grol, R. & Wensing, M. (2010) "Implementatie", Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, pp 93-404.
- Jochems, M. & Joosten, R. (2005), "De gevalsstudie", [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/gevalsstudie.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/gevalsstudie.pdf) (21 juni 2013)
- Labyrinth Onderzoek. (2010), "Focusgroepen", <http://www.labyrinthonderzoek.nl/Focusgroepen.htm> (21 juni 2013)
- Moonen, L. & Pansaerts, S. (2008) "Quality of Life bij kinderen" Gent: Universiteit Gent, pp 51-52.
- Munten, G. et al (2012), "Practice Development", Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2012), "VMS Veiligheidsprogramma", <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/vms-veiligheidsprogramma> (31 mei 2013)
- Nursing.nl (2012), "Klinisch redeneren maakt verpleegkundigen zeker", <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2012/10/aKlinisch-redeneren-maakt-verpleegkundigen-zekera-NURS008236W/> (31 mei 2013)
- OCAI online. (2012), "Online meten van organisatiecultuur", <http://www.ocai-online.nl/> (7 juni 2013)
- Proactive Nursing. (2010), "Wat is klinisch redeneren?", http://proactivenursing.blogtronix.com/ClientFiles/a8620471-7cb1-4d7d-a48b-3be9a98fa1b8/Wat%20is%20klinisch%20redeneren_.pdf (21 juni 2013)
- Right marktonderzoek. (2013), "Kwalitatief onderzoek", <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/kwalitatief-onderzoek> (9 april 2013)
- Right marktonderzoek. (2013), "Kwantitatief onderzoek", <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/kwantitatief-onderzoek> (9 april 2013)
- Santeon.nl (2013), "Santeon", www.santeon.nl (13 mei 2013)

Schellekens, W. (2000) "Een passie voor patiënten", in: Medisch Contact, volume 55, issue 12.

Scriptie.nl. (2009), "Onderzoekshandleiding", <http://www.scriptie.nl/onderzoeksmanual/> (11 april 2013)

Shiny. (2013), "Kenmerken: Kwalitatief & Kwantitatief onderzoek", <http://wetenschap.infonu.nl/onderzoek/106079-kenmerken-kwalitatief-kwantitatief-onderzoek.html> (11 april 2013)

Thesaurus. (2013), "Zorgproces", <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/zorgproces.htm> (21 juni 2013)

Toftthagen, R. & Fagerstrøm, L. (2010) "Rodgers' evolutionary concept analysis – a valid method for developing knowledge in nursing science" in: Scandinavian Journal of Caring Sciences, Volume 24, Issue Supplement s1, pp.29-30.

Verhoeven, N. (2004), "Wat is onderzoek?", Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Verpleegkundigen afdeling geriatrie (2013), tijdens de CCI-bijeenkomst, met: Ronald Monsieurs (23 april 2013)

VMSzorg.nl. (2013), "Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is de 'verankering van patiëntveiligheid in praktijk", <http://www.vmszorg.nl/veiligheidsmanagement/wat-is-een-vms> (31 mei 2013)

VUMC (2007), "Voorlichting klinisch redeneren", www.vumc.nl/afdelingen-themas/27309/38977/71094/voorlichtingklinischredeneren (17 maart 2013)

ZonMw. (2011), "Tools Implementatie", http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Implementatie/ZonMw_Implementatieplan_in_vulbaar.doc (4 juni 2013)

Zorgleren.nl. (2009), "Training klinisch redeneren", <http://www.zorgleren.nl/training/klinisch-redeneren> (31 mei 2013)

Gebruikte literatuur voor de bijlagen

- Baldew, I. (2005), "Sherlock Holmes Aan Het Ziekbed", Assen: Gorcum B.V.
- Berends, N. & Meggelen, M van. (2013), "Structuur in de laatste fase", in: Nursing, volume 19, issue 4, pp 26-31.
- Candel, M. (2009), "Betrouwbaarheid en Validiteit",
www.stat.unimaas.nl/gw/m&s3/vrg00.ppt (18 april 2013)
- Engelbert, R & Wittink, H. (2010), "Klinisch redeneren volgens de HOAC II", Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fitzpatrick, J. & Kazer, M. (2011), "Encyclopedia of Nursing Research", New York: Springer Publishing Company, pp.83.
- Fontys. (2010), "Evidence Based Practice - onderzoeksartikelen zoeken en begrijpen", Eindhoven: Fontys Hogescholen, pp.22-23
- Grundmeijer, H. (2009), "Het geneeskundig proces", Amsterdam: Reed Business.
- Baldew, I. (2005), "Sherlock Holmes Aan Het Ziekbed", Assen: Gorcum B.V.
- Lemey, L. (2011) "Proces en inhoud van het klinisch redeneren bij expertverpleegkundigen in decubituspreventie", Gent: Universiteit Gent, pp.6
- Rogers, B. (2000) "Concept analysis: an evolutionary view" in: Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications, pp.77-102
- Simmons, B. (2010), "Clinical reasoning: concept analysis", in: Journal of Advanced Nursing, volume 66, pp.1151-1158.
- Universiteit Leiden. (2013), "Rol van variabelen in een experiment.",
<http://www.leidenuniv.nl/fsw/psychologielexicon/index.htm> (18 april 2013)

KLINISCH REDENEREN IS TE LEREN

*Het implementeren van een vaste methodiek
op een klinische geriatrie afdeling*

Fontys Hogeschool Verpleegkunde

Auteur: R.J.A.L. Monsieurs
Studentnummer: 2141282
Afstudeergroep: Nummer 2
Opdrachtgever: Gerda Schretzmeijer
Instelling: Catharinaziekenhuis
Eindhoven, 28 juni 2013

AFSTUDEERPROJECT: BIJLAGEN SCHRIFTELIJKE VERANTWOORDING

Bijlagen

Bijlage 1: Definities geriatrie en klinisch redeneren

1.1 - Definitie geriatrie

De eerste deelvraag van deze scriptie gaat in op wat geriatrie nu precies betekent. Dit is onderzocht door eerst te kijken naar wat veroudering in zijn algemeen inhoudt. Daarna is toegewerkt naar de definitie van geriatrie zelf.

1.1.1 - Wat is veroudering?

De definitie van veroudering is als volgt: *"Veroudering is het met de tijd toenemend optreden van ogenschijnlijk spontane, irreversibele veranderingen."* (Eulderink 2004).

Veroudering is niet per definitie ongunstig. In de geneeskunde spreekt men van veroudering als men blijvende veranderingen bij volwassenen heeft. Vaak gaan deze veranderingen gepaard met functionele achteruitgang, maar dat hoeft niet per se zo te zijn. Uiteindelijk zal men sterven door de biologische ofwel natuurlijke veroudering. Ook kan de gezondheid van ouderen verslechteren door ziekten. Dit heet pathologische veroudering. Deze vorm van veroudering komt dus door factoren van buitenaf en is in principe dus te voorkomen.

1.1.2 - Wat is gerontologie?

De definitie van gerontologie is als volgt: *"Gerontologie is de wetenschap die zich bezighoudt met veroudering in al haar vormen, maar in het bijzonder met veroudering van volgroeide levende wezens en de individuele en sociale gevolgen van veroudering."* (Eulderink 2004).

De meeste mensen merken pas op late leeftijd dat hun lichaam slechter gaat presteren. Echte problemen worden vaak pas ervaren op hoge leeftijd (65 jaar of ouder). Iemand voelt zich gezond zolang hij zijn eigen gestelde doelen kan bereiken en niet meer doet dan dat hij aankan.

Ouderen verschillen onderling veel meer dan andere leeftijdsgroepen.

Gemiddeld neemt de kans op ziekte met de leeftijd toe. Omdat de geneeskunde voor ouderen zoveel verschilt met die van jonge mensen, heeft deze groep een apart specialisme nodig. Dat heeft geleid tot het specialisme geriatrie.

1.1.3 - Wat is geriatrie?

De definitie van geriatrie is als volgt: *"Geriatrie is de vorm van geneeskunde die zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten die wat betreft hun oorzaak samenhangen met veroudering of in sterke mate worden beïnvloed door veroudering van de betreffende patiënt."* (Eulderink 2004)

Een voorbeeld hiervan is de verminderde reserve van de lichaamsfuncties. De geriateren willen multipathologie voorkomen. Dit houdt in: Meer dan één belangrijke afwijking op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied (Eulderink 2004).

Ook wordt door de geriateren niet altijd gestreefd naar het beter worden en het verlengen van de levensduur, maar soms ook alleen maar naar de beste kwaliteit van leven. Daarom ligt in de geriatrie de nadruk meer op de zelfstandigheid van de patiënt, dan op het beter maken en het bereiken van een goede gezondheid. Door de multipathologie moet de arts kiezen welke aandoening prioriteit heeft en als eerste behandeld moet worden.

1.1.4 - Wanneer hoort iemand tot de ouderen?

Omdat men sluipend ouder wordt, kan niet precies gezegd worden wanneer iemand tot de ouderen behoort. Meestal wordt er gezegd dat iemand die 65 jaar of ouder is tot de ouderen behoort. Als men 85 jaar of ouder is dan behoort men tot 'the oldest old'. De term 'geriatrische patiënt' is alleen bedoeld voor ouderen die een complex ziektebeeld hebben met veel verschillende stoornissen in lichamelijk en geestelijk functioneren, met uiteenlopende ziekten en/of problemen in de sociale sfeer. Niet iedere oudere behoort tot de geriatrische patiënt, zoals wel veel gedacht wordt.

1.1.5 - Tot slot

Iedereen is eigenlijk al bezig met het verouderen. Iedereen verandert immers en deze veranderingen zijn niet meer terug te draaien. Als je eenmaal volgroeit bent dan begint de veroudering pas echt. Dan komt de gerontologie om de hoek kijken. Als je naast gewone veroudering ook nog ziek wordt dan ben je een geriatrische patiënt en valt het onder de geriatrie.

1.2 - Definitie klinisch redeneren

Er is veel onduidelijkheid over wat de definitie van klinisch redeneren inhoudt. Daarom is er gegrepen naar de wetenschappelijke literatuur om daar een antwoord op te vinden. Daarbij is een wetenschappelijk artikel geanalyseerd. De definitie die daaruit voortkwam is hier gebruikt. Daarnaast is in de literatuur gezocht naar de geschiedenis van klinisch redeneren.

1.2.1 - Geschiedenis

Logisch nadenken en klinisch redeneren is niet nieuw aldus van der Clingel (2003). Ze schrijft in het boek het volgende over de geschiedenis van klinisch redeneren: "In veel op wetenschap gebaseerde disciplines en vakgebieden wordt gebruikgemaakt van een vorm van klinisch redeneren, methodisch redeneren of een of andere vorm van analytisch en logisch denken. Deze methoden zijn allemaal grotendeels gebaseerd op dezelfde stappen. De medische discipline is al veel langer gewend diagnoses te benoemen en het handelen te baseren op wetenschappelijk onderzoek. Artsen volgen al sinds enkele eeuwen een academische opleiding waarin ze 'logisch en analytisch' denken met de paplepel krijgen ingegoten. Toch is de verpleegkundige en verzorgende discipline al langer bezig met wat ook wel de 'professionalisering' van deze beroepsgroepen wordt genoemd, dan sommigen denken. Getuige de uitspraak van Norma Lang, 1975: 'If we cannot name it, we cannot control it, finance it, research it, teach it or put it into policy.' en van Zuster Melk, 1931: 'Treed beslist op. Overweeg tevoren, stel u eerst goed op de hoogte, doch als ge handelt, handel dan kalm en zeker...'

Ook de beroemdste verpleegster, Florence Nightingale, die tegenwoordig door sommigen gezien wordt als symbool voor dienstbaarheid, was in feite juist een van de eerste beroepsbeoefenaren die zeer professioneel te werk ging en het ook zinvol vond om haar bevindingen op te schrijven. Kijk haar boekje Notes on Nursing er maar eens op na. We houden haar op 12 mei niet voor niets in ere." (Van der Clingel 2003)

1.2.2 - Definitie

De definitie van klinisch redeneren luidt volgens dit artikel als volgt: "Een complex, cognitief proces (denkproces) dat gebruik maakt van formele en informele denk-strategieën (interpretaties en bevindingen) voor het verzamelen en analyseren van informatie van de patiënt, de evaluatie van de betekenis van deze informatie, en het bepalen van de waarde van alternatieve acties." (Tofthagen 2010)

Bijlage 2: Opzet CCI-bijeenkomst

De opzet van de bijeenkomst is hieronder schematisch weergegeven. De student heeft verschillende inhoudelijke dingen uitgelegd, waardoor er ook op inhoudelijk niveau ingegaan kon worden.

→ Claims, Concerns en Issues-oefening (CCI-oefening)

Waarom:

In het kader van mijn afstudeerscriptie over het implementeren van een vaste methodiek om klinisch te redeneren binnen de geriatrie.

Definitie klinisch redeneren:

"Een complex denkproces dat gebruik maakt van interpretaties en bevindingen voor het verzamelen en analyseren van informatie van de patiënt, de evaluatie van de betekenis van deze informatie, en het bepalen van de waarde van alternatieve acties."

→ Het is als het ware een gestructureerde manier om je 'niet pluis gevoel' te kunnen onderbouwen en verklaren, waarna je samen met de arts het beleid bijstelt. Dit doen verpleegkundigen vaak al onbewust, maar door een vaste methode moet het bewuster gaan gebeuren.

Voorbeeld vaste methodiek:

6 stappen van Marc Bakker

1. Oriëntatie op de situatie en het klinisch beeld

- Geef het klinisch beeld, de relevante achtergronden van de patiënt en jouw beoordeling van de situatie weer.

2. Klinische probleemstellingen

- Beredeneer de problematiek met de orgaansystemen, de psychosociale problematiek en de prioriteiten.

3. Aanvullend onderzoek

- Denk mee over ontbrekende informatie en hoe dit verkregen kan worden.

4. Klinisch beleid

- Denk mee over de behandelingsmogelijkheden, hoe de patiënt bewaakt en begeleid moet worden en verdere verpleegkundige zorg.

5. Klinisch verloop

- Beredeneer het verloop van de ziekte en het beleid en de consequenties voor de patiënt.

6. Nabeschouwing

- Beschouw de gehele situatie, de zorg en jouw aandeel daarin en wat je geleerd hebt van de casus.

Definitie CCI-bijeenkomst

Een CCI-bijeenkomst is een bijeenkomst waarbij belanghebbenden met elkaar bespreken wat ze vinden van iets dat geïmplementeerd moet gaan worden. In dit geval een vaste methodiek van klinisch redeneren. Omdat jullie onder andere de belanghebbenden zijn, wordt deze bijeenkomst met jullie gehouden om jullie zo een stem in het geheel te geven. Deze bijeenkomst bestaat uit drie delen:

- *Deel 1:* Het opschrijven van de claims (verwachtingen), concerns (zorgen) en issues (aandachtspunten) op een Post-It en deze verzamelen.
- *Deel 2:* De claims, concerns en issues uit deel 1 clusteren zodat naar voren komt welke punten overeenkomen. Eventueel onduidelijkheden worden uit de weg geruimd.
- *Deel 3:* De clusters uit deel 2 discussiëren. Deze worden meegenomen in het analyseproces.

In het kort de definitie van de verschillende begrippen:

- Claims (groen): Wat vind je **positief** aan een vaste methode om klinisch te redeneren?
- Concerns (oranje): Welke **zorgen** heb je over een vaste methode om klinisch te redeneren?
- Issues (roze): Welke **aandachtspunten** zijn er waar rekening mee gehouden moet worden?

PLANNING (60 minuten gereserveerd)

- 5 minuten introductie en uitdelen post-it's.
- 15 minuten C+C+I's invullen en opplakken.
- 25 minuten C+C+I's oplezen en clusteren.
- 5 minuten afsluiten. Verwachte tijd totaal: 40 minuten.

Bijlage 3: Methodieken om klinisch te redeneren

3. Inleiding

Er is op zoek gegaan naar welke manieren van klinisch redeneren er zijn. Daarvoor zijn verschillende boeken en tijdschriften geraadpleegd. Enkele van deze boeken en tijdschriften zijn uiteindelijk gebruikt voor het formuleren van het antwoord op deze deelvraag. Daarna is er gekeken welke methode het beste bij een geriatrie afdeling past.

3.1 -Bekeken literatuur

De Fontysmediatheek TF in Eindhoven en de mediatheek van Tilburg Campus Stappegoor zijn bezocht voor het zoeken naar gepaste literatuur. De literatuur die ingezien is, is de volgende:

- Bakker, M. & Van Heycop Ten Ham, C. (2010), "Proactive Nursing"
- Baldew, I. (2005), "Sherlock Holmes Aan Het Ziekbed"
- Berends, N. & Meggelen, M van. (2013), "Structuur in de laatste fase"
- Clingel, M. van der (2003), "De Toepassing Van Klinisch Redeneren".
- Engelbert, R & Wittink, H. (2010), "Klinisch redeneren volgens de HOAC II"
- Grundmeijer, H. (2009), "Het geneeskundig proces"

3.2 - Gebruikte literatuur

De literatuur die uiteindelijk een methode van klinisch redeneren beschreef is meegenomen in deze scriptie. Dat komt neer op de volgende stukken:

- Bakker, M. & Van Heycop Ten Ham, C. (2010), "Proactive Nursing"
- Berends, N. & Meggelen, M van. (2013), "Structuur in de laatste fase"
- Clingel, M. van der (2003), "De toepassing van klinisch redeneren".
- Engelbert, R & Wittink, H. (2010), "Klinisch redeneren volgens de HOAC II"
- Grundmeijer, H. (2009), "Het geneeskundig proces"

3.2.1 - Proactive Nursing

De zes stappen van klinisch redeneren zijn als volgt±

→ *Stap 1: Oriëntatie op de situatie en het klinisch beeld*

- Geef het klinisch beeld, de relevante achtergronden van de patiënt en jouw beoordeling van de situatie weer.

→ *Stap 2: Klinische probleemstellingen*

- Beredeneer de problematiek met de orgaansystemen, de psychosociale problematiek en de prioriteiten.

→ *Stap 3: Aanvullend onderzoek*

- Denk mee over ontbrekende informatie en hoe dit verkregen kan worden.

→ *Stap 4: Klinisch beleid*

- Denk mee over de behandelingsmogelijkheden, hoe de patiënt bewaakt en begeleid moet worden en verdere verpleegkundige zorg.

→ *Stap 5: Klinisch verloop*

- Beredeneer het verloop van de ziekte en het beleid en de consequenties voor de patiënt.

→ *Stap 6: Nabeschouwing*

- Beschouw de gehele situatie, de zorg en jouw aandeel daarin en wat je geleerd hebt van de casus.

3.2.2 - Structuur in de laatste fase

De methodiek is als volgt:

→ *Stap 1: Breng de problematiek in kaart*

- In deze fase breng je de actuele problematiek van de patiënt in kaart.

→ *Stap 2: Vat de problematiek samen*

- Vat de problemen uit stap 1 samen en stel een plan van aanpak op. Samen met de arts bepaal je het beleid.

→ *Stap 3: Maak afspraken over het beleid*

- Maak met de betrokken hulpverleners afspraken over het beleid en spreek af wanneer je het ingezette beleid gaat evalueren.

→ *Stap 4: Klinisch beleid*

- Denk mee over de behandelingsmogelijkheden, hoe de patiënt bewaakt en begeleid moet worden en verdere verpleegkundige zorg.

3.2.3 - De toepassing van klinisch redeneren

De methodiek is als volgt:

→ *Stap 1: Gegevens verzamelen*

- Kijk wat er aan de hand is en verzamel gegevens.

→ *Stap 2: Diagnose kiezen en vaststellen*

- Stel de verpleegkundige diagnose vast.

→ *Stap 3: Resultaat kiezen en vaststellen*

- Kijk wat er bereikt moet worden en formuleer de beoogde resultaten.

→ *Stap 4: Interventies kiezen en vaststellen*

- Kies de interventies die nodig zijn om de beoogde resultaten te behalen.

→ *Stap 5: Interventies uitvoeren*

- Voer de geplande interventies uit.

→ *Stap 6: Resultaat evalueren*

- Ga na wat er is bereikt en of de gevolgde werkwijze de juiste was.

3.2.4 - Klinisch redeneren volgens de HOAC II

Er zijn vier fases in het klinisch redeneren te onderscheiden:

→ *Stap 1: Verwijzing, aanmelding en initiële hypothesen*

- Aan de hand van de verwijzing kun je al een aantal initiële hypothesen formuleren. Nadat je uitspraak hebt gedaan, pluis/niet pluis kun je een aantal initiële hypothesen formuleren.

→ *Stap 2a: Anamnese en bijgestelde hypothese*

- Neem de anamnese af. Aan de hand van de anamnese kun je de PIP's (Patiënt Identified Problems) problemenlijst formuleren. Daarna kun je je initiële hypothesen verscherpen, eventueel sommige hypothesen verwerpen.

→ *Stap 2b: Onderzoek op ICF-niveau*

- Je bepaald je onderzoeksstrategie op basis van je initiële hypothesen. Hierbij kijk je naar de patiënten problemenlijst, en de beschikbare evidentie

- Uitvoeren onderzoek: Tijdens het onderzoek zal je je hypothesen gaan toetsen. Hierbij dien je zoveel mogelijk meetinstrumenten gebruiken.

→ *Stap 3: Definitieve hypothese, advies en behandelingsdoelstellingen*

- Genereer meetbare en specifieke hypothese over oorzaak en gevolg probleem. Formuleer één of meer SMART-doelstellingen per probleem.

→ *Stap 4: Meetinstrumenten, behandeling en evaluatie*

- Bepaal evaluatieve meetinstrumenten Voer de behandeling uit.

3.2.5 - Het geneeskundig proces

Het komen van probleem naar diagnose gaat in drie stappen:

→ *Stap 1: Het opstellen van een differentiële diagnose*

- Op grond van het spontane verhaal van de patiënt maakt de arts een inschatting van wat er aan de hand kan zijn. Er wordt een lijst(differentiële diagnose) opgesteld met aandoeningen die de oorzaak van de klacht kunnen zijn.

→ *Stap 2: Het aanbrengen van de hiërarchie in de differentiële diagnose*

- Omdat een lijst met mogelijke diagnoses vaak erg lang is moet er een hiërarchie in de lijst worden aangebracht. Bovenaan komen de ziekten die het meest waarschijnlijk zijn en onderaan de ziekten die het minst waarschijnlijk zijn.

→ *Stap 3: De gang van de differentiële diagnose naar diagnose*

- Nadat er een volgorde is vastgesteld, wordt er verder onderzoek verricht zodat de aandoening die verantwoordelijk is voor de klacht gevonden wordt. Door logisch redeneren en onderzoek (zoals anamnese en lichamelijk onderzoek) vallen steeds meer diagnoses af, zodat de echte diagnose overblijft.

3.3 - Welke past het beste bij een geriatrische setting?

Als we al de gevonden methoden langs elkaar leggen valt op dat ze eigenlijk alle vijf op hetzelfde neerkomen. Ze bevatten allen de volgende elementen:

- Eerst kijken wat de problematiek is en welke diagnoses mogelijk spelen.
- Vervolgens beleid afspreken en uitvoeren.
- Tot slot het geheel evalueren.

Omdat alle methoden dus eigenlijk op hetzelfde neer komen, en omdat het Catharinaziekenhuis ziekenhuisbreed de Proactive Nursing methodiek in wil voeren, lijkt dat ook de best passende methode om te implementeren op de afdeling klinische geriatrie. Zo houdt je het ziekenhuisbreed, waarbij toch een goede methodiek gebruikt wordt.

Bijlage 4: Artikelanalyse

Hieronder volgt een analyse van een wetenschappelijke artikel over klinisch redeneren. Het artikel "Clinical reasoning: concept analysis" (Simmons 2010) is beoordeeld aan de hand van het stappenplan genaamd: Werkmodel: artikel analyse op basis van de empirische cyclus (Fontys 2010). De informatie die hieruit voort is gekomen is gebruikt bij het schrijven van de scriptie en vooral bij het beantwoorden van deelvraag 2; "Wat is klinisch redeneren?"

4.1 - Aanleiding

- Wat is de aanleiding van het onderzoek?

De term klinisch redeneren heeft volgens de onderzoekers nog geen duidelijke definitie in de literatuur. De onderzoekers willen daar verandering in brengen.

Het wordt gezien als een middel om besluiten te vormen en om je klinische blik te onderbouwen. Dit is tegenwoordig erg belangrijk omdat gezondheidszorginstellingen steeds vaker met complexere patiënten te maken krijgen die vaak meerdere aandoeningen hebben. Ook is de zorg technischer geworden. Dit alles vraagt om een duidelijke definitie van klinisch redeneren.

4.2 - Vraagstelling

- Wat is de probleemstelling/vraagstelling/doelstelling/hypothese?

Het goed kunnen klinisch redeneren wordt gezien als een eigenschap die professionele verpleegkundigen onderscheidt van minder geschikte collega's.

Verpleegkundigen krijgen steeds meer verantwoordelijkheid voor hun patiënten en doordat de zorg steeds complexer, acuter en technischer wordt moeten verpleegkundigen sneller probleemoplossend kunnen denken, en dus ook beter kunnen klinisch redeneren.

De doelstelling is als volgt beschreven:

Dit artikel is een rapport van een concept analyse van klinisch redeneren in de verpleegkunde.

Het doel was dus om een definitie van de term 'klinisch redeneren' te formuleren, zodat verpleegkundigen het beter begrijpen en dat zorgt voor een beter opgeleide verpleegkundige die beter wordt in het werk.

Fitzpatrick (2011) schrijft in haar boek dat een concept analyse een strategie is die gebruikt wordt om een betekenis (of een interpretatie) van een woord te vinden. Dit komt overeen met wat het doel van het onderzoek is.

Doordat er een duidelijke definitie ontstaat wordt ook het verschil tussen klinisch redeneren, diagnostisch redeneren, besluitvorming en probleemoplossend denken verduidelijkt.

4.3 - Methode

4.3.1 - Soort onderzoek

- Wat is het type onderzoek: beschrijvend / exploratief / toetsend of diagnostisch, en waarom?

Het onderzoek is een concept analyse. Dit past het beste bij een beschrijvend onderzoek, omdat het gaat om een 'wat' of 'hoe' vraag. Dit is kenmerkend voor een beschrijvend onderzoek (scriptie.nl 2009).

De vraag die namelijk centraal staat in dit onderzoek is de vraag: Hoe luidt de definitie van klinisch redeneren? Of anders geformuleerd: Wat is de definitie van klinisch redeneren? Verder staat op scriptie.nl vermeld dat men vooraf vaak geen hypothese of theorie heeft voorafgaande aan het onderzoek, en dat na een beschrijvend onderzoek ook vaak nog een vervolgonderzoek volgt.

Het geanalyseerde artikel vermeld ook in de conclusie dat verder onderzoek nodig is.

- Betreft het kwalitatief of kwantitatief onderzoek, en waarom?

Het gaat hier om een kwalitatief onderzoek. Er wordt namelijk in de literatuur (databanken) gezocht naar bestaande definities van de term 'klinisch redeneren', en literatuuronderzoek valt onder kwalitatieve onderzoeksmethoden (scriptie.nl 2009).

- Hoe wordt er geoperationaliseerd?

- o Wat zijn de variabelen (afhankelijk en onafhankelijk)?

Afhankelijke en onafhankelijke variabelen spelen hier een rol. De Universiteit Leiden (2013) schrijft dat afhankelijke variabelen gezien kunnen worden als het gevolg in de onderzoeksvraag. Een onafhankelijke variabele kan dan gezien worden als de oorzaak in een onderzoeksvraag.

Een voorbeeld zou kunnen zijn: Krijgen mensen die roken eerder longkanker? Hierbij is de term 'roken' de oorzaak, en de term lonkanker het gevolg (want dat zou je krijgen als je rookt).

Omdat het geanalyseerde artikel geen oorzaak-gevolg onderzoek vraag heeft is de enige variabele die genoemd zou kunnen worden de term 'klinisch redeneren'.

Als men echter verder leest worden ook andere termen genoemd die onderzocht worden, en dus ook als variabele gezien kunnen worden. Deze zijn: diagnostisch redeneren, besluitvorming, oordelen en probleemoplossend denken.

- o Welk meetinstrument of meetmethode is gebruikt ?
- Dataverzameling: De onderzoekers hebben literatuur gezocht in verschillende databases, waaronder CINAHL, PubMed, PsycINFO, ERIC en OvidMEDLINE. De gevonden literatuur en onderzoeken komen uit de periode 1980-2008.
- Meetinstrument/meetmethode: Het meetinstrument dat gebruikt is, is de Roger's evolutionary method of concept analysis. Dit is een systematische methode die gebruikt wordt in de verplegingswetenschappen. De kracht van deze methode ligt in het feit dat hij systematisch en met duidelijke fasen (8 stappen) bijdraagt aan de verduidelijking, beschrijving en verklaring van begrippen (Toftshagen, 2010). Toftshagen concludeert dat de verplegingswetenschap zich moet richten op het gebruik van eenduidige begrippen en Roger's evolutionary method is een dergelijke methode om dat doel te bereiken.

De 8 stappen waaruit Rodger's methode bestaat, zijn de volgende:

1. Identificeer het interessegebied en de bijbehorende uitdrukkingen / terminologie.
2. Identificeer en selecteer een geschikte discipline en de periode voor het verzamelen van gegevens.
3. Verzamel data met betrekking tot de kenmerken van het interessegebied, met inbegrip van vervangende termen, voorgangers, gevolgen en referenties.
4. Identificeer gerelateerde objecten.
5. Analyseer gegevens met betrekking tot de bovenstaande kenmerken.
6. Ga nu interdisciplinair vergelijkingen.
7. Identificeer eventueel een concreet voorbeeld van het interessegebied.
8. Identificeer hypothesen en gevolgen voor verdere ontwikkeling.

Kort samengevat houdt het in dat eerst het interessegebied (klinisch redeneren) beschreven moet worden. Daarna moeten men daar gegevens over gaan verzamelen, evenals over synoniemen en dergelijke. Vervolgens moeten de gegevens geanalyseerd worden en tot slot moeten de gevolgen en het vervolg van het onderzoek beschreven worden.

4.3.2 - Bias/vertekening (interne validiteit)

- Hoe is de betrouwbaarheid van het meetinstrument vastgesteld:

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie, test-hertest?

- Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid: Cox (2012) stelt in haar boek hierbij de volgende vraag: Is de uitslag van een onderzoek hetzelfde als het onderzoek door twee verschillende personen wordt uitgevoerd?
Er mag aangenomen dat dit bij dit onderzoek wel het geval is. Als een andere onderzoeker dezelfde bronnen gebruikt, waarin dus dezelfde definities staan, zal hij uiteindelijk ook op hetzelfde antwoord komen.
Wel is het dan van belang dat dezelfde methode (van Rodger's) wordt gebruikt. In het onderzoek staat beschreven dat er wellicht een andere uitkomst volgt als er een ander model wordt gebruikt, zoals Wilsons methode uit 1963.
- Interne consistentie: Hulpbijonderzoek.nl (2012) geeft de volgende definitie aan interne consistentie: twee keer een meting verrichten binnen één onderzoek. Ze geven ook een voorbeeld: In een enquête wordt eerst naar iemands leeftijd gevraagd, en even later laat je iemand in diezelfde enquête zijn geboortedatum invullen. Als het goed is komen deze twee antwoorden dan overeen. Als dat niet het geval is, is het meetinstrument niet betrouwbaar te noemen, mits de respondent niet gelogen heeft.
Omdat dit niets met een conceptanalyse te maken heeft, is deze term hier niet van toepassing.
- Test-hertest: Volgens Math Candell (2010) van de Universiteit Maastricht is de test-hertest betrouwbaarheid te bepalen door een onderzoek tweemaal hetzelfde (bij dezelfde groep) uit te voeren en daar vervolgens de correlatie (samenhang) van te bepalen. De correlatie is dan een maat voor de betrouwbaarheid.

Naar verwachting zou bij een test-hertest de samenhang groot zijn, omdat er in literatuur gezocht is, waardoor en bijvoorbeeld geen geheugeneffecten, of washout-periode (effect verdwijnt) kan voorkomen, wat bij studies met personen wel het geval kan zijn.

- Hoe is de validiteit van het meetinstrument vastgesteld: inhoudsvaliditeit, criteriumvaliditeit?

- Inhoudsvaliditeit: De term inhoudsvaliditeit slaat op de vraag of de test- of vragenlijst items representatief zijn voor de onderwerpen die men probeert te meten (Universiteit Leiden 2013). Uit het onderzoek van Tofthagen (2010) blijkt dat hier wel het geval is. De Roger's evolutionary method is namelijk als valide bestempeld in dit onderzoek.
- Criteriumvaliditeit: De term criteriumvaliditeit heeft betrekking op de mate waarin de test of vragenlijst samenhangt met één of meer criteriumvariabelen. Criteriumvariabelen zijn de dingen die men eigenlijk had willen meten, maar om een of andere reden niet of moeilijk rechtstreeks kan vaststellen. (Universiteit Leiden 2013).

In het te analyseren artikel worden wel meerdere termen als variabele genoemd. Deze zijn diagnostisch redeneren, besluitvorming, oordelen en probleemoplossend denken.

- Is de steekproef select of a-select ?

De Universiteit Leiden (2013) stelt dat een steekproef a-select is als eenieder dezelfde kans heeft om meegenomen te worden in het onderzoek, ongeacht de eigenschappen. Dit is hier ook het geval. De selectie van de steekproef is als volgt verlopen:

De onderzoekers hebben 5966 publicaties gevonden door te zoeken op vaste termen in de eerder genoemde databanken. Daarna hebben ze extra criteria aangebracht in het zoeken (soort onderzoek, termen in de titel en jaartal) waardoor ze 1014 publicaties overhielden. Volgens Roger's (2000) moet 20% van de gevonden literatuur deel uitmaken van de steekproef, wat ervoor zorgde dat er nog 200 stukken overbleven. Vervolgens volgde het a-selectie gedeelte. Om te bepalen welke 200 dat zouden worden kreeg ieder van de 200 artikelen namelijk een nummer toegekend en via willekeur zijn daar de uiteindelijke artikelen uit geselecteerd.

- Wat is de grootte van de onderzoekspopulatie?

Zoals hierboven beschreven zijn 200 artikelen uitgekozen om te onderzoeken. Dubbele vermeldingen zijn weggelaten uit de 200. Uiteindelijk zijn er dus iets minder dan 200 onderzocht. Het is niet duidelijk hoeveel dubbele artikelen er gevonden zijn en hoeveel artikelen er daadwerkelijk gebruikt zijn.

- Is er een duidelijke beschrijving van het onderzoeksproces?

Mijns inziens is het onderzoeksproces goed beschreven. De auteur omschrijft achtereenvolgens titel, doel, achtergrond, databronnen, beoordeling, methoden, resultaten en conclusie.

- Is er uitval ? Zo ja, is hiervoor gecorrigeerd?

De 200 artikelen die meegenomen zijn in het onderzoek bevatte soms dubbele artikelen. Dit houdt in dat ze in meerdere databanken staan en door toeval beide bij de 200 overgebleven artikelen zitten. Deze zijn dus uitgevallen, maar er is hier niet voor gecorrigeerd, omdat ze uiteindelijk nog steeds rond de 20% bleven zitten van de gevonden literatuur die deel moet uitmaken van het onderzoek.

- Is er blinding toegepast?

Cox (2012) beschrijft blinding als: "(Blinding) dient te voorkomen dat de resultaten worden beïnvloed door bewuste of onbewuste verwachtingen of veronderstellingen." Blinding wordt vooral toegepast bij effectenonderzoek, en is nu dus niet van toepassing.

4.4 - Resultaten

- Hoe groot is het effect van het resultaat?

Het resultaat bestaat hoofdzakelijk uit drie delen:

1. Een analyse van het concept met behulp van Roger's evolutionary method, die klinisch redeneren onderscheidt van probleemoplossend denken, kritisch denken, logisch denken en besluitvormend denken.

2. klinisch redeneren wordt gedefinieerd als: Een complex, cognitief proces dat gebruik maakt van formele en informele denk-strategieën voor het verzamelen en analyseren van informatie van de patiënt, de evaluatie van de betekenis van deze informatie, en het bepalen van de waarde van alternatieve acties.

Met formele denkstrategieën worden het interpreteren en organiseren van informatie bedoeld. Informele denkstrategieën zijn cognitieve 'shortcuts' (bevindingen) waardoor informatie snel herkend en beoordeeld kan worden (Lemey 2011).

3. Klinisch redeneren in de verpleging is een apart begrip en staat op zichzelf. Het maakt gebruik van zowel inductieve (generaliseren) en deductieve (concluderen) cognitieve vaardigheden.

Deze resultaten hebben het effect dat hieruit drie nieuwe onderzoeken voort kunnen komen:

1. Geschikte instrumenten om het concept te operationaliseren moeten worden ontwikkeld.

2. Onderzoek is nodig om extra variabelen te identificeren die een impact hebben op klinisch redeneren en de consequenties van klinisch redeneren in specifieke situaties.

3. Er is ook een theorie over klinisch redeneren uitgekomen die het begrip verheldert en ook gebruikt kan worden voor vervolgonderzoek.

4.5 - Conclusie en discussie

- Is de steekproef representatief ?

De onderzoekster heeft eerst alle artikelen gezocht die over klinisch redeneren, en de surrogaten diagnostisch redeneren, besluitvormend denken en probleemoplossend denken. Daarna heeft de onderzoekster haar steekproef gedaan.

De stukken in de steekproef zijn daardoor representatief voor de populatie waaruit ze getrokken zijn. Dit is volgens de Universiteit Leiden (2013) de definitie van een representatieve steekproef. Het artikel voldoet aan die eis dus is het artikel een representatieve steekproef te noemen.

- Wat is er methodologisch gezien goed/ minder goed gegaan tijdens het onderzoek?

Hetgeen dat goed is gegaan, is dat de verschillende stappen die het proces omvatten goed gestructureerd zijn omschreven.

Wat minder goed is gegaan is dat het onduidelijk is hoeveel artikelen er precies zijn meegenomen in de uiteindelijke steekproef. Zoals hierboven beschreven zijn 200 artikelen uitgekozen om te onderzoeken. Dubbele vermeldingen zijn weggelaten uit de 200.

Uiteindelijk zijn er dus iets minder dan 200 onderzocht. Het is niet duidelijk hoeveel dubbele artikelen er gevonden zijn en hoeveel artikelen er daadwerkelijk gebruikt zijn. Het artikel zelf beschrijft ook enkele beperkingen. Zo worden als voorbeeld genoemd dat een het meenemen van andere disciplines, onderzoeken van voor 1980 en ook niet-Engelse artikelen de analyse hadden verbreedt.

- Wat is de relevantie van het artikel voor de praktijk, ofwel:
- Stel, je bent senior van een afdeling, zou je de resultaten implementeren?
Waarom wel en waarom niet?

Ik doe zeker iets met dit artikel. Dit artikel is namelijk beoordeeld om te gebruiken als onderbouwing voor deelvraag 2. Voor die deelvraag moest ik op zoek naar een definitie van klinisch redeneren. De kern van die deelvraag wordt beantwoord in dit artikel. Deze concept analyse geeft een definitie van klinisch redeneren in de verpleegkunde die helpt de betekenis te verduidelijken en geeft richting voor toekomstig onderzoek.

Ze zijn tot deze definitie gekomen door eerst naar alle synoniemen en hun definities te kijken. Deze dekten volgens de auteurs de lading echter niet. Ze hadden allemaal te maken met een proces en een uitkomst, maar gingen niet goed in op het redeneren en het denkproces. Klinisch redeneren heeft te maken met een beslissing nemen en daarop actie ondernemen. Hoe de definitie precies luidde hebben ze onderzocht met behulp van Roger's methode.

De definitie van klinisch redeneren luidt volgens dit artikel als volgt:

"Een complex, cognitief proces (denkproces) dat gebruik maakt van formele en informele denk-strategieën (interpretaties en bevindingen) voor het verzamelen en analyseren van informatie van de patiënt, de evaluatie van de betekenis van deze informatie, en het bepalen van de waarde van alternatieve acties."

Bijlage 5: Resultaten rondvraag

Om een antwoord op deze vraag te vinden zijn 27 ziekenhuizen met een klinische geriatrieafdeling bevraagd middels drie vragen:

1. Wordt er op de afdeling klinische geriatrie van uw ziekenhuis al klinisch geredeneerd?
2. Wordt er een vaste methode gebruikt; zo ja, welke?
3. Kunt u of één van uw collega's meer informatie verstrekken over hoe de implementatie van deze methodiek is verlopen? Dit mag eventueel ook tijdens een (telefonische) afspraak.

5.1 - Bevraagde ziekenhuizen

De 27 ziekenhuizen die bevraagd zijn, zijn gekozen nadat er van 90 ziekenhuizen is nagegaan of ze een geriatrieafdeling hebben. Deze 90 ziekenhuizen zijn alle ziekenhuizen van Nederland voor algemene gezondheidszorg met een klinische afdeling (Dimitri 2005). Psychiatrische ziekenhuizen, dagziekenhuizen of vestigingen met alleen poliklinieken zijn niet meegenomen.

De 27 ziekenhuizen zijn:

Academisch Medisch Centrum	Rijnstate
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	Scheper Ziekenhuis
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Slotervaartziekenhuis
Amphia ziekenhuis	Tjongerschans
Antonius Ziekenhuis	TweeSteden Ziekenhuis
Catharina Ziekenhuis	UMC St. Radboud
Deventer Ziekenhuis	UMC Utrecht
Elkerliek Ziekenhuis	Universitair Medisch Centrum Groningen
Erasmus Medisch Centrum	Westfries Gasthuis
Groene Hart Ziekenhuis	Ziekenhuis Gelderse Vallei
IJsselland Ziekenhuis	Ziekenhuis Groep Twente
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Ziekenhuis Lievensberg
Kennemer Gasthuis	
Medisch Centrum Alkmaar	
Medisch Centrum Leeuwarden	

Van de 27 gecontacteerde ziekenhuizen hebben er 17 gereageerd (63%). Dat zijn de dikgedrukte ziekenhuizen.

5.2 - Resultaten

De antwoorden van de ziekenhuizen zijn geanalyseerd, en daaruit blijkt dat slechts één geriatrieafdeling volgens een vaste methode klinisch redeneert. Dat is Ziekenhuis Lievensberg. De methode die gehanteerd wordt komt van de Gelre ziekenhuizen. (2010).

Het UMC Utrecht is van plan om binnenkort een variant van de Proactive Nursing methode van Bakker (2010) te implementeren.

Vier andere ziekenhuizen gebruiken geen vaste methodiek, maar wel een leidraad:

- Het Jeroen Bosch Ziekenhuis beredeneert klinisch volgens de 11 gezondheidspatronen volgens Gordon, zoals te lezen in Carpenito (2012).
- Het Medisch Centrum Alkmaar redeneren ze klinisch aan de hand van de multidisciplinaire verpleegproblemen. Deze dienen ook als leidraad voor de artsenvisite.
- Het Tjongerschans ziekenhuis gebruiken ze zogenaamde probleemlijsten (functioneel, lichamelijk, psychisch en sociaal). Deze worden in de artsen visite benoemt.
- Ziekenhuis Gelderse Vallei beredeneert aan de hand van een actiepuntenlijst.

Negen andere ziekenhuizen die gereageerd hebben schrijven dat ze wel klinisch renderen, maar niet volgens een vaste methodiek.

Het UMC Groningen liet weten niet mee te willen werken omdat ze te veel verzoeken van studenten kregen.

Hieronder volgen de letterlijke antwoorden zoals ze zijn toegestuurd:

Naam ziekenhuis	Reactie
Academisch Medisch Centrum	Door middel van je vraagstelling maak ik op dat je klinisch redeneren ziet als een (nieuwe) werkwijze die mogelijk geïmplementeerd is op onze afdeling. Zo kijken wij er echter niet tegenaan, klinisch redeneren zien wij als een vaardigheid van hulpverleners met als doel het nemen van besluiten voor individuele patiënten. Er wordt dus de hele dag gebruik gemaakt van klinisch redeneren bij de zorg voor onze patiënten. Onze verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en artsen kijken naar onze patiënten, brengen onzekerheden, vragen en doelen in kaart, voeren diagnostiek uit en nemen besluiten op basis van wetenschappelijke evidence, voorkeuren van de patiënten, het juridisch kader en uiteraard eigen expertise en die van collega's (vraag 1). Er wordt geen gebruik gemaakt van een vaste methode of schema waarin bv gezamenlijk een casus wordt besproken en expliciet wordt geredeneerd (vraag 2). Er is dus niets geïmplementeerd waarover ik meer info kan verschaffen. Ik hoop dat ik je hiermee heb geholpen.

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	1. Wordt er op de afdeling klinische geriatrie van uw ziekenhuis al klinisch geredeneerd? Ik vind dat er wel degelijk klinisch geredeneerd word door ons. Vaak voor dat de arts komt zijn we er al mee bezig over wat iemand zou kunnen hebben. Ook ga ik wel eens in gesprek met de arts over wat ik dacht dat er gestart zou kunnen worden of wat ik vermoed wat aan de hand kan zijn met een patiënt. 2. Wordt er een vaste methode gebruikt; zo ja, welke? Het spijt me, dit zou ik echt niet weten. In ieder geval werk ik niet met een vaste methode. 3. Kunt u of één van uw collega's meer informatie verstrekken over hoe de implementatie van deze methodiek is verlopen? Dit mag eventueel ook tijdens een (telefonische) afspraak. N.v.t
Catharina Ziekenhuis	1. Ja, maar nog niet altijd bewust. 2. Nog niet op een vaste manier. 3. /
Elkerliek Ziekenhuis	Er wordt niet methodisch klinisch geredeneerd.
IJsselland Ziekenhuis	Ja er wordt zeker klinische geredeneerd, daar er in de opleiding van de Amstel academie in A'dam heel erg de focus op ligt. Alle medewerkers van de afdeling volgen hier verplicht de opleiding. We hebben geen afspraken omtrent het methodisch inzetten van deze werkwijze.
Jeroen Bosch Ziekenhuis	1. Er wordt bij ons klinisch geredeneerd op de afdeling. 2. Dit wordt gedaan aan de hand van de gezondheidspatronen van Gordon. 3. Dit is op onze afdeling en op de afdeling chirurgie geïmplementeerd adhv bijscholing. Zo werd iedereen zich bewust van het klinisch redeneren. Nieuwe medewerkers krijgen deze scholing ook. Deze wordt om de zoveel tijd herhaald om iedereen er bewust van te laten en om de kennis op te frissen. Inmiddels werken bijna alle afdelingen volgens deze manier. Wel zie je dat het op geriatrie en chirurgie beter gaat, omdat het hier dus het eerst geïmplementeerd is en ook het meest uitgebreid is gedaan.

Medisch Centrum Alkmaar	Op afdeling Geriatrie zijn verpleegkundige niveau 4 / 5 werkzaam. Op vier verpleegkundige na heeft iedere verpleegkundige de vervolgopleiding Klinische Geriatrie Verpleegkundige. In deze opleiding wordt veel aandacht besteed aan het klinische redeneren. In 2013 is er een opleidingsdag geweest die geheel in het teken stond van het redeneren. Op de afdeling lopen wij artsensite aan de hand van multidisciplinaire problemen. Dit zijn dus geen verpleegproblemen. Maar bv Pneumonie, mobiliteit, pijn ect. Tijdens de artsensite gebruiken we het klinisch redeneren, maar wel in een notendop. Het moet kort en bondig, maar de verpleegkundige bereid op deze manier wel de site voor.
Medisch Centrum Leeuwarden	Op de afdeling Geriatrie wordt niet volgens een systematiek klinisch geredeneerd. In de geriatrie opleiding wordt hier wel aandacht aan besteed. Er liggen wel plannen binnen dit ziekenhuis om hier mee te gaan werken. Er wordt momenteel een e-learning module klinisch redeneren ontwikkeld.
Rijnstate	Ik moet je helaas teleurstellen. Bij ons wordt nog niet klinisch geredeneerd. De overige vragen kan ik hiermee niet beantwoorden.
Slotervaartziekenhuis	1. Er wordt van het 'niet-pluis' gevoel uitgegaan en er wordt dan gekeken hoe we dat gevoel kunnen onderbouwen. 2. Dit wordt niet volgens een vaste methodiek gedaan. 3. /
Tjongerschans	Het klopt wij hebben een afdeling klinische geriatrie (8 bedden). Wij gebruiken geen systematiek voor het klinisch redeneren. Ziekenhuisbreed doen we de EWS en hebben dan ook een SIT team (Spoed Interventie Team). Op de geriatrie maken we wel gebruik van probleemlijsten op de volgende gebieden: functioneel, lichamelijk, psychisch en sociaal. Deze worden in de artsen site benoemt en tijdens de grote site en het MDO worden de problemen gestopt. Aan de hand hiervan rapporteren wij als verpleegkundigen.

TweeSteden Ziekenhuis	1. Het klinisch redeneren binnen de zorgenheid geriatrie wel door de geriateren gedaan en dit is ook onderdeel bij het opleiden van de assistenten die in opleiding zijn voor geriater. Onder de verpleegkundigen is dit geen gemeengoed, is nu eigenlijk nog individueel bepaald (hoe vpk zijn opgeleid en wat hun ervaring daar mee is). 2. Mbt het verpleegkundig team niet. Wel is er een coach aangesteld die jong/nieuw gediplomeerde vpk ondersteunt bij het klinisch redeneren, maar dan meer in het algemeen, niet specifiek gericht op de geriatrie (mogelijk gaat dit nog komen). 3. Zie punt 2.
UMC Utrecht	1. Wordt er op de afdeling klinische geriatrie van uw ziekenhuis al klinisch geredeneerd? Er wordt wel klinisch geredeneerd maar (nog) niet volgens een vaste structuur of werkwijze. De klinische redenering gebeurt nu door collega's onderling tussen de werkzaamheden door of samen met studenten tijdens de doorspreekmomenten. 2. Wordt er een vaste methode gebruikt; zo ja, welke? Nee, 2 collega's en ik zijn van plan om dit jaar een themamaand te organiseren waarbij we onze collega's kennis laten maken met klinisch redeneren volgens een 6 stappen plan waarbij de SBAR de eerste stap zal innemen. De stappen die gebruikt worden zijn de stappen zoals de VU het heeft samengesteld. Stap 1; Oriëntatie op de situatie Stap 2; Actuele klinische probleemstellingen Stap 3; Aanvullend klinisch onderzoek Stap 4; Klinisch beleid (op volgorde van belang) Stap 5; Klinisch verloop en evaluatie Stap 6; Nabeschouwing 3. Kunt u of één van uw collega's meer informatie verstrekken over hoe de implementatie van deze methodiek is verlopen? Dit mag eventueel ook tijdens een (telefonische) afspraak. Er is nog geen implementatie geweest.

Ziekenhuis Gelderse Vallei	Er wordt bij ons op de afdeling niet klinisch geredeneerd zoals jij dat denk ik bedoelt. We redeneren wel heel wat af over onze patiënten en doen dat ook met een bepaalde vaste structuur. Ik bedoel dan dat we iemand geheel bespreken tijdens de artsensite volgens een vaste puntenlijst. Zo wordt er niets vergeten. Deze punten zijn zowel lichamelijke als psychische en sociale en zo nodig ethische en / of van spirituele aard. Deze punten worden in onze actielijst beschreven zodat iedereen er zijn dienst iets over behoort te noteren om een verloop erin te zien of dat iets verslechterd. Zo wordt iets bijv. als het over is ook weer gestopt en blijven relevante aandachtspunten over tot iemand weer met ontslag gaat. Bij ontslag gaat er een overdracht mee naar de thuiszorg of naar het verpleeg- of verzorgingshuis zodat zij ook weten wat wij allemaal gedaan hebben en hoe onze patiënt erop gereageerd. Ook bij palliatieve patiënten geldt dit. Palliatief redeneren is in feite hetzelfde maar dan bij palliatieve patiënten. We noemen het niet zo maar we doen het wel met elkaar. We kijken wat er nog aan comfort te bieden is en maken zo nodig gebruik van ons palliatief consulenten team.
Ziekenhuis Groep Twente	1. Zeker maken wij gebruik van klinisch redeneren. 2. Nee, maken geen gebruik van een vaste methode. Het gebeurt door de individuele vpk natuurlijk de gehele dag door, maar gezamenlijk een patiënt bespreken gebeurt incidenteel. 3. Verpleegkundig redeneren is wel onderwerp van een lesdag geweest. Echter het is nog niet voldoende geïmplementeerd op de afdeling. Goede implementatie voor het klinisch redeneren zou wel een kwaliteitsverbetering zijn op de afdeling.

Ziekenhuis Lievevberg	Op de afdeling GAAZ wordt er met regelmaat klinisch geredeneerd met de leerlingen/stagiaires, de methode die gehanteerd wordt komt uit Gelre ziekenhuizen. (2010, juni). <i>Klinisch redeneren BBL/BBL-i/BOL/Vakbekwaam/HBO</i>. Opgeroepen op januari 2011, van www.vakbekwaam.nu Deze wordt behandeld in de basiscursus werkbegeleiding die door alle gediplomeerde medewerkers gevolgd kan worden. Onderaan deze mail vindt u de methode terug, die opgenomen is in de reader werkbegeleiding. Op onze afdeling is deze cursus verplicht, omdat we een leerafdeling zijn. Na deze cursus wordt er coaching per 2 maanden gevolgd door iedere gediplomeerd verpleegkundige. De methode wordt niet altijd volgens de gehele methode gehanteerd, maar is meer een leidraad om kennis te toetsen bij de leerling/stagiaire. Op de andere verpleegafdelingen is de cursus werkbegeleiding nog geen verplichting, maar wel een gewenste bijscholing.
-----------------------	--

5.3 - Methode Ziekenhuis Lievensberg

Hierna het bestand dat de student van Ziekenhuis Lievensberg heeft ontvangen (Gelre ziekenhuizen 2010):

3.8 Klinisch redeneren

Definitie klinisch redeneren:

De analyse die de zorgverlener uitvoert op basis van de beschikbare gegevens uit anamnese en functie onderzoek (Beurkens, 2008)

Met deze analyse kan zodoende beredeneerd worden welke volgende stappen genomen moeten worden voor het verpleegkundig handelen.

Het klinisch redeneren met als doel het komen tot een verantwoorde diagnose was vroeger bij uitstek het terrein van de medicus. De laatste jaren is het inzicht gekomen dat ook verpleegkundigen dit altijd al deden. Het werd alleen anders benoemd. Bij alle onderdelen van het diagnostische proces heeft de verpleegkundige een belangrijk aandeel. Het uiteindelijk stellen van de medische diagnose en het opstellen en uitvoeren van de medische behandeling behoren tot de verantwoordelijkheid van de arts of in sommige settings de nursepractitioner. (Klinisch redeneren, 2007)

Vragenlijst klinisch redeneren leerling voor het bespreken van een patiënt

Aan de hand van een verpleegkundig patiënten dossier wordt de student de volgende vragen gesteld.

1. Had je voor de overdracht in beeld welke patiënten er vandaag aan jou toegewezen waren?
2. Hoe heb je vanochtend gegevens verzameld?
 - a. De student heeft gegevens verzameld aan de hand van:
 - Overdracht
 - Rapportage
 - Vragen aan begeleider van die dag of collega's
 - Observaties
 - Literatuur
 - De patiënt zien
 - Overig :
3. Kon je met deze gegevens verder?
4. Hoe heb je (ontbrekende) informatie verzameld?
 - a. De student heeft gegevens verzameld aan de hand van:
 - Overdracht
 - Rapportage
 - Vragen aan begeleiders en collega's
 - Observaties
 - Literatuur
 - De patiënt zien
 - Overig :
5. Vertel wat je weet van het ziektebeeld van jouw patiënt?
 - a. De student weet de:
 - ziekte / aandoening:
 - Naam
 - Symptomen (min. 3 symptomen te noemen)
 - Gevolgen (weet min. 3 gevolgen te noemen)
 - Oorzaken van de ziekte/aandoening voor deze patiënt
 - mogelijke behandeling
 - prognose

- mate van de ziekte / aandoening
 - medische voorgeschiedenis van de patiënt
 - behandeling van de patiënt
6. Vertel de invloed van de ziekte op de leefwijze van de patiënt.
- a. De student weet:
- Fysiologische verandering
 - Psychologisch verandering
 - Sociaal-culturele verandering
 - Ontwikkelingsbepaalde verandering
 - Spirituele verandering
 - Benoem de meest voorkomende complicaties bij dit ziektebeeld.
7. Wist je waar je vanochtend op moest letten? (lettende op het ziektebeeld/overdracht/situatie van patiënt en opleidingsniveau student)
8. Benoem waarom de patiënt een infuus, sonde, katheter, zuurstof enz. heeft en/of krijgt.
- a. De student weet:
- Het beleid
 - De reden waarom het beleid voorgeschreven is
 - De werking van het beleid (wat doet het beleid met de patiënt?)
 - De bijverschijnselen
 - Aandachtspunten waar je op moet observeren/rapporteren (belangrijkste aandachtspunten noemen)
 - De verandering van het klinische beeld door het voorgeschreven beleid
9. Welke metingen heb je vanochtend gedaan en waarom?
- De student legt een relatie tussen de metingen en het ziektebeeld
10. Wat heb je met je meting/observatie gedaan tot nu toe?
- De student doet niets
 - Naar begeleider gaan
 - Andere verpleegkundigen vragen
 - Zelf actie ondernemen zonder overleg
 - Zelf actie nemen na overleg
 - Rapporteren
 - Overdragen
 - Naar arts gaan
 - Literatuur zoeken
 - Protocol opzoeken
11. Wat is het resultaat dat je wilde bereiken met je metingen/observaties?

Vragen voor de werkbegeleider.

1. Hoe kritisch kijkt jouw student naar zijn eigen handelen?
2. Past de student klinisch redeneren toe?
3. Op welke wijze stimuleer jij jouw student in het klinisch redeneren?
(Gelre ziekenhuizen, 2010)

5.4 - Tot slot

Slechts één van de ziekenhuizen die gereageerd hebben gebruikt een vaste methode en één ander ziekenhuis is van plan dat te gaan doen.

Als argument om het niet te doen wordt vaak genoemd dat klinisch redeneren toch al gedaan wordt, ondanks dat er geen vaste methode gebruikt wordt.

Wellicht komt het doordat het iets van de laatste paar jaar is en nog in opkomst is.

Bijlage 6: Resultaten CCI-bijeenkomst

6.1 - Werkelijke situatie

Het is belangrijk om te weten hoe er op dit moment klinisch beredeneerd wordt op de afdeling geriatrie van het Catharinaziekenhuis. Daarom is dat gevraagd tijdens de teamvergadering van 23 april 2013.

Tijdens de teamvergadering werd er door mij aan de 10 verpleegkundigen die op de vergadering waren (dit is 50% van het verzorgend personeel) gevraagd hoe zij op dit moment klinisch redeneren.

Daaruit kwam naar voren dat bijna iedereen vond dat ze het al deden, maar onbewust of in ieder geval nog niet bewust genoeg.

De verpleegkundigen van de afdeling geriatrie redeneren nu dus al klinisch, maar nog niet bewust genoeg, zo blijkt uit de bevraging tijdens de teamvergadering van 23 april 2013.

6.2 - CCI-bijeenkomst

Tijdens de teamvergadering van de afdeling klinische geriatrie die 23 april 2013 plaats heeft gevonden is een Claims, Concerns & Issues bijeenkomst (CCI-bijeenkomst) gehouden. Deze werd bijgewoond door onder andere 10 verpleegkundigen en deze hebben allemaal meegedaan met de oefening. Dit is precies de helft van het team, dat bestaat uit 18 verpleegkundigen en twee verzorgenden.

Voor de CCI-bijeenkomst kreeg in een uur de tijd, de helft van de totale teamvergadering. Doordat ik middels een mail aan de genodigden al had laten weten wat een CCI-bijeenkomst is en wat er van hen verwacht werd, had het merendeel haar claims, concerns en issues al paraat zodat er vrijwel meteen gestart kon worden met de oefening. Daardoor is het gelukt om de oefening binnen de tijd af te ronden en ook de benodigde gegevens te verkrijgen.

6.3 – Thematische analyse

De gegevens zijn geanalyseerd door middel van een thematische analyse, die Braun en Clarke (2006) hebben beschreven.

Shaun Cardiff (2012) heeft een Nederlandse samenvatting van het stuk van Braun en Clarke geschreven en beschrijft de stappen als volgt:

“Het analyseproces loopt van het beschrijven van wat er gezegd is, naar het organiseren/cluseren van citaten om patronen te laten zien, om vervolgens een samenvatting en interpretatie te geven (betekenis en implicaties aan te brengen), vaak in relatie met wat bekend is vanuit literatuur.”

De methode bestaat uit 6 fasen (Cardiff 2012):

1. Verkennen van de data: Transcribeer de data (letterlijk woord voor woord uitschrijven), lezen, herlezen en noteren van ideeën/wat je opvalt.
2. De eerste codes maken: Codeer interessante facetten van de data op een systematische wijze over de volledige data set en breng gelijkaardige codes (met hun citaten) in verband met elkaar (cluseren).
3. Thema's zoeken: Cluster codes door alle data relevant voor een (potentieel) thema bijeen te brengen.
4. Herziening van thema's: Check dat de thema's werken in relatie tot de ruwe data en het overall beeld (alle data samen) en maak een themamap van de analyse.

5. Benoemen en definiëren van thema's: Verfijn de specifieke betekenis van elk thema en het overkoepelende verhaal dat verteld wordt. Maak heldere definities en geef elk thema een naam.

6. Rapporteren: Selecteer citaten die het thema het best illustreren, laatste analyse van geselecteerde citaten, relatie tussen thema's en onderzoeksvraag en literatuur, een rapportage van de resultaten.

6.3.2 - Fase 1 t/m 4: Verkennen van de data en clusteren van de thema's

De eerste stap is het letterlijk uitwerken van wat er opgeschreven is en van wat er gezegd is. Daarom volgen nu de letterlijk gegeven claims, concerns en issues.

De thematitels van de clusters zijn goedgekeurd door de deelnemers en ze schetsen een goed beeld over de gehele situatie.

Claims

Hieronder staat de letterlijke zinnen die benoemd en opgeschreven zijn door de deelnemers. Deze zijn door de teamleden zelf geclusterd tijdens de bijeenkomst.

Cluster 1 – Duidelijkheid met een vaste vorm van klinisch redeneren
- Iedereen op één lijn. - Je zit op één lijn met de artsen en werkt er beter mee samen. - Je zit allemaal op één lijn. - Iedereen weet waar het over gaat. - Iedereen is dan bekend met dezelfde methode. - Iedereen doet het op dezelfde manier. - Je zit op één lijn als verpleegkundige. - Je zit op een lijn met je collega's. - Je spreekt allen dezelfde taal. - Schept duidelijkheid. - Je hebt duidelijkheid. - Duidelijkheid door een vaste methode. - Je kan dan gestructureerd onderbouwen. - Een vaste structuur kan routine worden. - Je hebt houvast in onverwachte situaties. - Je hebt houvast. - Het voorkomt subjectief denken en interpreteren. - Het bevordert objectief denken en waarnemen. - Je leert zo logisch denken.
Cluster 2 – Diepgang met een vaste vorm van klinisch redeneren
- Je hebt meer diepgang in verpleegkundig denken. - Het laat je meer, breder en dieper nadenken. - Je kan zo meer verbanden leggen. - Het is verdiepend. - Je bent als team verdiepend bezig samen. - Je ziet geen of minder mogelijkheden, oorzaken en problemen over het hoofd.

Cluster 3 – Tijdsbesparing en foutvoorkoming met een vaste vorm van klinisch redeneren
- Het is tijdsbesparend. - Het is efficiënt. - Je verzameld in één keer alle nodige info. - Er worden minder snel dingen over het hoofd gezien. - Minder snel foute conclusies. - Sneller en adequater reageren op probleemsituaties bij patiënten.
Cluster 4 - Overige
- Het is makkelijk te leren voor nieuwe verpleegkundigen.

Concerns

Hieronder staat de letterlijke zinnen die benoemd en opgeschreven zijn door de deelnemers. Deze zijn door de teamleden zelf geclusterd tijdens de bijeenkomst.

Cluster 1 – Mogelijke beperking van de denkwijze met een vaste vorm van klinisch redeneren
- Men durft er niet snel van af te wijken. - Eigen inzicht en ervaringen gebruiken doet soms misschien meer. - Het vermindert het 'vrije denken'. - Klinisch redeneren is ook anticiperen op wat je ziet, waarneemt en gaat doen. Een te vaste structuur kan het creatief denken belemmeren bij 'niet gangbare' situaties. - Het kan je ook beperken in je denkwijze. - Je creativiteit wordt niet gestimuleerd. - Het kan een soort sleur worden waarbij je vasthoudt aan één methode. - Vaak dezelfde methode gebruiken kan leiden tot stappen overslaan waardoor je dingen mist. - Je bent minder flexibel. - Je kan blijven hangen in de methodiek. - Een vaste methode kan routine worden. Dit moet niet gebeuren. - Je kan een blinde vlek krijgen door een vaste methode. - Het kan wellicht subjectief worden. - Raak je de kern altijd?
Cluster 2 - Wellicht minder overlegmomenten met een vaste vorm van klinisch redeneren
- Je hebt dan wellicht minder overlegmomenten met je collega's. - Overleg en tips met en van collega's worden minder omdat iedereen het hetzelfde doet.
Cluster 3 - Overige
- Het kost misschien te veel tijd in bepaalde situaties. - Een beginnend verpleegkundige kan het mogelijk als drempel ervaren. - Sommige ziektebeelden kunnen wellicht moeilijker 'gevangen' worden. - Als verpleegkundige kom je zo op de stoel van de arts te zitten.

Issues

Hieronder staat de letterlijke zinnen die benoemd en opgeschreven zijn door de deelnemers. Deze zijn door de teamleden zelf geclusterd tijdens de bijeenkomst.

Cluster 1 - Hoe ziet de scholing en evaluatie er uit?
- Hoe wordt het geschoold/geïnstrueerd ? - Hoe worden studenten, stagiaires en (beginnende) verpleegkundigen begeleidt? - Hoe wordt het geschoold en geoefend? - Hoe krijg je iedereen op één lijn? - Hoe wordt ervoor gezorgd dat verpleegkundigen het goed onder de knie krijgen? - Hoe ziet de scholing er uit? - Hoe evalueer je de methode? - Hoe ga je elkaar hierin feedback geven? - Hoe blijf je de methode evalueren? - Hoe evalueer je de methode? - Hoe evalueer je en/of oefen je regelmatig?
Cluster 2 - Hoe zit het met de verschillende niveaus van verpleegkundigen?
- Hoe zit het met de verschillende niveaus van verpleegkundigen? - Wat doe je met de verschillende niveaus van verpleegkundigen?
Cluster 3 - Hoe behoud je overlegmomenten met collega's?
- Hoe zorg je voor voldoende overlegmomenten met je collega's? - Hoe behoud je genoeg overlegmomenten met collega's?
Cluster 4 - Overige
- Hoe wordt het afgestemd tussen disciplines?

Clusteroverzicht

Doordat er tijdens de CCI-bijeenkomst meteen geclusterd is door de deelnemers, is de volgende stap van de thematische analyse reeds gedaan. Hieronder volgen de clusters zoals deze gevormd zijn en ook goedgekeurd zijn door de deelnemers:

Claims
- Duidelijkheid met een vaste vorm van klinisch redeneren - Diepgang met een vaste vorm van klinisch redeneren - Tijdsbesparing en foutvoorkoming met een vaste vorm van klinisch redeneren
Concerns
- Mogelijke beperking van de denkwijze met een vaste vorm van klinisch redeneren - Wellicht minder overlegmomenten met een vaste vorm van klinisch redeneren
Issues
- Hoe ziet de scholing en evaluatie er uit? - Hoe zit het met de verschillende niveaus van verpleegkundigen? - Hoe behoud je overlegmomenten met collega's?

6.3.3 - Wat valt er op?

Als de bovenstaande data nogmaals doorgelezen wordt, dan valt op dat de verpleegkundigen graag duidelijkheid willen. Duidelijkheid door allen op één lijn te zitten, duidelijkheid door een vaste methode en duidelijkheid door scholing om de kennis up-to-date te houden.

In eerste instantie stonden sommigen er sceptisch tegenover om een vaste methodiek te gebruiken. Ze zeiden dingen als "We zijn al klinisch aan het redeneren, en als we het volgens een vaste methodiek gaan doen dan kan dat ons denkwijze beperken", maar na het er met elkaar over gehad te hebben was iedereen van mening dat de methode een compleet plaatje vormt over de conditie van de patiënt en iedereen zag er toch wel de meerwaarde van in.

6.4 - Fase 5: Clusters definiëren

6.4.1- Wat is het achterliggende verhaal?

Nu de inbreng van de Post-It's letterlijk opgeschreven is en de clusters zijn gevormd is het belangrijk om te kijken wat het verhaal achter de geclusterde thema's is. De deelnemers is steeds gevraagd om haar briefjes mondeling toe te lichten. Een samenvatting van wat er per cluster/thema verteld is, is hieronder beschreven:

Claims	
Thema	Verhaal erachter
- Iedereen zit op één lijn, waardoor er duidelijkheid is.	De deelnemers vertelden dat ze het prettig vonden dat ze bij een vaste methode allemaal op één lijn zitten. Ze denken dan minder tijd kwijt te zijn aan overlegmomenten en denken zo sneller actie te kunnen ondernemen.
- Het zorgt voor meer diepgang.	De deelnemers zijn van mening dat je door een vaste methode van klinisch redeneren meer met de arts mee kunt denken in plaats van het beleid af te wachten. Zo verwachten ze ook meer kennis te verkrijgen en te kunnen uiten, wat ze uitdagend en interessant vinden.
- Het bespaart tijd en fouten.	Doordat iedereen op één lijn zit weet iedereen sneller waar de ander mee bezig is, aldus de deelnemers. En omdat je een vaste methodiek gebruikt weet je ook dat je geen dingen overslaat die belangrijk zijn bij het stellen van een diagnose en het opstellen en/of aanpassen van het beleid.
Concerns	
Thema	Verhaal erachter
- Een vaste methode kan je denkwijze beperken.	De deelnemers denken dat je minder denkruimte hebt als je klinisch redeneert volgens een vaste methode. Er is uitgelegd dat de vaste methode vooral houvast biedt waardoor je juist minder dingen vergeet, dan zonder een vaste methode. De deelnemers waren bang dat het routine gaat worden, maar dit is uiteindelijk ook de bedoeling, want dan weet je zeker dat je alles hebt gedaan om tot een diagnose en beleid te komen.

	Ook werd er verteld dat elke casus anders is, ook al gebruik je een vaste methode. De aanvullende onderzoeken zijn bijvoorbeeld steeds anders. Dit overtuigde een deel ervan dat het geen slecht idee is om een vaste methode te gebruiken.
- Je overlegt wellicht minder met collega's.	De deelnemers vertelden graag met collega's te overleggen als ze een 'niet-pluis-gevoel' bij een patiënt hadden. Er is verteld dat er nog steeds ruimte is om te overleggen. Omdat je straks gebruik kan maken van een vaste methode is het overleg juist diepgaander omdat je minder snel iets over het hoofd ziet. Ook is door deelnemers gezegd dat klinisch redeneren niet in je hoofd moet gebeuren (zoals het nu vaak gedaan wordt), maar juist hardop, zodat anderen mee kunnen denken, en zodat er sneller actie kan worden ondernomen.
Issues	
Thema	Verhaal erachter
- Hoe ziet de scholing en evaluatie er uit?	De deelnemers wilden graag weten hoe de (bij)scholing eruit gaat zien en hoe een casus achteraf geëvalueerd wordt. De student heeft gezegd dat nog niet bekend is hoe de scholing vorm gaat krijgen, omdat de praktijkopleider dat gedeelte voor haar rekening gaat nemen. Ook is door de student verteld dat de laatste stap in de methodiek altijd een evaluatiestap is waarbij wordt gekeken hoe er is gehandeld en of de juiste keuzes zijn gemaakt. Dit antwoord vonden ze voor nu voldoende.
- Hoe zit het met de verschillende niveaus van verpleegkundigen?	Sommige deelnemers vroegen zich af of verzorgenden, MBO verpleegkundigen en HBO verpleegkundigen verschillend getraind zijn of moeten worden om een methodiek onder de knie te krijgen. De student vertelde dat het niveau van de medewerker niet uitmaakt wat betreft de scholing; iedereen leert immers dezelfde methodiek. En omdat verzorgenden wellicht minder anatomie, fysiologie en pathologie hebben gehad tijdens de opleiding is wel benadrukt dat overlegmomenten met collega's nog steeds aan te bevelen zijn, om niets over het hoofd te zien. Dit nam de concern over het minder overleggen met collega's ook al deels weg.
- Hoe behoud je overlegmomenten met collega's?	De deelnemers brengen dit punt vaak naar voren. De student heeft uitgelegd dat men nog steeds collega's erbij kunt roepen en benadrukte nogmaals dat het proces niet in je hoofd af moet spelen, maar hardop, om zo samen tot een goede diagnose te komen. Dit leek de deelnemers gerust te stellen en ze zagen wel in dat je nog steeds met collega's kunt overleggen.

6.4.2- Wat valt er op?

Wat opviel tijdens de discussie was dat sommige mensen er sceptisch over waren. Toen de mensen die er wel achter stonden ze probeerden te overtuigen, en duidelijk wilden maken dat het veel voordelen had, veranderden de sceptische mensen van mening en zagen ze toch de voordelen er wel van in.

Ze waren vooral bang dat overlegmomenten verloren zouden gaan. Daar is extra uitleg over gegeven tijdens de discussie en dit leek de deelnemers minder sceptisch te maken.

6.5 - Fase 6: Conclusie en rapportage van resultaten

De vraag die beantwoord moest worden aan het begin van de bijeenkomst was : *"Hoe denken de verpleegkundigen en verzorgenden van de afdeling geriatrie van het CZE van klinisch redeneren volgens een vaste methodiek?"*

Als samenvatting van de CCI-bijeenkomst en als antwoord op deze vraag kan gegeven worden: De medewerkers van de afdeling staan er grotendeels positief tegenover. Sommigen zijn bang dat er minder overlegt wordt met collega's door een vaste methodiek, en sommigen denken dat het opleidingsverschil voor moeilijkheden gaat zorgen en dat ze veel tijd kwijt zijn aan scholing.

Door uitleg van de student zijn deze onzekerheden grotendeels weggenomen en de meeste vragen beantwoord. Daardoor zijn de medewerkers vooral positief over het klinisch redeneren volgens een vaste methode. Ze vinden dat je zo meer ruimte krijgt om je kennis te laten horen en dat er meer diepgang is. Ook vinden ze dat een vaste methode tijd bespaart, houvast geeft en dat je zo minder snel fouten kan maken en dingen over het hoofd kan zien.

Verklarende woordenlijst

Begrip

Betrouwbaarheid

Definitie

In statistische toepassingen is de term betrouwbaarheid een maat voor de kans dat een gemeten waarde representatief is voor de werkelijke waarde. Een meetmethode is nauwkeurig wanneer de meetwaarden statistisch betrouwbaar en precies zijn. De belangrijkste toetssteen voor nauwkeurigheid is dat bij hermeting (ongeveer) hetzelfde resultaat wordt opgetekend (precisie), en dat deze overeenkomt met de bekende waarde (betrouwbaarheid). Betrouwbaarheid garandeert niet de validiteit van de meting. Echter, een hoge betrouwbaarheid is een voorwaarde voor validiteit.

Catharinaziekenhuis

Een topklinisch ziekenhuis met 47 specialismen.

CCI

Zie Claims, concerns & issues- bijeenkomst.

Claims, concerns & issues- bijeenkomst

Een bijeenkomst waar belanghebbenden een stem in het geheel krijgen over bijvoorbeeld een implementatie. Ze maken hun verwachtingen, zorgen en aandachtspunten kenbaar aan diegene die de bijeenkomst leidt.

CZE

Zie Catharinaziekenhuis

EBP

Evidence Based Practice. Dat wil zeggen dat er voor een onderzoek gekeken wordt naar ervaring, kennis en wetenschap. Als deze drie punten geïntegreerd worden, spreekt men van evidence based practice ofwel EBP.

Geriatric

Geriatric is de vorm van geneeskunde die zich richt op preventie, diagnostiek en behandeling van ziekten die wat betreft hun oorzaak samenhangen met veroudering of in sterke mate worden beïnvloed door veroudering van de betreffende patiënt.

Implementatie

De invoering van een nieuw systeem, plan, idee, model, ontwerp, standaard of beleid in een organisatie.

Klinisch redeneren

Een complex, cognitief proces (denkproces) dat gebruik maakt van formele en informele denk-strategieën (interpretaties en bevindingen) voor het verzamelen en analyseren van informatie van de patiënt, de evaluatie van de betekenis van deze informatie, en het bepalen van de waarde van alternatieve acties.

Proactive Nursing

Een vaste methode om klinisch te redeneren, geschreven door Mark Bakker in 2010.

Validiteit

De validiteit of geldigheid van een test is de mate waarin de test meet wat hij zou moeten meten. Bij het onderzoeken van de validiteit wordt gekeken naar de mate waarin de resultaten van een test en het te meten verschijnsel met elkaar overeenkomen. De "omgekeerd, ook vice versa" manier. De validiteit is een gradatie; het is niet zo dat de ene test valide is en de andere niet. Wel is de ene test meer valide dan een andere.



catharina
ziekenhuis

