



Casusbespreking? Yes!

De wens van verpleegkundigen op afdeling B2 rondom een patiënten- en/of casusbespreking

Nij Smellinghe Drachten | Afdeling B2
Cardiologie & Longziekten

Lilian Kin, Mèlanie Beekhuis, Jan Post & Annemiek Strating

Casusbespreking? Yes!

De wens van verpleegkundigen op afdeling B2 rondom een patiënten- en/of casusbespreking

ONDERZOEKERS

Lilian Kin
Mèlanie Beekhuis
Jan Post
Annemiek Strating

MODULE

Afstudeeronderzoek jaar 4

BEGELEIDEND DOCENT

Wilma Jelsma

BEOORDELENDE DOCENTEN

Wilma Jelsma
Lydie de Jong

ONDERWIJSINSTELLING

VIAA Gereformeerde Hogeschool te Zwolle

OPDRACHTGEVER

Aletta Meelker (leidinggevende B2)

PRAKTIJKBEGELEIDER

Joanne Bouma (projectmedewerker)

INSTELLING

Ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten

ONDERZOEKSVERSLAG

Origineel, 22 mei 2017

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de opdrachtgevers.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorscriptie '*Casusbespreking? Yes*', deze is geschreven naar aanleiding van het uitvoeren van methodisch onderzoek in het Nij Smellinghe ziekenhuis dat gevestigd is in Drachten. Het onderzoek vond specifiek plaats op de afdeling B2, longziekten. Vanuit de Gereformeerde Hogeschool, de VIAA, en vanuit de aanbevelingen van een voorgaand onderzoek werd het onderzoek aangeboden als een afstudeerproject. Het onderzoek startte op 11 oktober 2016 en eindigde op 22 mei 2017.

Onze dank gaat uit naar mevrouw W. Jelsma, begeleidend docent en eerste beoordelaar en mevrouw L. de Jong, tweede beoordelaar, die de tijd namen voor het beoordelen van de aangedragen verslagen en het geven van de bijbehorende feedback. Ook gaat onze dank uit naar de opdrachtgever van het onderzoek en tevens leidinggevende van afdeling B2, mevrouw A. Meelker. We hebben veel steun gehad aan mevrouw J. Bouma, onze praktijkbegeleider. We konden rekenen op raad en advies bij ons onderzoek. Ook aan de verpleegkundigen van afdeling B2, die in het onderzoek hebben geparticipeerd, gaat onze dank uit. Door hun inbreng was het mogelijk om het onderzoek uit te voeren.

Wij wensen u veel leesplezier met het lezen van deze scriptie.

Lilian Kin, Mèlanie Beekhuis, Jan Post & Annemiek Strating
Drachten, 2017

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	7
Abstract	8
1. Inleiding	9
1.1. Aanleiding	9
1.2. Probleemstelling, doelstelling en vraagstelling	9
1.3. Verpleegkundige relevantie	10
1.4. Leeswijzer	11
2. Theoretisch kader	12
2.1. Nij Smellinghe	12
2.2. Verpleegkundige behoefte met betrekking tot verpleegkundig overleg	12
2.2.1. Behoefte aan informatie/kennis	12
2.2.2. Behoefte aan persoonsontwikkeling	13
2.2.3. Behoefte aan goede samenwerking	13
2.2.4. Behoefte aan reflectie op handelen	14
2.3. Vormen van overleg	14
2.3.1. Beleidsbespreking, behandelbespreking en samenwerkingsbespreking	14
2.3.2. Casuïstiekbespreking	15
2.3.3. Patiëntenbespreking	15
2.3.4. Consult	15
2.3.5. Intercollegiaal overleg	15
2.3.6. Intervisie	15
2.3.7. Klinisch redeneren	16
2.4. Methoden	16
2.4.1. Marc Bakker methode	16
2.4.2. Het VAKK-model	17
2.4.3. Het PSPT-model	17
2.4.4. Korthagen methode	17
2.4.5. STARR-methode	17
3. Methode van onderzoek	18
3.1. Strategie	18
3.2. Populatie en steekproef	18
3.2.1. Interview	18
3.2.2. Enquête	18
3.2.3. Focusgroep	19
3.3. Dataverzameling	19

3.3.1.	Interview.....	19
3.3.2.	Enquête	19
3.3.3.	Focusgroep	20
3.4.	Analyseren.....	20
3.4.1.	Analyseren van het interview.....	20
3.4.2.	Analyseren van de enquête.....	20
3.4.3.	Analyseren van de focusgroep	21
3.5.	Ethische verantwoording	21
3.6.	Betrouwbaarheid en validiteit.....	21
3.6.1.	Betrouwbaarheid.....	21
3.6.2.	Validiteit	21
3.7.	Presentatie	22
4.	Resultaten.....	23
4.1.	Bespreking in het verleden.....	23
4.1.1.	Bekende methoden	23
4.2.	Patiënten- en/of casusbespreking.....	24
4.2.1.	Definitie patiënten- en/of casusbespreking.....	24
4.2.2.	Doel van de casusbespreking	24
4.3.	Wens van de verpleegkundigen	24
4.3.1.	Inhoud van de casusbespreking	24
4.3.2.	Vorm van een casusbespreking.....	25
4.3.3.	Organisatie van een casusbespreking	25
4.3.4.	Randvoorwaarden	26
5.	Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	28
5.1.	Conclusie	28
5.2.	Discussie	28
5.2.1.	Inhoudelijke discussie.....	28
5.2.2.	Methodologische discussie	29
5.3.	Aanbevelingen.....	30
	Literatuurverwijzingen	32
	Bijlage 1. Literatuur zoekplan.....	34
	Bijlage 2. Topics- en vragenlijst interview / Focusgroep	35
	Bijlage 3. Enquête.....	36
	Bijlage 4. Totale populatie voor onderzoek	38
	Bijlage 5. Data analyse interview	39
	Bijlage 6. Data analyse enquête	41

Bijlage 7. Data analyse focusgroep.....	47
Bijlage 8. Uitnodiging focusgroep.....	49
Bijlage 9. Stappenplannen methodiek	50
Bijlage 10. Ephorusverklaring	52

Samenvatting

AANLEIDING

Dit onderzoek is voortgekomen uit de conclusie en aanbeveling van een vorig afstudeeronderzoek binnen het Nij Smellinghe. Hierin is naar voren gekomen dat de verpleegkundigen van de afdeling B2, cardiologie en longziekten in het ziekenhuis Nij Smellinghe, behoefte hebben aan een patiënten- en/of casusbespreking, van verpleegkundige tot verpleegkundige.

VRAAGSTELLING EN DOELSTELLING

In het ziekenhuis Nij Smellinghe is er op de afdeling B2 onderzoek gedaan naar de wens van de verpleegkundigen voor een patiënten- en/of casusbespreking en een passende uitvoering hiervan. Hierbij luidt de hoofdvraag:

‘Wat is de specifieke wens van de verpleegkundigen van afdeling B2 met betrekking tot patiënt- en/of casusbesprekingen en wat is ervoor nodig om dit in te voeren?’

METHODE

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van drie verschillende meetinstrumenten. Er is een interview gehouden met een seniorverpleegkundige. Verder zijn er enquêtes uitgedeeld onder de seniorverpleegkundigen en verpleegkundigen op de afdeling B2, waarin is gevraagd naar de wens om een patiënten- en/of casusbespreking te houden. Er is gebruik gemaakt van een focusgroep met vijf verpleegkundigen en de leidinggevende van afdeling B2. In de focusgroep is gevraagd naar de meningen en behoeften van de verpleegkundigen over een patiënten- en/of casusbespreking en het vinden van een juiste methode hiervoor.

Alle verzamelde data is geanalyseerd, waarbij het is uitgeschreven, gestructureerd, gecodeerd en geordend. Alle informatie heeft geleid tot de resultaten van het onderzoek.

RESULTATEN

De verpleegkundigen van afdeling B2 hebben aangegeven dat ze bekend zijn met verschillende besprekingen. Eerdere besprekingen zijn stukgelopen doordat de verwachtingen die de verpleegkundigen hadden niet overeenkwamen met de uitvoering van deze besprekingen, ook kwam er geen personeel op afgesproken data en kwam er geen initiatief vanuit het team. Andere ontwikkelingen vergden veel tijd van de verpleegkundigen, waaronder het elektronisch patiëntendossier en electronical-learning.

Verpleegkundigen hebben aangegeven dat zij een patiënten- en/of casusbespreking nuttig vinden en hier tijd in willen investeren.

De verpleegkundigen kiezen voor de term casusbespreking, welke soepel mag worden ingevuld.

De bespreking zal gestructureerd en volgens een methode moeten verlopen. Er kan gekozen worden voor een methode die bij de casus past. De verpleegkundigen geven de voorkeur aan een maandelijks bespreking die een half uur zal duren. Binnen teamverband van afdeling B2 zal onderling nog bekeken moeten worden welke dag het meest praktisch is.

Voldoende input, voorbereidingstijd en borging zijn voorwaarden om deze besprekingen te laten slagen.

CONCLUSIE

De verpleegkundigen van afdeling B2 verwachten een casusbespreking met als doel om zich te ontwikkelen op verschillende gebieden, zoals kennisverbreding, competentieontwikkeling en reflectie op handelen. Ook hebben zij behoefte aan eenduidigheid, goede samenwerking en informatie. Daarnaast is er de wens om klinisch te redeneren. Deze manier van een casusbespreking kan ingevuld worden op een soepele manier.

Het meest haalbaar is om de casusbespreking maandelijks te laten plaatsvinden. De beschikbare tijd voor deze bespreking is een halfuur, tussen de dag- en avonddienst, met een maximale uitloop van een kwartier. Methodiek, structuur, borging en controle worden herhaaldelijk benoemd als noodzakelijk en zijn dan ook randvoorwaarden om de casusbespreking te laten slagen. Daarnaast is input van het gehele team van belang om de casusbespreking levend te houden.

AANBEVELINGEN

Een alles omvattende casusbespreking:

- Verpleegkundigen nemen deel aan de casusbespreking, andere disciplines kunnen op verzoek deelnemen
- *Vaste structuur in de organisatie rondom een casusbespreking:* vaste locatie, een vaste tijd en een vaste tijdsduur voor de bespreking.
- *Benodigheden voor een casusbespreking:* voorzitter, map waarin casuïstiek kenbaar gemaakt kan worden en een methode naar keuze.

Abstract

DEFINITION OF THE PROBLEM

This research arises from the conclusion and recommendation from previous research at the Nij Smellinghe Hospital (NSH), which revealed that the nurses at department B2, cardiology and lung diseases in the NSH, need a patient and/or case discussion.

RESEARCH QUESTION- AND PURPOSE

At the units cardiology and lung diseases of the NSH, investigation was done to see if there prevails a desire among nurses for a patient and/or case discussion. The investigation also included the search for a right method to organize a patient and/or case discussion. The main question in this research is:

'What is the specific wish of the nurses at department B2, about patient and/or case discussion, and what is needed to implement this?'

METHOD

The research has been done by means of three measuring instruments.

- An interview with a senior nurse.
- Surveys with several questions about the desire for a patient and/or case discussion, which were handed out to nurses and senior nurses at department B2.
- A focus group of five nurses.

The focus group was asked for their opinion and desires with regard to a patient and/or case discussion. Also discussion took place about a right method to organize a patient and/or case discussion.

The collected data from all three measuring instruments has been written out, structured, encrypted and ordered. All information has led to the results of this research.

RESULTS

The nurses at department B2 are familiar with several discussions.

These discussions have been resolved because the expectations of the nurses did not match the implementation of these discussions, a solid method lacked and there was no input/initiative. Other developments took a lot of time from the nurses, including the electronic patient file and electronical learning.

The nurses declared that they think a patient-and/or case discussion is useful and they want to invest time in it. However the nurses choose the term case discussion instead of patient discussion. The realization may be flexible.

The discussion has to be structured and held with the help of a method. The nurses can choose a fitting method based on the type of case. The nurses prefer a monthly discussion that lasts half an hour. A suitable time will be from quarter past two till quarter to three. It has to be overlooked which day will be the most convenient.

Sufficient input, preparation time and assurance are conditions that are necessary to let these discussions succeed.

CONCLUSION

The nurses of department B2 expect a case discussion with the goals: broaden knowledge, develop competences and reflection on actions. Also, they are in need of equivocality, a good collaboration and information. Besides there is the wish of clinical thinking. This new form of the case discussion may be filled in flexible.

The most feasible is having these discussions monthly. The available time for these discussions is half an hour between the morning shift and the evening shift, with a maximum outflow of a quarter. Methods, structure, assurance and control are mentioned several times as necessary conditions to let these case discussions succeed. Besides, input from the whole team is important to keep these case discussions alive.

RECOMMENDATIONS

An all-embracing case discussion:

- Nurses participate case discussions, other disciplines can participate on request
- *A solid structure in the organisation of a case discussion:* a solid location, time and duration for the discussion.

- *Requirements for a case discussion:*

a leader, a folder with several cases and methods. A method can be chosen that fits the type of case.

1. Inleiding

Vanuit de beroepscode is duidelijk geworden dat goede communicatie, uitwisseling en samenwerking tijdens het werk belangrijk is. Dit leidt tot een goede uitvoering van het verpleegkundig beroep binnen het team. Op deze manier kan men van elkaars manier van werken leren. Voor de continuïteit en het juiste verloop van de zorg is een goede samenwerking en communicatie noodzakelijk (V&VN, 2015). Verder neemt de verpleegkundige initiatieven en ondersteunt de verpleegkundige activiteiten ter bevordering van de ontwikkeling van het beroep en kwaliteit van zorg. Dit betekent dat ze bijdraagt aan het opbouwen, toepassen en verspreiden van (ervarings-)kennis. Ook ondersteunt ze activiteiten van de beroepsgroep om voorwaarden te scheppen voor een goede beroepsuitoefening. Het is relevant dat er tijd is voor patiënten- en/of casusbespreking en het delen van kennis en verschillende ervaringen.

1.1. AANLEIDING

Vanuit het ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten is de vraag gekomen om onderzoek te doen naar de wens van verpleegkundigen op afdeling B2 over een patiënten- en/of casusbespreking, van verpleegkundige tot verpleegkundige. Dit onderzoek is voortgekomen uit de conclusie en aanbeveling van het afstudeeronderzoek van de studenten die in het voorgaande jaar (2016) bij Nij Smellinghe hun afstudeeronderzoek hebben uitgevoerd. In 2016 was het onderzoek gericht op de mondelinge overdracht van de verpleegkundigen op de afdelingen cardiologie, longziekten en MDL (Maag, Darm, Lever). Een bijkomende uitkomst hiervan is, dat verpleegkundigen op de afdeling cardiologie en longziekten (B2) behoefte hebben aan een patiënten- en/of casusbespreking buiten de patiëntenoverdracht om.

Costello (2013) beschrijft de belangrijkste onderdelen van de verpleegkundige overdracht. Er staat beschreven hoe de uitgaande, coördinerende verpleegkundige een beknopt, globaal overzicht geeft aan alle inkomende verpleegkundigen. De inhoud hiervan is gebaseerd op een behoefte-inventarisatie onder de verpleegkundigen. Zij vonden het belangrijk om iets te weten van alle patiënten, omdat zij op

deze oproepen moeten kunnen reageren, maar niet alle details hoeven te weten.

McKenna & Walsh (1997) schrijven dat er geen tijd is voor een overdracht waarin de patiënten en casuïstiek uitgebreid kan worden besproken. De duur van de mondelinge overdracht kan problemen opleveren, omdat een groot aantal van het personeel dan 15 tot 90 minuten niet beschikbaar zou kunnen zijn voor de patiënten.

Hieruit is gebleken dat een patiëntenbespreking tijdens de overdracht niet haalbaar is. De wens blijft echter toch aanwezig bij de verpleegkundigen op afdeling B2.

Voorafgaand aan het huidige onderzoek (2017) was nog niet bekend wat de wens van de verpleegkundigen van afdeling B2 precies is rondom de patiënten- en/of casusbespreking. Het is gebleken dat er in het verleden op afdeling B2 wel een patiëntenbespreking van kracht is geweest. Dit heeft volgens het team en de leidinggevende van afdeling B2 niet het gewenste effect opgeleverd. Het heeft geen stand gehouden.

In dit onderzoek is onderzocht wat er bij voorgaande patiëntenbesprekingen mis liep en wat de huidige wens is van de verpleegkundigen van afdeling B2 met betrekking tot een patiënten- en/of casusbespreking en een passende uitvoering hiervan.

Termbenoeming

De term patiënten- en/of casusbespreking is gebruikt in dit onderzoek, omdat er voorafgaand aan het onderzoek nog niet duidelijk was wat voor soort bespreking de verpleegkundigen van afdeling B2 wensden.

1.2. PROBLEEMSTELLING, DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING

Probleemstelling

Het probleem dat centraal staat in dit onderzoek is dat er nog geen duidelijkheid is over wat de verpleegkundigen van afdeling B2 verwachten van een dergelijke patiënten- en/of casusbespreking en wat voor hen relevant is om naar voren te laten brengen tijdens deze bespreking.

Doel

Het doel van dit onderzoek is om de wens van de verpleegkundigen van afdeling B2 te verhelderen met betrekking tot de behoefte aan een patiënten- en/of casusbespreking en op basis daarvan aanbevelingen te doen.

Secundaire doelstelling

Op basis van de aanbevelingen is de verwachting dat er een passende uitvoering wordt gevonden voor de gewenste besprekingen. Hierbij gaat het om het vaststellen van de regelmaat, tijd, vorm, organisatie en het concreet maken van de inhoud van de gewenste besprekingen.

Vraagstelling

Om het doel te bereiken zal antwoord worden gegeven op de volgende hoofdvraag:

‘Wat is de specifieke wens van de verpleegkundigen van afdeling B2 met betrekking tot patiënt- en/of casusbesprekingen en wat is ervoor nodig om dit in te voeren?’

De hoofdvraag is uitgewerkt aan de hand van de volgende deelvragen:

1. *Wat zijn de ervaringen van de patiënten- en/of casusbespreking volgens de verpleegkundigen werkende op afdeling B2?*
2. *Wat verstaan de verpleegkundigen van afdeling B2 onder een patiënten- en/of casusbespreking?*
3. *Met welk doel willen de verpleegkundigen van afdeling B2 een patiënten- en/of casusbespreking?*
4. *Wat zijn de verwachtingen wat betreft inhoud van de patiënten- en/of casusbespreking volgens de verpleegkundigen van afdeling B2?*
5. *Wat zijn de verwachtingen wat betreft de organisatie van de patiënten- en/of casusbespreking volgens de verpleegkundigen van afdeling B2?*
6. *Wat is nodig om patiënten- en/of casusbesprekingen door verpleegkundigen te laten doen slagen op afdeling B2?*

1.3. VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE

Het uitvoeren van dit onderzoek is van belang omdat dit de verpleegkundigen van afdeling B2 op verschillende manieren kan helpen. Het kan de verpleegkundigen onder andere helpen bij het verwezenlijken van correcte taakuitvoering en persoonlijke ontwikkeling op het gebied van beroepsuitvoering (Transferpunt Vaardigheidsonderwijs, 2001).

Voor een goede uitvoering van het verpleegkundig proces (de Graaf - Waar & Speksnijder, 2014) is er onderlinge duidelijkheid nodig tussen de verschillende teamleden en disciplines. Om goede zorg te kunnen verlenen en de gewenste resultaten te behalen, is het van belang dat de verpleegkundigen van afdeling B2 op de hoogte zijn van de doelen en zorgactiviteiten van een patiënt. Door onderling overleg kunnen de verpleegkundigen elkaar duidelijk maken waar de zorg goed en minder goed verloopt. Daarnaast kunnen de verpleegkundigen ook de laatste stap van het verpleegkundig proces, de evaluatie, uitvoeren. In overleg kunnen zij evalueren op de uitvoering van de zorgverlening en de kwaliteit hiervan.

Het verpleegplan is een belangrijk coördinatiegereedschap. Dit, om ervoor te zorgen dat in een team door iedere verpleegkundige dezelfde zorg wordt verleend aan de cliënt (Broeken, Boer, & Wit, 2006). Tegenover de patiënten is het duidelijker wanneer men zoveel mogelijk op dezelfde manier werkt en dit ook kan onderbouwen. Daarnaast kan een betreffende patiënten- en/of casusbespreking voor een betere eensgezindheid zorgen tussen de verpleegkundigen van afdeling B2. Men kan meer begrip voor elkaar hebben wanneer het duidelijk wordt waarom men op verschillende manieren handelt en waarom dit wel of niet volgens het verpleegplan gaat. Samen kan er dan gediscussieerd worden over de geldigheid van het verpleegplan.

In dit onderzoek staat de verpleegkundige vooral centraal omdat een juiste uitwerking van de patiënten- en/of casusbespreking bij hen begint. De inzet en motivatie moet bij de verpleegkundigen vandaan komen. Wanneer er een juiste methode is gevonden voor het houden van een patiënten- en/of casusbespreking, zullen zij hier ook van profiteren. De samenwerking kan beter en duidelijker verlopen

en daarmee kan de kwaliteit van zorg worden verbeterd. De Haar & Bouwer (2010) beschrijven dat gebrekkige communicatie zich uit in de metingen van de tevredenheid van zorgvragers. Daaruit blijkt dat de communicatie en bereikbaarheid van verpleegkundigen vaak sterk te wensen over laat. Op afdelingen waar de communicatie en samenwerking moeilijk verloopt, blijven belangrijke veranderingen vaak beperkt tot mooie plannen die nooit in praktijk gebracht zullen worden.

1.4. LEESWIJZER

De scriptie bestaat uit vijf hoofdstukken en deze zijn onderverdeeld in paragrafen. In het eerste hoofdstuk zijn de aanleiding, probleemstelling van het onderzoek en het doel hiervan behandeld. In hoofdstuk twee is het theoretisch kader uitgewerkt. Er is een literatuurstudie gedaan met betrekking tot het onderwerp over patiënten- en/of casusbesprekingen. In hoofdstuk drie is de methode van het onderzoek, de keuzes die zijn gemaakt met betrekking tot het onderzoek, de verantwoording en bijbehorende argumentatie beschreven. In hoofdstuk vier zijn de resultaten die uit het onderzoek zijn gekomen weergegeven. In het vijfde en laatste hoofdstuk zijn de discussie, conclusie en aanbevelingen uitgewerkt. Achter in de scriptie zijn een aantal bijlagen opgenomen. Deze bijlagen bevatten informatie die het onderzoek ondersteunen en bieden inzicht in de gebruikte meetinstrumenten.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk bevat literatuurverkenning die is verzameld voor het onderzoek over patiënten- en/of casusbespreking. Er is beschreven welke soorten behoeften kunnen spelen bij verpleegkundig overleg en welke soorten overleg er allemaal mogelijk zijn. Naast deze relevante informatie zal het Nij Smellinghe Ziekenhuis kort worden geïntroduceerd. Het zoekplan naar de geraadpleegde literatuur is te vinden in bijlage 1.

2.1. NIJ SMELLINGHE

In de stad Drachten is het Nij Smellinghe ziekenhuis gevestigd. Dit ziekenhuis biedt zorg aan inwoners in Zuidoost-Friesland. Het ziekenhuis beschikt over 339 bedden en is voorzien van een uitgebreide polikliniek, waarin alle specialismen zijn vertegenwoordigd.

“De patiënt is bepalend voor ons handelen.”

Bovenstaand citaat geeft de missie en visie van Nij Smellinghe weer. De patiënt staat centraal. Het ziekenhuis wil altijd het beste voor de patiënt en de juiste aandacht geven aan de patiënt, collega's en andere disciplines. Iedereen heeft op zijn of haar manier aandacht nodig. Soms in de vorm van directe zorg, soms in de vorm van een luisterend oor. Nij Smellinghe probeert hiernaar te streven.

Nij Smellinghe vindt kwaliteit van zorg erg belangrijk en streeft hier ook naar. Het ziekenhuis beschikt dan ook over een groot aantal keurmerken en accreditaties. De meest bekende accreditatie is de NIAZ-accreditatie¹. (Nij Smellinghe, 2017). De visie van het Nij Smellinghe sluit aan bij mensgerichte zorg. Bij mensgerichte zorg staat de wens van het individu centraal. Mensgerichte zorg gaat zowel om de wens van de zorgontvanger als om de wens van de zorgverlener.

Met dit onderzoek hopen de onderzoekers de zorg van verpleegkundigen aan de patiënten te verbeteren met de invoering van patiënten-

en/of casusbesprekingen. Eén van de drie kern-elementen voor mensgerichte zorg is volgens Luijkx (2015) dat er merkbare resultaten zijn voor zorgontvangers, zorgverleners en organisaties. De onderzoekers hopen dit met het huidige onderzoek voor het Nij Smellinghe te bereiken.

2.2. VERPLEEGKUNDIGE BEHOEFTE MET BETREKKING TOT VERPLEEGKUNDIG OVERLEG

Het onderzoek is toegespitst op wat de wensen van de verpleegkundigen rondom de patiënten- en/of casusbesprekingen zijn en een passende uitvoering hiervan.

Om erachter te komen waar de behoefte aan patiënten- en/of casusbesprekingen vandaan is gekomen en wat nu de specifieke wens is van de verpleegkundigen van afdeling B2 rondom de patiënten- en/of casusbesprekingen, is het van belang om te weten over welke behoeften er wordt gesproken. Er kunnen verschillende behoeften spelen bij verpleegkundigen van afdeling B2. Er is weinig onderzoek bekend over patiënten- en/of casusbesprekingen onder verpleegkundigen. Hieronder volgt een theoretische uitwerking over welke behoeften er zouden kunnen spelen. In de literatuur zijn dit in hoofdlijnen de drijfveren voor het houden van patiënten- en/of casusbesprekingen.

2.2.1. Behoeftes aan informatie/kennis

Shenton (2003) geeft een definitie van informatiebehoefte: *“Een verlangen of een nood om kennis te verwerven om tegemoet te komen aan een doel, feiten, interpretaties, advies, meningen, of andere vormen van boodschappen met een betekenis.”*

In het werk als verpleegkundige betekent dit dat men behoefte heeft aan informatie om zo kennis te verwerven om tegemoet te komen aan een doel, feiten, interpretaties, een advies, meningen of andere vormen van boodschappen met een betekenis. Door de kennis die men opdoet, kan er doelgerichter gewerkt worden

¹ Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop (NIAZ.com, 2017).

met de kennis die is opgedaan; ook zou men een betere gesprekspartner kunnen zijn, omdat de boodschappen beter geïnterpreteerd kunnen worden. Hiermee kan de verpleegkundige betere zorg verlenen aan de patiënt.

Naast de directe patiëntenzorg omvat de verpleegkundige praktijk ook coördinatie, deskundigheidsbevordering en beleid- en kennisontwikkeling. De verpleegkundige is een reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap (V&VN, 2012). Hierbij kan de verpleegkundige patiënten- en/of casusbesprekingen houden en constant de actuele situaties en de huidige stand van kennis en wetenschap met elkaar combineren en in de praktijk brengen.

Estabrooks, et al. (2005) stellen dat verpleegkundigen informatie zoeken wanneer ze specifieke problemen hebben. Problemen waarin zij geïnteresseerd zijn en waarvan zij kennis nodig hebben die direct kan worden toegepast in het dagelijks uitoefenen van hun beroep.

Overlegmomenten in de vorm van patiënten- en/of casusbesprekingen tussen verpleegkundigen zijn een mogelijkheid om deze behoefte aan kennis te delen, te vergaren, te ontwikkelen en te vervullen.

2.2.2. Behoeftte aan persoonsontwikkeling

Verpleegkundigen kunnen ook de behoefte hebben om zich als verpleegkundig professional persoonlijk te ontwikkelen. Dit sluit aan bij de persoonsontwikkeling zoals Verhofstadt-Denève (2009) beschrijft. Zij noemt zes dimensies die een centrum vormen. De eerste dimensie is het zelfbeeld, hierbij staat de vraag: 'wie ben ik?' centraal. De tweede dimensie is het ideaalbeeld, hierbij wordt de vraag gesteld: 'wie zou ik willen zijn?'. Bij de derde dimensie, het alter-beeld, wordt gevraagd: 'hoe zijn de anderen?'. Bij de vierde dimensie, het ideaal-alter, staat de vraag centraal: 'hoe zouden de anderen moeten zijn?'. De vijfde dimensie is het meta-zelf, hierbij staat de vraag: 'welk beeld hebben de anderen van mij?' centraal. Bij de zesde en laatste dimensie, het ideaal-meta-zelf, gaat het om de vraag: 'welk beeld zouden de anderen van mij moeten hebben?'.

Men kan deze zes dimensies van persoonsontwikkeling op een eenvoudige manier vorm ge-

ven in een patiënten- en/of casusbespreking. De vragen die dan behandeld kunnen worden zijn: wie zijn we als verpleegkundigen, hoe willen we werken, hoe werken collega's, hoe staan we daar zelf tegenover, waar wil ik als verpleegkundige op aangesproken worden en waar wil ik de collega op aanspreken, zoals genoemd door Willemsen (2005). Deze vragen kun je toepassen op unieke casuïstiek en patiënten/situaties.

Het doel hierbij is het zichzelf ontwikkelen als professional om zo betere zorg te kunnen leveren.

2.2.3. Behoeftte aan goede samenwerking

De verpleegkundige is onder andere samenwerkingspartner. Dit betekent dat zij kennis heeft van samenwerkingsprocessen, zoals groeps- en teamvorming, teamrollen, groepsdynamica en het geven en ontvangen van feedback. Ook heeft de verpleegkundige kennis van de samenwerkingspartners, zoals de rollen, deskundigheid en bevoegdheden, zo beschrijft V&VN (2012).

De verpleegkundige kan in teams en samenwerkingsprocessen haar bijdrage leveren, zichzelf positioneren en confrontaties en daarbij meningsverschillen niet schuwen. Ook is zij in staat in het samenwerkingsproces rekening te houden met verschillende perspectieven van collega's, van patiënten en diens naasten en hier op professionele en respectvolle wijze mee om te gaan. De verpleegkundige is in staat te handelen vanuit een gelijkwaardige, collegiale en open houding met patiënten, hun naasten, met collega's, in het multidisciplinaire team en met andere samenwerkingspartners (V&VN, 2012).

De samenwerking tussen verpleegkundigen kan in de vorm van patiënten- en/of casusbesprekingen verbeterd worden. Hier kan dan feedback worden gegeven en ontvangen, men kan elkaar aanvullen en het beste in elkaar naar boven halen in de specifieke patiënten situaties die worden besproken. Verder kan de samenwerking tussen patiënten, naasten en collega-verpleegkundigen, zoals die in patiënten situaties is of is geweest, besproken worden tijdens patiënten- en/of casusbesprekingen. Op deze

manier kan de verpleegkundige zichzelf als samenwerkingspartner ontwikkelen en aan de beroepscompetentie werken. Door een goede samenwerking kan het team zich verbeteren en ontwikkelen.

2.2.4. Behoefte aan reflectie op handelen

Van een verpleegkundige wordt een breed gebied aan kennis en vaardigheden gevraagd. De verpleegkundig methodische beroepsuitoefening op lichamelijk en psychosociaal gebied en daarnaast de organisatie en coördinatie van de zorg, zijn de taken van de verpleegkundige. De verpleegkundige krijgt te maken met andere verpleegkundigen, zorgvragers en hun familie en andere disciplines. Het kan voorkomen dat de verpleegkundige ondanks haar professionaliteit, blijft tobben over zaken of mensen op het werk. Wanneer dit regelmatig gebeurt, kan er tegenzin ontstaan ten aanzien van mensen of bepaalde aspecten in het werk. Een manier om deze problemen aan te pakken, is door het bespreekbaar te maken met mensen van de afdeling. Dit kan in een bijeenkomst met collega's waarin men reflecteert op een eigen situatie (Boog & Kerstens, 2009).

Door te reflecteren leert een verpleegkundige het eigen handelen beter te doorgronden en hiervan te leren. Door te reflecteren op de opgedane praktijkervaring kan de verpleegkundige bewust worden van eigen denken, gevoelens en handelen en dit plaatsen in een perspectief van persoonlijke- en beroepsmatige groei en ontwikkeling. De verpleegkundige ontwikkelt zich tot een kritisch en analytische beroepsbeoefenaar (Koetsenruijter & van der Heide, 2008).

Door vaste overlegmomenten, in de vorm van patiënten- en/of casusbesprekingen, in te plannen kan de verpleegkundige door te reflecteren op specifieke casuïstiek en unieke patiëntensituaties inzicht krijgen in eigen gedrag en zichzelf meer ontwikkelen als beroepsbeoefenaar en hierdoor betere patiëntenzorg verlenen.

2.3. VORMEN VAN OVERLEG

Om erachter te komen wat de wens is van de verpleegkundigen, wat de patiënten- en/of casusbespreking betreft, is enige theoretische achtergrond over soorten besprekingen en vormen van overleg, van belang. In deze paragraaf zullen de definities van verschillende besprekingen worden weergegeven en een aantal vormen van overleg die mogelijk zijn voor verpleegkundigen om te hanteren.

2.3.1. Beleidsbespreking, behandelbespreking en samenwerkingsbespreking

Er zijn verschillende soorten besprekingen waar een verpleegkundige mee te maken kan krijgen. Om de verpleegkundigen van afdeling B2 inzicht te geven in mogelijke besprekingen zijn de onderstaande besprekingen doorgenomen. Deze zouden alle drie onder een patiënten- en/of casusbespreking kunnen vallen. Elk soort heeft wel zijn eigen specifieke doel. De doelen staan hieronder per soort bespreking beschreven. Afhankelijk van het doel van de bespreking kan de verpleegkundige zijn voorkeur aangeven. Janzing & Kerstens (2012) noemen de volgende besprekingen:

Beleidsbespreking: bij deze besprekingen gaat het om antwoorden op beleidsvragen. Beleid wordt omschreven als de gedragslijn voor de verwezenlijking van bepaalde doelstellingen (van Dale, 2016). In dit geval dus de gedragslijn voor het verwezenlijken van de specifieke patiëntdoelen. Er kunnen verschillende vragen worden gesteld die onder andere betrekking hebben tot de organisatie van een behandeling bij een patiënt, het verloop van het dienstrooster, hoe de dagelijkse rapportage wordt gedaan en hoe de overdracht van patiënten verloopt.

Voorbeelden zijn: werkoverleg, teambespreking, interdisciplinair overleg en werkgroepen.

Behandelingsbespreking: bij deze besprekingen wordt de inhoud van de behandeling van een zorgvrager besproken. Het resultaat van de behandeling en verpleging, gewenste veranderingen, beleving van de afgelopen periode met de zorgvrager, hoe de ervaringen van de teamleden zijn met de patiënt, waar bijsturing nodig

is en het tijdstip waarop de zorgvrager met ontslag zou kunnen of overgeplaatst kan worden, zijn zaken die besproken kunnen worden.

Voorbeelden zijn: zorgvragersbespreking, behandeloverleg en verpleegkundige teambesprekingen.

Samenwerkingsbespreking: er wordt bij deze besprekingen over het functioneren van de teamleden onderling en het functioneren van het team tegenover de zorgvrager gesproken. Problemen over onderlinge wrijving of communicatiestoornissen komen hierbij aan de orde. Ook wordt besproken hoe teamleden omgaan met de zorgvrager.

Voorbeelden zijn: intervisie en samenwerkingsoverleg.

Deze onderverdeling van besprekingen van Janzing & Kerstens (2012) is nog erg breed. Deze onderverdeling kan worden ingevuld met behulp van de verschillende onderstaande overlegvormen. De onderstaande vormen van overleg zijn specifieker, maar kunnen zo wel leiden tot het behalen van de doelen die Janzing & Kerstens (2012) bij de besprekingen stellen.

2.3.2. Casuïstiekbespreking

Casuïstiekbespreking is een bespreking die gericht is op het hanteren van een concreet werkprobleem bij een casus. Hierbij wordt een situatie geschetst, vervolgens kunnen de deelnemers vragen stellen, er wordt gebrainstormd over mogelijke problemen en oplossingen, er worden aanbevelingen aangereikt en vervolgens wordt er geëvalueerd (Barentsen & van den Berg, 2003).

2.3.3. Patiëntenbespreking

In een patiëntenbespreking wordt vastgesteld welke zorg er verleend moet worden aan een groep zorgverleners (de Jonge, Dito, & Zwart, 1998). In een patiëntbespreking kunnen verschillende aspecten aan bod komen, bijvoorbeeld: belangrijke aspecten met betrekking tot de continuïteit van de zorg, bespreking van de ontwikkeling van verschillende verpleegproblemen, bespreking van de pathologie (door de

arts) en een bespreking over de plaatsing van een patiënt door een sociaal verpleegkundige (Hemel, 2008). Op basis van de situatie van een concrete patiënt kan een veel voorkomend probleem op de afdeling worden besproken. Een patiëntbespreking hoeft niet elke dag plaats te vinden en wordt vaak gehouden op een vast moment in de week.

2.3.4. Consult

Een consult is een overlegvorm van klinische oorsprong over een casus, waarbij deskundig advies wordt gevraagd van een specialist. Er worden verschillende disciplines bij betrokken en er wordt gebruikgemaakt van hun expertise, mocht dit aansluiten bij een bepaalde casus. Deze disciplines worden tijdig uitgenodigd, voorafgaand aan de casusbespreking en zullen vervolgens aanwezig zijn bij de desbetreffende bespreking (Barentsen & van den Berg, 2003).

2.3.5. Intercollegiaal overleg

Een intercollegiaal overleg is een regelmatig overleg op een vast tijdstip met een vaste groep collega's. Hierbij wordt gepraat over thema's die gezamenlijk zijn uitgekozen met als doel het leren van elkaar. De onderwerpen zijn gekozen op relevantie en actualiteit. Er kan worden gesproken over wat men bezighoudt, wat men graag anders zou willen en een ieder kan zijn mening kenbaar maken. Enkele voorbeelden zijn: omgang met onrustige cliënten, vraaggericht werken, feedback geven aan elkaar, samenwerking op de afdeling, eigen grenzen kenbaar maken en passie in je werk uitdragen. Een intercollegiaal overleg geeft duidelijkheid en herkenning, is inspirerend en houdt je bij de les (Sting, 2008).

2.3.6. Intervisie

Intervisie kan men gebruiken om op zichzelf en elkaar te reflecteren. Men kan elkaar bij werkproblemen/ervaringen adviseren. Barentsen & van den Berg (2003) noemen intervisie als methode om kwaliteit te verbeteren. Verbetering van persoonlijke competenties en kwaliteiten van de individuele beroepsbeoefenaar staan centraal in de intervisiemethode.

Hendriksen (2010), definieert intervisie als: *“Collegiale ondersteuning met betrekking tot*

onderlinge advisering bij werkproblemen in een leergroep bestaande uit gelijken die binnen een gezamenlijk vastgestelde structuur tot oplossingen en inzichten tracht te komen in een zelfsturend en op reflectie gericht leerproces.”

Dit betekent volgens Hendriksen (2010):

Collegiale ondersteuning: mensen hebben behoefte hun verhaal te vertellen en hun werkprobleem te bespreken. Er is tijdens intervisie tijd en aandacht voor elkaar, men ondervindt collegiale steun, ontwikkelt nieuwe perspectieven, boekt resultaten en professionaliseert.

Onderlinge advisering bij werkproblemen: onderzoek, herformulering van het probleem en de vaak diverse en creatieve adviezen geven een concrete opbrengst. Het resultaat van de intervisie kan vertaald worden in nieuwe acties en in nieuw gedrag.

Een leergroep bestaande uit gelijken: voor intervisie zijn vertrouwen en veiligheid noodzakelijke voorwaarden. Wanneer deelnemers elkaar goed kennen en vertrouwen wordt de voorkeur gegeven aan het bespreken van onderliggende gedragspatronen, blinde vlekken of zingevingsvragen.

Een gezamenlijk vastgestelde structuur: intervisie volgens bepaalde stappen structureert en helpt de intervisiegroep zijn doelen te behalen. Deze stappen zijn: probleemformulering(vraag), vragen stellen(analyse), oplossing, een actieplan, toepassing en evaluatie.

Oplossingen en inzichten: er kunnen oplossings- en adviesgerichte methoden worden gebruikt tijdens intervisie, maar ook methoden die meer gericht zijn op reflectie of zingeving.

Zelfsturing: de intervisiegroep werkt zonder begeleider en is zelfsturend. Door goede afspraken kan een intervisiegroep slagen.

Een op reflectie gericht leerproces: door het reflecteren op eigen ervaringen kan een deelnemer besluiten tot gedragsverandering. De reflectie helpt deelnemers om na te gaan wat hen afhoudt van de oplossing van een werkprobleem.

2.3.7. Klinisch redeneren

Klinisch redeneren is het proces waarbij kennis en ervaring worden ingezet om tot een oplossing te komen voor problemen van patiënten (Bours, Eliens, & Kooijman, 2016).

Engelbert & Wittink (2010) beschrijven dat klinisch redeneren een belangrijk onderdeel vormt in de diagnostiek en behandeling. Het is een complex proces met elementen die voor elke discipline gelijk zijn: de toepassing van kennis, de rol van cognitieve en metacognitieve vaardigheden en de contextafhankelijkheid. Een verpleegkundige die klinisch wil redeneren moet in staat zijn om op effectieve wijze denkvaardigheden te gebruiken. Deze denkvaardigheden zijn: analyseren, hypothesevorming en besluitvorming, synthetiseren en evalueren van gegevens. Door patiënten te onderzoeken en te behandelen en de bevindingen met elkaar te bespreken neemt de kennis van inzichten en theorieën toe (Engelbert & Wittink, 2010).

2.4. METHODEN

Er is verwezen naar verschillende soorten methoden die bij besprekingen kunnen worden gebruikt. De methode waar men voor kiest hangt af van welke het meest toepasbaar is op de gewenste bespreking.

2.4.1. Marc Bakker methode

Bakker & van Heycop ten Ham (2014) beschrijven een methode om klinisch te kunnen redeneren in zes stappen.

Stap 1: Oriëntatie op de situatie/klinisch beeld

Men observeert de patiënt en beschrijft het klinisch beeld van de patiënt met behulp van parametrie.

Stap 2: Klinische probleemstellingen

Men beredeneert wat bij het klinisch beeld de kernproblemen zijn. Marc Bakker ontwikkelde klinische aandachtspunten bij elk orgaansysteem. Bij deze stap kan op alle aandachtspunten gecheckt worden op disfunctie.

Stap 3: Aanvullend klinisch onderzoek

De verpleegkundige denkt mee met de arts over aanvullend onderzoek wat nodig kan zijn. Men denkt mee over de wijze waarop ontbrekende informatie verkregen kan worden.

Stap 4: Klinisch beleid

Men beredeneert de aanpak voor de kernproblemen passend bij het klinisch beeld. De verpleegkundige kan bedenken welke interventies passen bij de diagnose en problematiek.

Stap 5: Klinisch verloop

De verpleegkundige beredeneert hoe het klinisch verloop zal zijn op korte en lange termijn, wat de prognose is, wat mogelijke complicaties die kunnen optreden zijn en wat de risico's zijn.

Stap 6: Nabeschuiving

Ter afsluiting beschouwt men de gehele situatie, de zorg en zijn eigen aandeel daarin en wat men geleerd heeft van deze beroepssituatie.

2.4.2. Het VAKK-model

Een ander bruikbaar model volgens Bours, Eliens & Kooijman (2016) om klinisch/verpleegkundig te redeneren is het VAKK-model. Dit is een model dat helpt bij besluitvorming. De letters VAKK vormen de vier fasen van dit model: **V**erzamelen van informatie. Hierbij kan men denken aan de anamnese, ziektebeeld, lichamelijk onderzoek.

Analyseren van de verzamelde informatie

- zoek naar aanwijzingen
- cluster de aanwijzingen
- het opstellen van veronderstellingen en de juistheid hiervan controleren

Kwaliteit controleren. Nagaan of de gevonden en geanalyseerde informatie van fase 1 en 2 betrouwbaar en voldoende is.

Keuze maken. Een voorlopige conclusie wordt getrokken voor de besluitvorming.

2.4.3. Het PSPT-model

Het PSPT-model is een methode om een patiëntbespreking te houden. Dit model kent vier stappen: probleem, suggesties, plan en tips. De methode lijkt op het reflectie model van Korthagen (2.4.4.), maar wordt door de literatuur geclassificeerd als een cliëntbespreking (de Vries, 2000).

Probleem: Eerst brengt een verpleegkundige in ongeveer vijftien zinnen een probleem in. Collega's mogen helpen om het probleem zo concreet mogelijk te formuleren. Wanneer de collega's het probleem helder kunnen formuleren is deze fase afgerond.

Suggesties: Eén voor één kunnen de deelnemers van een patiëntbespreking een suggestie aandragen voor het probleem. Er mag tijdens deze fase geen discussie worden gevoerd. Deze fase is afgerond wanneer deelnemers geen suggesties meer hebben.

Plan: De inbrenger mag reageren op de ingebrachte suggesties en hier verdieping over vragen bij de collega die deze suggestie heeft aangereikt. Aan de hand van de geschikte suggesties kan de inbrenger een plan opstellen (niet in detail) voor een vervolgaanpak.

Tips: In deze fase mogen er tips aangedragen worden vanuit de kennis en ervaring van collega's.

2.4.4. Korthagen methode

Korthagen ontwikkelde een reflectiemodel om volgens een stappenplan te kunnen reflecteren. Het spiraalmodel beschrijft vijf stappen die worden doorlopen in een cyclisch proces (Koetsenruijter & van der Heide, 2014).

De fasen staan voor:

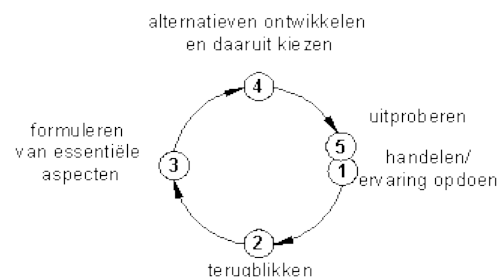
Fase 1: Handelen;

Is ook fase 5 uit vorige cyclus: uitproberen.

Fase 2: Terugblikken op het handelen.

Fase 3: Bewust worden van essentiële aspecten.

Fase 4: Formuleren van alternatieven voor aanpak.



Spiraalmodel voor reflectie (Koetsenruijter & van der Heide, 2014)

2.4.5. STARR-methode

Een mogelijke reflectiemethode is de STARR-methode (Koetsenruijter & van der Heide, 2014). Deze methode staat voor: situatie, taak, actie, resultaat en reflectie.

Bij het reflecteren volgens de STARR methode is het van belang om bij elk onderdeel verschillende vragen te stellen, zie *bijlage 9*. Door deze vragen te beantwoorden kan men een duidelijk beeld krijgen van de situatie en de manier van handelen. Vervolgens kan er gekeken worden naar wat de mogelijkheden zijn als deze situatie zich nogmaals voordoet en of de persoon in kwestie het dan anders zal aanpakken.

3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk is benoemd hoe het onderzoek is opgezet. Er is beschreven welke methoden gebruikt zijn bij het verzamelen van de onderzoekgegevens en het analyseren hiervan. Verder is beschreven op welke manier rekening is gehouden met de betrouwbaarheid en validiteit.

3.1. STRATEGIE

Het onderzoek dat is uitgevoerd, is grotendeels kwalitatief. Kwalitatief onderzoek richt zich op de eigenschap van een probleem en niet op de mate waarin het voorkomt. Het gaat om het begrijpen van handelen van de groep die onderzocht wordt (Grit & Julsing, 2009). Jong et al. (2015) beschrijven dat het richten op ervaringen, belevingen en achterliggende redenen voor keuzes die mensen maken, kenmerkend is voor kwalitatief onderzoek. In dit geval staan de verpleegkundigen centraal. Het is belangrijk dat er geluisterd wordt naar de meningen van de verpleegkundigen om inzicht te krijgen in hun belevingen, ervaringen, verwachtingen en keuzes rondom een bespreking, zodat er uiteindelijk een goede aanbeveling gedaan kan worden. Dit kwalitatieve onderzoek is gedaan door middel van een semigestructureerd interview (onderzoeksmethode 1) en een focusgroep (onderzoeksmethode 3). Daarnaast is het kwantitatieve onderzoek gedaan door middel van het verzamelen van gegevens via enquêtes (onderzoeksmethode 2).

3.2. POPULATIE EN STEEKPROEF

De populatie voor het onderzoek zijn de verpleegkundigen die werkzaam zijn op afdeling B2 in het Nij Smellinghe te Drachten. In dit onderzoek is gekeken naar wat de wens is van de verpleegkundigen op afdeling B2 met betrekking tot een patiënten- en/of casusbespreking.

Voor het verzamelen van data is er gekozen voor drie methoden, namelijk een interview, enquête en focusgroep.

Om de verpleegkundigen van afdeling B2 zo min mogelijk te belasten voor het onderzoek, is er tijdens een teamvergadering een introductie van het onderzoek gehouden, zijn er enquêtes

verstrekt en zijn de verpleegkundigen uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgroep.

Alle verpleegkundigen van afdeling B2 zijn door de leidinggevende benaderd om deel te kunnen nemen aan de focusgroep.

3.2.1. Interview

Een interview afnemen valt onder kwalitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek gaat het niet om het in kaart brengen van cijfers, maar om het verkennen en inzichtelijk maken van een thema of vraagstuk (Baarda, Hulst, & Goede, 2012). Het interview is uitgevoerd om te achterhalen wat de voorgaande methoden waren om een patiënten- en/of casusbespreking te houden en waarom deze methoden niet succesvol waren. Het interview is gehouden met een seniorverpleegkundige van afdeling B2. De seniorverpleegkundige heeft een breed aantal taken op de afdeling en kan door haar ervaring met voorgaande methoden rondom patiënten- en/of casusbespreking meer informatie verstrekken.

Het is noodzakelijk om te achterhalen wat voorgaande methoden zijn geweest om patiënten- of casusbesprekingen te houden en waarom deze methoden niet succesvol zijn geweest. Door middel van het interview is er in kaart gebracht hoe de samenwerking van het team is, waarom er nu wel weer de wens is om een patiënten- of casusbespreking te houden en welke verwachtingen de verpleegkundige heeft voor de toekomst. Het interview is gehouden ter verduidelijking voor het vervolg van het onderzoek.

3.2.2. Enquête

Een enquête is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Het aantal gegeven antwoorden is vergeleken, wat zich heeft geuit in getallen (objectief) en gevoel (subjectief) (Baarda & Goede, 2015).

Er is een enquête uitgezet om de wens en ervaring rondom een patiënten- en/of casusbespreking van de verpleegkundigen vast te kunnen stellen en daarmee de deelvragen (zie hoofdstuk 1.2.) te kunnen beantwoorden. Aan de hand van de enquête kon er vorm aan de focus-

groep gegeven worden. Alle 28 gediplomeerde verpleegkundigen van afdeling B2 hebben de kans gekregen om een enquête in te vullen. In *bijlage 4* is een overzicht te vinden van de gehele populatie. Dit geeft weer hoeveel verpleegkundigen er zijn uitgenodigd en de uiteindelijke respons.

Er is gekozen voor alle gediplomeerde verpleegkundigen, omdat alle verpleegkundigen op deze manier inbreng kunnen hebben over hun wens voor een patiënten- en/of casusbespreking. Daarnaast kunnen de verpleegkundigen met eerdere ervaringen rondom vorige patiënten- en/of casusbesprekingen aangeven wat deze besprekingen waren en waarom deze niet succesvol waren.

3.2.3. Focusgroep

Een focusgroep is een homogeen samengestelde groep, die een zorgvuldig geplande dialoog voert over hun ideeën, motieven, belangen en denkwijze over een omschreven onderwerp. Het doel van een focusgroep is om gezamenlijk verder te komen omtrent een bepaald punt wat speelt binnen een organisatie (Fischer, 2014). Er is gekozen voor een focusgroep, omdat deze bij de verpleegkundigen van afdeling B2 dieper inspeelt op het verleden en de wens rondom patiënten- en/of casusbespreking. De verkregen antwoorden vanuit de enquête kunnen worden gebruikt als opzet voor de vragen die in de focusgroep gesteld kunnen worden, om vervolgens met deze vragen de deelvragen te kunnen beantwoorden. De onderzoekers gaan er hierbij vanuit dat met name deelvraag 4, 5 en 6 (zie hoofdstuk 1.2.) zullen worden beantwoord.

Er is een poster ontworpen om zoveel mogelijk verpleegkundigen te kunnen werven voor de focusgroep bijeenkomst, zie *bijlage 8*. Deze poster heeft geen invloed gehad op het aantal respondenten. De samenstelling van de focusgroep is gevormd door de leidinggevende van afdeling B2.

Tijdens de focusgroep zijn er zes respondenten aanwezig geweest. Twee senior verpleegkundigen, drie algemeen verpleegkundigen en de leidinggevende van afdeling B2. In *bijlage 4* is een overzicht te vinden van de gehele populatie.

Dit geeft een in overzicht weer hoeveel verpleegkundigen er zijn uitgenodigd en de uiteindelijke opkomst. Hierin is ook zichtbaar dat de leidinggevende van afdeling B2 aanwezig is geweest. De leidinggevende heeft de wens geuit om aanwezig te zijn, om zo overzicht te houden in het onderzoek.

Fischer (2014) heeft beschreven dat door een nauwkeurige taakverdeling de focusgroep soepel en voor iedereen helder zal verlopen. Om dit te bereiken is een duidelijke taakverdeling opgesteld.

Op deze manier hebben de onderzoekers meer inzicht gekregen in wat de respondenten belangrijk vinden voor een patiënt- en/of casusbespreking.

3.3. DATAVERZAMELING

Er zijn drie meetinstrumenten gebruikt om informatie te verkrijgen, namelijk een interview, enquête en focusgroep.

3.3.1. Interview

Het interview is semigestructureerd in elkaar gezet door middel van een topics- en vragenlijst. Deze topic- en vragenlijst is te vinden in *bijlage 2*. Het interview is geleid door twee onderzoekers en heeft twintig minuten geduurd. Met behulp van een voice recorder is het gehele interview opgenomen. De genoemde topics in de lijst zijn allemaal behandeld. De bijhorende vragen zijn aan de geïnterviewde gesteld. Gedurende het interview is er meerdere malen doorgevraagd wanneer het antwoord niet volledig was of wanneer er relevante informatie werd gemist.

3.3.2. Enquête

Een enquête met veel keuzes of veel vragen is niet aantrekkelijk om in te vullen. Daar tegenover staat dat het niet uitnodigend is om alleen gesloten vragen te stellen. Wanneer de doelgroep graag wat wil aankaarten en hier niet de mogelijkheid voor heeft, krijg je onvolledige data. Daarom is er voor gekozen om zowel gesloten als open vragen te stellen en is de enquête niet te lang geworden.

De enquête is ontworpen aan de hand van de zes richtlijnen die resulteren in een sterke en

volledige enquête. De zes richtlijnen luiden als volgt: overzichtelijk, compleet, neutraal, niet te lang, duidelijke keuzes en duidelijk taalgebruik (Fischer, 2014). Om er zeker van te zijn dat de ontworpen enquête bovenstaande punten bevat, is de enquête getest door een testpersoon uit de doelgroep. De enquête is te vinden in *bijlage 3*.

Op de afdeling zijn enquêtes achtergelaten, die de verpleegkundigen van afdeling B2 de mogelijkheid gaven om deze in te vullen. Via mail zijn de verpleegkundigen op de hoogte gesteld van het onderzoek en hebben zij ook digitaal de mogelijkheid gekregen om de enquête in te vullen. Op deze manier hebben alle verpleegkundigen van afdeling B2 de kans gekregen om hun mening kenbaar te maken.

Er is gestreefd naar een betrouwbaarheidspercentage van 90%, waarvoor 25 verpleegkundigen de enquête zouden moeten invullen. Uiteindelijk is de enquête door 24 verpleegkundigen ingevuld. Dit is een betrouwbaarheidspercentage van 85,7%.

3.3.3. Focusgroep

De verpleegkundigen van afdeling B2 waren 45 minuten beschikbaar om deel te nemen aan de focusgroep. Deze tijd is voldoende geweest om de benodigde data te verzamelen. De focusgroep is geleid door twee gespreksleiders en is met behulp van een voice recorder opgenomen.

Aan de hand van de topics zijn vragen gesteld en soms kort toegelicht door een gespreksleider. Er is door de gespreksleiders regelmatig doorgevraagd wanneer het antwoord onvolledig was. De notulist heeft zich afzijdig gehouden van het gesprek en heeft alleen genoteerd. Eén onderzoeker heeft de reacties bijgehouden van de respondenten en dit op een flap-over opgeschreven. Gegeven reacties kunnen leiden tot uitlokking naar de andere respondenten, om toch een mening of opmerking toe te voegen (Fischer, 2014).

Allereerst zijn tijdens de focusgroep de uitkomsten van de enquête besproken, om de respondenten te laten zien hoe het team tegen een

patiënt- en casusbespreking aankijkt. Daarna zijn er aan de hand van een topiclijst vragen gesteld. De topiclijst is gebaseerd op de organisatie en vormgeving van een patiënt- en casusbespreking.

Door het houden van de focusgroep hebben de onderzoekers meer inzicht gekregen in wat de respondenten belangrijk vinden voor een patiënt- en of casusbespreking.

3.4. ANALYSEREN

De meetinstrumenten zijn door verschillende onderzoekers individueel getranscribeerd en geanalyseerd om overeenstemming in interpretatie van gegevens te krijgen.

Er is gekeken naar de overeenkomsten en het geheel is bij elkaar gevoegd. Het interview is gedaan om de onderzoekers van meer informatie te voorzien, waar de enquête en de focusgroep mede op zijn gebaseerd. De resultaten uit de enquête en de focusgroep hebben elkaar aangevuld.

3.4.1. Analyseren van het interview

Het interview is door één onderzoeker getranscribeerd. Vervolgens heeft een tweede persoon het getranscribeerde gelezen, om de interpretatie te controleren. Twee onderzoekers hebben het interview geanalyseerd en gecodeerd. Vervolgens is dit met elkaar vergeleken om te kijken wat relevant is voor het onderzoek en is er één geheel van gemaakt. Het interview heeft gediend voor informatievoorziening om nog meer inzicht te krijgen in het onderzoek. Uiteindelijk is er een MindMap gemaakt van de geanalyseerde data en hebben de onderzoekers deze laten controleren door de geïnterviewde verpleegkundige. Op deze manier is vastgesteld of de gewonnen data ook bewezen is en zeker gebruikt kan worden (Jong et al., 2015). De data analyse is te vinden in *bijlage 5*. Hierin is kort weergegeven hoe de data is geanalyseerd. De MindMap heeft de uitkomsten van het interview duidelijk weergegeven.

3.4.2. Analyseren van de enquête

De ingevulde enquêtes zijn uitgeschreven, gestructureerd, gecodeerd en geordend. De ge-

gegevens zijn daarna verwerkt in staafdiagrammen. Staaf- of blokdiagrammen zorgen voor een zeer goede visuele presentatie van meetniveaus (Jong et al., 2015).

De antwoorden op de open vragen zijn met elkaar vergeleken en verdeeld in thema's. Deze zijn weergegeven in een MindMap (Grit & Julsing, 2009). Vanuit de gewonnen data is af te lezen wat belemmerende factoren waren bij voorgaande besprekingen, waar de verpleegkundigen al mee bekend zijn met betrekking tot verschillende methoden en hoe de verpleegkundigen van afdeling B2 het nu graag zouden willen toepassen. In *bijlage 6* is de geanalyseerde data te vinden. De uitkomsten van de enquête zijn overzichtelijk uitgewerkt in staafdiagrammen.

De geanalyseerde data die de onderzoekers vanuit de enquête verkregen, is gebruikt om de focusgroep vorm te geven.

3.4.3. Analyseren van de focusgroep

De focusgroep is door drie onderzoekers getranscribeerd. Vervolgens hebben de onderzoekers het getranscribeerde gelezen, om de interpretatie te controleren. De onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de gegevens geanalyseerd en gecodeerd. Dit is uiteindelijk met elkaar vergeleken om te kijken welke informatie relevant is. Als laatste stap is het één geheel geworden door alle relevante informatie samen te voegen. De gegevens zijn ook in een MindMap verwerkt. De MindMap is gecontroleerd door de leidinggevende die aanwezig was tijdens de focusgroep. Op deze manier zijn de resultaten overzichtelijk weergegeven. *Bijlage 7* laat zien op welke manier de data is geanalyseerd. De MindMap heeft de uitkomsten weergegeven van de focusgroep.

3.5. ETHISCHE VERANTWOORDING

Om dit onderzoek ethisch te verantwoorden, is er toestemming gevraagd aan de respondenten om medewerking te verlenen. Dit is een vrijwillige keuze. De gegevens zijn anoniem verwerkt, waardoor niemand is geschonden en heeft dit geen nadelige effecten voor de respondenten gehad.

Het interview en de focusgroep zijn beide opgenomen door middel van een voice recorder.

De respondenten zijn op de hoogte gesteld en hebben toestemming gegeven. De opnames zijn niet beschikbaar gesteld aan derden en worden vijf jaar na de afronding van dit onderzoek vernietigd.

3.6. BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

3.6.1. Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen, is er gebruik gemaakt van meerdere meetinstrumenten. Baarda (2014) geeft aan dat geldigheid van de onderzoeksresultaten versterkt kunnen worden door het gebruik van meerdere meetinstrumenten. Dit wordt ook wel triangulatie genoemd. Daarom is er voor gekozen om naast de focusgroep, een interview te houden en enquêtes uit te zetten. Het interview is gehouden om meer informatie te verkrijgen over eerder uitgevoerde patiënten- en/of casusbespreking en waarom deze niet succesvol waren. De enquête is deels opgesteld aan de hand van de antwoorden die zijn gegeven tijdens het interview. De vragen die gesteld zijn tijdens focusgroep zijn voortgekomen uit de antwoorden van de enquête. Op deze manier zijn de drie onderzoeksmethoden met elkaar verbonden en hebben de onderzoekers een realistisch beeld gekregen over de patiënten- en/of casusbespreking op afdeling B2.

Het interview en de focusgroep zijn opgenomen met een voice recorder. De respondenten hebben hiervoor toestemming gegeven. Het gesprek heeft plaatsgevonden in een rustige omgeving, zodat er geen informatie verloren is gegaan. Het interview en de focusgroep zijn getranscribeerd en door meerdere personen gelezen, om de interpretatie te controleren.

De enquête is opgesteld aan de hand van de hoofd- en deelvragen uit dit onderzoek en het theoretisch kader. De enquêtes zijn gecontroleerd door de begeleidend docent en projectmedewerker. Er zijn twee testpersonen geweest, die de enquête als proef hebben ingevuld.

3.6.2. Validiteit

Dit onderzoek is op verschillende manieren gewaarborgd. Er is eerst uitgebreid onderzoek gedaan naar literatuur over het onderwerp.

Om de interne validiteit te waarborgen zijn de enquête en de topiclijsten voor het interview en de focusgroep ter goedkeuring voorgelegd aan ons begeleidend docent Mw. W. Jelsma. Inhoudelijk heeft Mw. W. Jelsma gekeken of de onderzoekers op de juiste manier meten wat zij moeten meten en heeft zij de vragen op relevantie doorgenomen.

Baarda (2014) heeft gezegd dat de interne validiteit is gewaarborgd, als het onderzoeksontwerp antwoord heeft gegeven op de onderzoeksvraag.

Dit onderzoek is niet generaliseerbaar in andere situaties. De vraag is gekomen vanuit de verpleegkundigen zelf. Het gaat hier om de ervaringen en behoeften van de verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling B2 van het Nij Smellinghe.

3.7. PRESENTATIE

Het onderzoek zal eind mei '17 afgerond zijn. Hierna zal het onderzoek gepresenteerd worden aan de opdrachtgever, begeleidend docent en verpleegkundigen van afdeling B2. De presentatie zal plaatsvinden op 30 mei om 13.30 uur in het Nij Smellinghe te Drachten. Er zijn uitnodigingen verstuurd door de onderzoekers aan de genodigden.

Tijdens de presentatie zullen de resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd en worden er aanbevelingen gedaan aan afdeling B2. De presentatie geeft het uiteindelijke resultaat weer en is voor de opdrachtgever erg belangrijk.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven die naar voren zijn gekomen in het onderzoek. De resultaten zijn per deelvraag beschreven. De conclusies die uit de beschrijving van de resultaten zijn voortgevloeid, geven in hoofdstuk 5 het antwoord op de hoofdvraag. De data-analyses van de methoden zijn te vinden in bijlagen 5, 6 en 7. Achter de gegeven citaten zijn codes weergegeven, waar de citaten te vinden zijn. Dit kan zowel uit de focusgroep (F) als het interview (I) zijn.

4.1. BESPREKING IN HET VERLEDEN

Wat zijn eerdere ervaringen van de patiënten en/of casusbespreking volgens de verpleegkundigen, werkende op afdeling B2?

4.1.1. Bekende methoden

Verpleegkundigen op afdeling B2 zijn bekend met een aantal methoden van een patiënten en/of casusbespreking. Aan de hand van de enquête zijn deze resultaten naar voren gekomen. De meest voorkomende bespreking waar de verpleegkundigen van afdeling B2 aan hebben deelgenomen, is de patiëntenbespreking. Daarnaast zijn er ook veel verpleegkundigen bekend met intervisie en casusbespreking. Deze methoden zijn niet allemaal toegepast op de afdeling. Op de afdeling zijn patiëntenbesprekingen gehouden. Ook heeft afdeling B2 een periode een moreel beraad gehouden. Dit kwam tijdens de focusgroep naar voren. Dit komt overeen met een casusbespreking, maar dan vooral gericht op ethische dilemma's. Deze bijeenkomst is aan de hand van een casus geleid. Door verdieping in verschillende onderwerpen vindt kennisverbreding plaats. Tijdens het interview is naar voren gekomen dat er op de afdeling ook elke dag een TOC-rondje, afkorting voor Theory of Constraints, plaatsvindt. Goldratt (2010) stelt in deze methode centraal: Wat willen we veranderen, wat is het doel en hoe gaan we dit bereiken en vorm geven? Dit wordt op de afdeling elke morgen met de aanwezige verpleegkundigen gedaan. Door de verpleegkundigen van afdeling B2 wordt het geclassificeerd als een korte patiëntenbespreking.

In het interview is aangegeven dat er tijdens een TOC-rondje verschillende zaken rondom

de zorg worden besproken. Alle patiënten worden kort besproken. Hierbij ligt de focus voornamelijk op welke afspraken patiënten hebben, welke verpleegkundige taken voor de patiënt moeten worden gedaan en hoe deze taken verdeeld worden.

Ook wordt er in feite tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) al een patiëntenbespreking gehouden. Tijdens dit overleg worden afspraken gemaakt rondom de patiënt met verschillende disciplines. Afspraken die gemaakt worden hebben effect op het toekomstbeeld van de patiënt. De disciplines die betrokken zijn bij de zorg rondom de patiënt nemen deel aan het overleg.

4.1.2. Niet geslaagde patiëntbespreking

Uit de enquêtes is naar voren gekomen dat de vorige patiëntenbespreking is stukgelopen doordat de verwachtingen die de verpleegkundigen hadden niet overeenkwamen met de uitvoering van deze besprekingen, er geen personeel kwam op de afgesproken data en er geen initiatief vanuit het team was. In de focusgroep is dit ook beaamd. Hieronder volgt een citaat uit de focusgroep, wat aansluit bij de uitkomst van de enquête:

*“Als je mij vraagt: waarom zijn we er nou mee gestopt? Dan was het, omdat er geen inbreng meer kwam.”
(F18)*

In de focusgroep is naar voren gekomen dat een vaste methode ontbrak, er geen inbreng meer was en dat besprekingen informeel werden gedaan.

Het moreel beraad had een bepaalde teamvorming tussen afdelingen longziekten en cardiologie ten doel, om de daar werkende verpleegkundigen te integreren. Die integratie is geslaagd en het moreel beraad is niet langer uitgevoerd. Daarnaast namen nieuwe ontwikkelingen en digitalisering veel tijd in beslag. Urgente zaken, waaronder het elektronisch patiëntendossier en electronical-learning vergden steeds meer tijd van de verpleegkundigen.

4.2. PATIËNTEN- EN/OF CASUSBESPREKING

Wat verstaan de verpleegkundigen van afdeling B2 onder een patiënten- en/of casusbespreking? En met welk doel willende verpleegkundigen van afdeling B2 een patiënten- en/of casusbespreking?

Termbenoeming

De wens van de verpleegkundigen op afdeling B2 is naar een casusbespreking uitgegaan. Vanaf dit hoofdstuk zal de term patiënten- en/of casusbespreking vervallen en zal de term casusbespreking gebruikt worden.

4.2.1. Definitie patiënten- en/of casusbespreking

Tijdens de focusgroep hebben de onderzoekers geprobeerd om van de term patiënten- en/of casusbespreking af te komen, door de wens van de verpleegkundigen vast te stellen. Willen de verpleegkundigen van afdeling B2 een patiëntenbespreking, een casusbespreking of totaal iets anders? Een vraag die door een deelnemer is gesteld tijdens de focusgroep:

“Een patiëntenbespreking en een casusbespreking, lijkt dat niet heel veel op elkaar? Of zit daar veel verschil in?” (F41)

Uit dit bovenstaande citaat kan worden opgehaald dat het niet geheel duidelijk is, voor de verpleegkundigen van afdeling B2, wat het verschil is tussen beide besprekingen. Dit is tijdens de focusgroep uitgelegd.

In een patiëntenbespreking wordt vastgesteld welke zorg er verleend moet worden aan een groep zorgverleners (de Jonge, Dito, & Zwart, 1998). Een casusbespreking is meer gericht op een situatie of probleem.

Tijdens de focusgroep is naar voren gekomen dat een patiëntenbespreking al op kleine schaal wordt gedaan op afdeling B2, tijdens het multidisciplinair overleg en het TOC-rondje. De verpleegkundigen van afdeling B2 zijn tevreden over de manier waarop dit wordt uitgevoerd.

De uitkomst van de focusgroep is dat de verpleegkundigen op afdeling B2 graag een casusbespreking als voorkeur hebben.

4.2.2. Doel van de casusbespreking

Uit de enquête is naar voren gekomen dat de verpleegkundigen de wens hebben om verschillende doelen te bereiken bij een bespreking: kennisverbreding, competentieontwikkeling, reflectie op handelen, een goede samenwerking en informatiebehoefte voldoen. Onderstaand is een citaat te lezen uit de focusgroep:

“Er is behoefte aan een duidelijkheid, van hoe doe jij het en hoe doe jij het, rondom de patiënt of vanuit de keuzes die jij maakt en als dat in teamverband wordt besproken of desnoods aan de hand van klinisch redeneren, krijg je een soort eenduidigheid.” (F117)

De uitkomsten vanuit de enquête zijn ook voorgelegd tijdens de focusgroep, om te kijken wat de verpleegkundigen van afdeling B2 willen. Zij willen de term casusbespreking gebruiken waarin al deze punten besproken kunnen worden.

4.3. WENS VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN

Wat zijn de verwachtingen wat betreft inhoud en organisatie van de patiëntbespreking- en/of casusbespreking volgens de verpleegkundigen van afdeling B2? Wat is nodig om een patiënt en/of casusbesprekingen door verpleegkundigen te laten doen slagen op afdeling B2?

4.3.1. Inhoud van de casusbespreking

De verpleegkundigen hebben in de enquête aangegeven dat zij het volgende verwachten van de inhoud van een casusbespreking: klinisch redeneren, samenwerking verbeteren, verbetering van kwaliteit van zorg, inzicht verkrijgen, duidelijkheid en afstemming rondom de zorg, kennis vergroten en delen, leren van elkaar, reflecteren op handelen en verdieping. De inhoud van de casusbespreking kan per keer

verschillen, dit is afhankelijk van de ingebrachtte casus. Op deze manier is het haalbaar om aan de verschillende verwachtingen te kunnen voldoen.

Dat klinisch redeneren onderdeel moet worden van de bijeenkomsten is duidelijk geworden tijdens het interview. Dit is opnieuw naar voren gekomen in de enquête. In de focusgroep is deze wens voor het klinisch redeneren ook bekrachtigd. Klinisch redeneren kan aan de hand van een casus worden uitgevoerd..

4.3.2. Vorm van een casusbespreking

Een casusbespreking kan voldoen aan de doelen die de verpleegkundigen van afdeling B2 voor ogen hebben.

De verpleegkundigen van afdeling B2 hebben aangegeven tijdens de focusgroep dat de bespreking gestructureerd of volgens een methode moet gaan. Afhankelijk van wat de hoofdbedoeling van een bespreking is, kan er worden gekozen voor een bijpassend instrument. Methoden voor de casusbesprekingen kunnen uiteenlopen, dit hangt af van het doel van de casus. De casusinbrenger kan zelf bepalen welke methode hij/zij nuttig vindt voor de desbetreffende casus. In de focusgroep is naar voren gekomen dat een vaste methode en structuur nodig is, zoals het in onderstaand citaat is te lezen:

“Je moet gestructureerd of een methode daarvoor hebben.” (F332)

De mogelijkheden kunnen uiteenlopen van reflectiemethoden of methoden voor het klinisch redeneren. Bestaande en genoemde methoden vanuit de focusgroep zijn: Marc Bakker met daarin zes stappen voor het klinisch redeneren, Korthagen, waarbij men gebruik kan maken van de bekende reflectiecirkel of startmethodiek voor het reflecteren.

4.3.3. Organisatie van een casusbespreking

Drieëntwintig van de vierentwintig onderzochte verpleegkundigen hebben aangegeven dat zij een patiënten- en/of casusbespreking nuttig vinden en willen hier ook tijd in investeren. Alle verpleegkundigen van afdeling

B2 willen tijd investeren in een casusbespreking, wat duidelijk is geworden vanuit de enquête.

Tevens is uit de enquête naar voren gekomen hoeveel tijd een bespreking zou mogen duren volgens de verpleegkundigen van afdeling B2. De helft van de verpleegkundigen die heeft deelgenomen aan de enquête, heeft de voorkeur gegeven aan een bespreking van 15-30 minuten. Een kleine minderheid, tien verpleegkundigen, heeft aangegeven een bespreking van 30-45 minuten te willen hebben. De overige twee verpleegkundigen hebben een bespreking van 45-60 minuten gewild. Verder zijn er twee open antwoorden gegeven door twee verschillende verpleegkundigen, namelijk dat een bespreking zo lang als mogelijk is te laten duren en dat de tijdsduur tussen de 5 en 15 minuten moet liggen.

Tijdens de focusgroep is de voorkeur gegeven aan een bespreking van een half uur, met een maximale uitloop van een kwartier.

Alle verpleegkundigen willen tijd investeren binnen werktijd en om deze reden zou een moment tussen de dagdienst en late dienst goed uitkomen. De verpleegkundigen van de dagdienst kunnen aanwezig zijn en de verpleegkundigen van de late dienst zouden iets eerder kunnen beginnen. De voorkeur gaat uit naar 14.15 uur tot 14.45 uur, met een uitloop tot 15.00 uur. Een half uur moet haalbaar kunnen zijn. De leidinggevende en verpleegkundigen hebben tijdens de focusgroep aangegeven niet langer gemist te kunnen worden op de werkvloer. Bij een zeer complexe casus kan er niet voldoende tijd zijn om deze, binnen de tijd van een casusbespreking, te bespreken. De casus kan verder besproken worden in een volgende casusbespreking.

Bij een wat minder complexe casus kan er ook voor gekozen worden om de casusbespreking korter dan een halfuur te laten duren. In de enquête heeft een meerderheid van 20 verpleegkundigen aangegeven dat zij de voorkeur geven om de bespreking op de afdeling te laten plaatsvinden. De verpleegkundigen hebben er tijdens de focusgroep voor gekozen om de casusbespreking in het dagverblijf te houden of in

een eventueel andere beschikbare ruimte. Dit zijn ruimtes op de afdeling.

Uit de enquête is naar voren gekomen dat een meerderheid van de verpleegkundigen van afdeling B2 graag op verzoek een casusbespreking wil houden. Tijdens de focusgroep is dit ontkracht en zouden de verpleegkundigen van afdeling B2 het liever op een vaste dag willen hebben. Onderstaand citaat is genoemd tijdens de focusgroep en is beaamd door alle aanwezige verpleegkundigen.

“Ik denk op verzoek, dan verwaterd het.” (F125)

De frequentie van een casusbespreking heeft als voorkeur maandelijks. Een groep van elf van de ondervraagde verpleegkundigen heeft dit aangegeven in de enquête. Tijdens de focusgroep is er unaniem besloten dat de voorkeur uitgaat naar maandelijks.

Twee keer in de maand zou veel input van het team vragen, aangezien er ook veel stagiaires zijn die ook klinische lessen houden binnen het team van afdeling B2 wat tijd vraagt. Daarnaast heeft de leidinggevende tijdens de focusgroep aangegeven dat het financieel gezien moeilijker te realiseren is om vaker besprekingen te houden, omdat verpleegkundigen ook voor e-learning tijd mogen schrijven en daarvoor betaald krijgen. Aan de hand van een methode zouden er casussen besproken kunnen worden. Deze methode kan worden gekozen aan de hand van een casus.

Uit de enquête is naar voren gekomen dat veertien verpleegkundigen hebben aangegeven dat ze een bespreking op verzoek wensen. Dit is een meerderheid. In de focusgroep is door de verpleegkundigen aangegeven dat een casusbespreking op verzoek niet zal leiden tot succes. Er is behoefte aan besprekingen op een vast moment om een casusbespreking haalbaar te maken. Tijdens het interview is dit duidelijk gemaakt, zoals in onderstaand citaat is te lezen. In de focusgroep is dit ook voorgesteld en waren de verpleegkundigen het hier ook over eens.

“Als je er een datum en tijd voor zet dan gaat het makkelijker.” (I51)

De verpleegkundigen hebben zowel in de enquête als de focusgroep aangegeven dat zij verschillende disciplines willen verzoeken om de casusbespreking bij te wonen wanneer de betreffende casus daarom vraagt.

In de focusgroep is duidelijk geworden, dat de voorkeur in eerste instantie uitgaat naar de woensdag als de Physician Assistants, ook wel PA's, er zijn. Donderdag zou het ook kunnen, dan er zijn PA's er ook. De PA's kunnen de verpleegkundigen helpen meer uit de casus te halen door het delen van hun expertise. Longverpleegkundigen zijn er op dinsdag, donderdag en vrijdag. In de praktijk zal moeten blijken wat de beste dag is voor een casusbespreking.

De verpleegkundigen die deelnemen aan de casusbespreking, moeten zich van tevoren kunnen voorbereiden en de casus kunnen inlezen. Dit is tijdens de focusgroep naar voren gekomen:

“En je hebt een stukje voorbereiding nodig. Een persoon die een les of bespreking gaat leiden, die moet voorbereiden.” (F335)

Verpleegkundigen die het initiatief durven te nemen zijn nodig en het team moet elkaar motiveren. Om een goede voorbereiding te kunnen treffen, zou er een map op de teampost gelegd kunnen worden waarin verschillende methoden en casussen worden verzameld.

4.3.4. Randvoorwaarden

Het belangrijkste om een casusbespreking te doen slagen, is de input van het team van afdeling B2. Dit is sterk benadrukt tijdens de focusgroep:

“De tijd is natuurlijk belangrijk. Maar ook vooral de input. Input moet echt vanuit het team komen.” (F303)

Ook is voldoende tijd van belang. Niet alleen algemene verpleegkundigen, maar ook longverpleegkundigen of Physician Assistents kunnen problemen signaleren en bespreekbaar maken. Iedereen kan aangeven wat de problemen zijn waar ze tegenaan lopen en dit bespreekbaar maken.

Een vaste structuur is van belang voor het in stand houden van de casusbesprekingen met een vaste methode, een vast aanspreekpunt of manier voor het aanleveren van casussen. Verpleegkundigen moeten gestimuleerd worden om eens in de zoveel tijd een casus aan te leveren. Daarvoor zullen zij ook voorbereidingstijd nodig hebben. Zonder structuur is de kans op het verwateren groter. Ook moet de casusbespreking zo georganiseerd worden dat elke verpleegkundige kan participeren. Er is controle of borging nodig om het te laten slagen.

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is geëvalueerd in hoeverre het doel van dit onderzoek bereikt is, of de juiste methoden zijn gebruikt en in welke mate de resultaten vergelijkbaar zijn met de literatuur. Daarbij is de bruikbaarheid van de aanbevelingen geëvalueerd en zal er kritisch teruggekeken worden op het onderzoek met betrekking tot de validiteit en betrouwbaarheid.

5.1. CONCLUSIE

Tijdens dit onderzoek is door middel van de verschillende meetinstrumenten (interview, enquête en focusgroep) het volgende naar voren gekomen. De verpleegkundigen zijn reeds bekend met verschillende besprekingen o.a. moreel beraad, TOC-rondje en een MDO. Het moreel beraad wordt niet meer actief gedaan en de andere besprekingen voldoen niet aan de huidige wens van de verpleegkundigen. Het TOC-rondje en het MDO zijn gericht op patiëntenbespreking.

De verpleegkundigen van afdeling B2 verwachten een casusbespreking met als doel om zich te ontwikkelen op verschillende gebieden, zoals kennisverbreding, competentieontwikkeling en reflectie op handelen. Daarnaast willen zij dat deze besprekingen plaatsvinden, omdat zij behoefte hebben aan eenduidigheid, goede samenwerking en informatie.

Tevens is er de wens naar kennisverbreding door middel van klinisch redeneren. Ook dit kan plaatsvinden tijdens een betreffende casusbespreking. De casusbespreking kan soepel, afhankelijk van de casus, worden ingevuld, zodat aan alle verwachtingen van de verpleegkundigen kunnen worden voldaan. Wanneer de casus specifieke expertise nodig heeft van andere disciplines, willen de verpleegkundigen hen verzoeken de bespreking bij te wonen.

Methodiek, structuur, borging en controle zijn herhaaldelijk benoemd als noodzakelijk en zijn dan ook randvoorwaarden om de casusbespreking te laten slagen. Daarnaast is input van het gehele team van belang om de casusbespreking levend te houden. Het is daarom noodzakelijk dat men elkaar stimuleert om casussen (tijdig) aan te leveren en ze te kunnen voorbereiden.

Methoden voor de casusbesprekingen kunnen

uiteenlopen. Afhankelijk van wat de hoofddoeling van een bespreking is, kan er worden gekozen voor een bijpassende methodiek.

Er mag geconcludeerd worden dat een casusbespreking zinvol is omdat 23 van de 24 onder-vraagde verpleegkundigen aangeven dat zij een casusbespreking nuttig vinden. De verpleegkundigen vinden de casusbespreking waardevol genoeg om er tijd aan te besteden binnen werktijd, maar de meerderheid, vijftien verpleegkundigen, is niet bereid om dit buiten werktijd te doen, tenzij hier een vergoeding tegenover staat. Het meest haalbaar is om de casusbespreking maandelijks te laten plaatsvinden. De beschikbare tijd voor deze bespreking is een halfuur tussen de ochtend- en avonddienst, met een maximale uitloop van een kwartier. Op deze manier is er de mogelijkheid om zowel de verpleegkundigen van de dag- en avonddienst bij de casusbespreking te betrekken.

Naar aanleiding van de resultaten uit dit onderzoek kan er gezegd worden dat er bij de verpleegkundigen van afdeling B2 behoefte is aan een allesomvattende casusbespreking waarbinnen ruimte is voor kennisverbreding, competentieontwikkeling, reflectie op handelen en verdieping.

5.2. DISCUSSIE

5.2.1. Inhoudelijke discussie

Verpleegkundigen van afdeling B2 hebben aangegeven behoefte te hebben aan een soepele invulling van een casusbespreking. Zij willen graag de kans krijgen om onderwerpen/casussen, waar zij tijdens het verpleegkundig beroep tegenaan lopen, met elkaar te bespreken. Een casusbespreking geeft de mogelijkheid om samen met collega's te reflecteren op het eigen functioneren. Daarnaast kan men stilstaan bij situaties die zich voordoen tijdens het werk en hierdoor van elkaar leren (Halem & Rooyen, 2006). In het verleden is er al gebruik gemaakt van moreel beraad. Hierin kunnen ook verschillende, vooral ethische, casussen worden besproken. In de ethiek staat de vraag centraal wat moreel juist of verkeerd is. Morele proble-

men zijn vaak ingewikkeld. Om een passend antwoord te kunnen geven op ethische problemen is reflectie nodig (Bolt, Verweij, & Delden, 2003). Dit moreel beraad is echter na verloop van tijd stukgelopen door verschillende redenen.

Deze redenen zijn te vinden in *bijlage 7*. Men kan zowel uit de enquêtes als de focusgroep afleiden dat de verpleegkundigen niet specifiek behoefte hebben aan één soort bespreking. Zij willen zich graag ontwikkelen op verschillende gebieden, zoals bijvoorbeeld kennisverbreding en reflectie op handelen. Als verpleegkundigen zijn zij ook verplicht om kennis op te bouwen, toe te passen en te verspreiden (V&VN, 2015). In de nieuwe casusbesprekingen is er ruimte voor elk soort casus en eventueel ook de kans om klinisch te redeneren.

Tijdens de focusgroep is herhaaldelijk naar voren gekomen dat structuur en methodiek noodzakelijk zijn voor de casusbespreking. Gestructureerde stappen zijn volgens de theorie ook nodig om gestelde doelen te behalen (Hendriksen, 2010). Eerdere besprekingen zijn verwaterd door tekortkoming hiervan. Men heeft een vaste tijd, structuur en methode nodig om de casusbespreking te laten slagen. Daarnaast zijn een concreet gesteld doel, een duidelijke agenda, een goede voorbereiding, materiële voorzieningen en een goede tijdsplanning van belang om de bespreking te laten slagen (Bouma, Kerstens, Klei, & Oldenburger, 1998).

Verder is input van het gehele team belangrijk om de casusbespreking levend te houden. De verpleegkundigen moeten bereid zijn om casussen aan te leveren en deze tijdens de bespreking ook daadwerkelijk in te leiden met behulp van een methode die bij de casus past.

De volgende niveaus in het functioneren van een groep zoals beschreven door Remmerswaal (2013) komen daarbij aan de orde: het inhoudsniveau door te werken aan doelstellingen en taken, het interactieniveau door onderlinge betrekkingen, het ethische niveau door het bespreken van persoonlijke normen en waarden en het zingevingsniveau door verschillende thema's te bespreken met betrekking tot gevoelens.

“Je moet eerst iedereen enthousiast krijgen om het te doen.” (I127)

Alle verpleegkundigen moeten de kans krijgen om dit te doen. Initiatief van het gehele team is nodig, zodat niet enkel een vaste groep energie steekt in het succes van de casusbespreking.

5.2.2. Methodologische discussie

Communicatie

Een startgesprek heeft plaatsgevonden om duidelijkheid te creëren rondom het onderwerp van het onderzoek. Uit voorgaand onderzoek en het startgesprek is naar voren gekomen dat de wens van de verpleegkundigen van afdeling B2 vooral is gestuurd richting een verpleegkundige bespreking. In latere besprekingen heeft de opdrachtgever aangegeven toch af te zien van een eventuele bespreking en dat de wens van de verpleegkundigen ook een andere vorm zou mogen krijgen. Dit is vermeld na goedkeuring van het onderzoeksplan. Het is meegenomen in het proces, maar de sturing bleef wel richting een mogelijke bespreking.

Bij de start van het onderzoek liep de communicatie tussen de onderzoekers en de opdrachtgever en opdrachtbegeleider niet soepel. De wens was om voornamelijk e-mail contact te hebben, maar hier is weinig respons op gekomen. E-mails zijn zoek geraakt of werden niet beantwoord. Uiteindelijk is de interactie tussen de partijen verbeterd door middel van telefonisch contact.

De opdrachtgever en opdrachtbegeleider hebben geen kritiek gehad op het opgestelde onderzoeksplan. Bij het daadwerkelijk uitvoeren van de onderzoeksmethoden heeft de opdrachtgever nog wel enkele aanpassingen gehad wat betreft de grootte van de populatie van de focusgroep, het tijdsbestek voor het interview en de focusgroep, de locatie van de focusgroep en de uitgekozen persoon voor het interview.

Tijdens het gehele onderzoek hebben de onderzoekers voornamelijk contact gehad met de opdrachtgever. De opdrachtbegeleider was voor de onderzoekers moeilijker te bereiken.

Theorie

De term patiëntenbespreking komt in de literatuur niet veel voor. Het was een uitdaging om hierover zoveel mogelijk informatie te vinden voor in het theoretisch kader. Ook een methode voor een patiëntenbespreking was niet makkelijk te vinden. De verpleegkundigen van afdeling B2 hebben echter gekozen voor een casusbespreking; gelukkig was hier wel de benodigde literatuur over te verkrijgen.

Inzet van het team

De opdrachtgever heeft, voorafgaand aan het onderzoek, aangegeven twijfels te hebben over de inzet van het team in zowel het onderzoek als in het doorzetten van een eventuele bespreking. Deze twijfels zijn terecht geweest, aangezien er zeer weinig respons van de verpleegkundigen kwam tijdens het werven van de enquêtes. De onderzoekers en de opdrachtgever hebben veel moeite moeten doen om een zo hoog mogelijk respons te krijgen om zo de betrouwbaarheid van het onderzoek te garanderen. Daarnaast is uit het interview naar voren gekomen dat er weinig initiatief zou komen van de verpleegkundigen van afdeling B2, tenzij er een vaste structuur rondom een bespreking zou komen.

Rol van seniorverpleegkundige en leidinggevende van afdeling B2

Het was voor alle verpleegkundigen mogelijk om hun mening kenbaar te maken tijdens dit onderzoek. Door middel van het invullen van de enquête en deelname aan de focusgroep. Het interview is gehouden met een seniorverpleegkundige, zij heeft daarnaast de enquête ingevuld en tevens was zij aanwezig tijdens de focusgroep. Op deze manier heeft ze haar mening drie keer kunnen inbrengen. Dit was niet ten nadele voor het onderzoek omdat haar standpunten zijn bekrachtigd door collega's.

De genodigden voor de focusgroep bestonden uit verpleegkundigen van afdeling B2. Daarnaast is de leidinggevende, tevens opdrachtgever, aanwezig geweest. Zij heeft actief deelgenomen aan de focusgroep. Door haar zicht op financieel gebied en op eerdere besprekingen (moreel beraad) heeft zij waardevolle aspecten naar voren gebracht en heeft zij positieve inbreng in het onderzoek gehad.

Meerdere onderzoeken

Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek is tijdens de laatste onderzoeksmethode, de focusgroep, aangekaart dat een klein aantal seniorverpleegkundigen van afdeling B2 bezig is om een casusbespreking in te voeren voor de afdeling. Hierover zijn de onderzoekers niet geïnformeerd tijdens het onderzoek.

5.3. AANBEVELINGEN

Hieronder staan enkele aanbevelingen die zijn aangereikt aan de leidinggevende en de verpleegkundigen van afdeling B2.

5.3.1 Een alles omvattende casusbespreking

De aanbeveling van de onderzoekers is een allesomvattende casusbespreking waarin gewenste doelen behaald kunnen worden.

Deelnemers van de casusbespreking

De casusbespreking kan worden gevuld met het bespreken en behandelen van verschillende casussen in verpleegkundig teamverband. Andere disciplines kunnen worden uitgenodigd om deel te nemen aan de bespreking om zo hun expertise te delen.

Vaste structuur in de organisatie rondom een casusbespreking

Een vaste structuur is noodzakelijk voor het laten slagen van een allesomvattende casusbespreking. Voorwaarden zijn een vaste locatie, een vaste tijd en een vaste tijdsduur voor de bespreking. De bespreking zal worden gehouden in het dagverblijf op de afdeling van B2. Deze zal een half uur tot drie kwartier duren en komt voor op maandelijkse basis. Een vaste methode biedt wellicht geen uitkomst. Er zullen verschillende casussen ingebracht worden en de verpleegkundigen willen graag verschillende methoden gebruiken om deze correct te laten aansluiten op de desbetreffende casus. De methoden: Marc Bakker voor klinisch redeneren, Korthagen en STARR voor reflecteren worden meegegeven aan de verpleegkundigen van afdeling B2. Deze methoden zijn door de verpleegkundigen als wenselijk kenbaar gemaakt. Meerdere methoden om deze casusbespreking vorm te geven zijn mogelijk.

Benodigdheden voor een casusbespreking

Benodigdheden voor de organisatie rondom een casusbespreking bevatten een voorzitter en een map voor mogelijke casussen. Een map zal plaats krijgen op de teampost. Deze map geeft de mogelijkheid om een casus kenbaar te maken aan het team van verpleegkundigen. Wanneer er meerde casussen in de map zitten kan er hiervan één of meerdere worden gekozen. Onderling zullen de verpleegkundigen bekijken welke casus relevant is voor het team. Het is belangrijk om een casus te bespreken die als interessant wordt ervaren en die aansluit bij het handelen van de verpleegkundigen. In de map zullen verschillende methoden, om een casus te behalen, worden bijgevoegd. De verpleegkundigen kunnen zelf de gewenste methode uitkiezen om deze aan te laten sluiten bij de gekozen casus.

In de map wordt een lijst bijgehouden van de verpleegkundigen die willen deelnemen aan de casusbespreking. Op deze manier is er overzicht over de grootte van de groep en heeft de leidinggevende inzicht in de motivatie van de verpleegkundigen van afdeling B2. De gekozen casus wordt voorgelegd door de verpleegkundige die de casus heeft ingebracht. Bij meerdere casussen zullen de verpleegkundigen onderling moeten gaan beslissen welke gekozen wordt. Dit kan door middel van e-mail contact, door middel van stemmen tijdens vaste momenten of het kan worden aangegeven in de map zelf.

Evalueren

Om de voortgang van de casusbespreking te controleren is regelmatig evalueren wenselijk. Een mogelijkheid om te evalueren is tijdens de teamvergadering. Tijdens deze evaluatie kan besproken worden hoe de casusbesprekingen verlopen, of er voldoende inbreng is, of iedereen actief meedoet, hoe er met de verschillende methoden gewerkt wordt en of de casusbespreking aan de wens van de verpleegkundigen van afdeling B2 voldoet.

Het is aan te bevelen dat de leidinggevende van afdeling B2 een sturende functie heeft rondom de planning, structuur en instandhouding van de casusbesprekingen. Op deze manier kan het overzicht gehouden worden, zodat de casusbespreking het doel behaalt en in stand blijft.

Literatuurverwijzingen

- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., & Goede, M. (2015). *Basisboek enquêteren*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Hulst, M. v., & Goede, M. d. (2012). *Basisboek interviewen*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, M., & van Heycop ten Ham, C. (2014). *Klinisch redeneren in zes stappen*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Barentsen, C. B., & van den Berg, S. A. (2003). intercollegiale toetsing of intervisie? *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 273-275.
- Bolt, L. L., Verweij, M. F., & Delden, J. J. (2003). *Ethiek in praktijk*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Boog, W., & Kerstens, J. A. (2009). *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouma, M. R., Kerstens, J. A., Klei, L. D., & Oldenburger, H. (1998). *Vaardigheden specifieke verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bours, G., Eliens, A., & Kooijman, A. (2016). *Klinisch verpleegkundig redeneren*. Dwingeloo: Kavanah.
- Broeken, R., Boer, S., & Wit, M. D. (2006). *De verpleegkundige als regisseur*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- de Graaf - Waar, H., & Speksnijder, H. (2014). *Methodiek en Systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Haar, B., & Bouwer, J. (2010). *Kwaliteit van zorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum B.V.
- de Jonge, J., Dito, J. C., & Zwart, D. E. (1998). *Aspecten van de beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Vries, S. (2000). Effectieve cliëntbespreking. Batenburg: Kemper Instituut Nederland.
- Engelbert, R., & Wittink, H. (2010). *Klinisch redeneren volgens de HOAC II*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J., & Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 460-476.
- Fischer, T. &. (2014). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff uitgevers.
- Fuite-Bron, F., Rispens-Titsing, C., & de Vries, J. (2016). *Mondelinge verpleegkundige dienstoverdracht*. Drachten.
- Goldratt, E. M. (2010). *Theory of Constraints Handbookq*. New York: The McGraw-Hill Company.
- Grit, R., & Julsing, M. (2009). *Zo doe je een onderzoek*. Groningen: Noordhoff uitgevers.
- Halem, N. v., & Rooyen, M. v. (2006). *De eerst verantwoordelijk verzorgende: Onmisbaar in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Hemel, L. (2008). *Verpleegkundige concepten en methoden*. Antwerpen: Garant.
- Hendriksen, J. (2010). *Begeleid intervisiemodel*. Boom/Nelissen: Amsterdam.
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jong et al. (2015). *Inleiding Wetenschappelijk Onderzoek voor het Gezondheidsonderwijs*. Amsterdam: Reed Business.
- Koetsenruijter, R., & van der Heide, W. (2008). *Reflecteren, handvatten voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers .
- Koetsenruijter, R., & van der Heide, W. (2014). *Reflecteren Handvatten voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Luijkx, K. G. (2015). *Mensgerichte (ouderen)zorg; 'merkbaar beter'!*? Opgehaald van planetree: <https://www.planetree.nl/wp-content/uploads/2015/12/150108-Projectvoorstel-Planetree.pdf>
- McKenna, L., & Walsh, K. (1997). Changing handover practices: one private hospital's experiences. *International Journal of Nursing Practice* , 128-132.
- NIAZ.com. (2017, Mei 11). *Over NIAZ*. Opgehaald van NIAZ: <https://www.niaz.nl/over-niaz>
- Nieweg, R., & Groenhuis, M. (2013). Verpleegkundige overdracht. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 51-54.
- Nij Smellinghe. (2017, Maart 31). *Over Nijsmellinghe*. Opgehaald van Nij Smellinghe: <https://www.nijsmellinghe.nl/141/over-nij-smellinghe/organisatie>
- Remmerswaal, J. (2013). *Handboek groepsdynamica*. Amsterdam: Uitgeverij Boom/Nelissen.
- Shenton, A. K. (2003). Models of young people's information seeking. *Journal of Librarianship and Information Science*, 5-22.
- Sting. (2008, Maart). *Koppen bij elkaar! Handleiding voor intercollegiaal overleg*. Opgehaald van verzorgenden v&vn: <http://verzorgenden.venvn.nl/Portals/24/V&VN%20Verzorgenden/Downloads/2008koppenbijelkaar.pdf>
- Transferpunt Vaardigheidsonderwijs. (2001). *Coördinatie en continuïteit van zorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- V&VN. (2012). *Leren van de Toekomst* . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- V&VN. (2015, Januari). *Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden*. Opgehaald van Nursing: https://www.nursing.nl/pagefiles/13935/001_1420709885774.pdf
- van Dale. (2016, November 14). *Beleid*. Opgehaald van van Dale: <http://www.vandale.nl/>
- Verhofstadt-Denève, L. (2009). *Zelfreflectie en persoonsontwikkeling*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Willemsen, R. (2005). Begeleide intervisie voor verpleegkundigen. *Onderwijs en gezondheidszorg*, 170-174.

Bijlage 1. Literatuur zoekplan

Voor het theoretisch kader of literatuurstudie zijn er meerdere databanken geraadpleegd, namelijk Scholar en SprinkerLink. Verder zijn er ook andere bronnen geraadpleegd. Digitale bronnen, maar ook boeken. Deze bronnen zijn terug te vinden in de literatuurverwijzingen. Dit zoekplan is opgesteld als voorbereiding op de literatuurstudie.

HOOFDVRAAG

‘Wat is de specifieke wens van de verpleegkundigen van afdeling B2 met betrekking tot patiënten- en/of casusbesprekingen en wat is er voor nodig om dit in te voeren?’

DEELVRAGEN

1. Wat zijn eerdere ervaringen van de patiënten- en/of casusbespreking volgens de verpleegkundigen werkende op afdeling B2?
2. Wat verstaan de verpleegkundigen van afdeling B2 onder een patiënten- en/of casusbespreking?
3. Met welk doel wil het verpleegkundigen van afdeling B2 een patiëntbespreking?
4. Wat zijn de verwachtingen wat betreft inhoud van de patiëntbespreking- en/of casusbespreking volgens de verpleegkundigen van afdeling B2?
5. Wat zijn de verwachtingen wat betreft de organisatie van de patiëntbespreking- en/of casusbespreking volgens de verpleegkundigen van afdeling B2?
6. Wat is nodig om patiënten- en/of casusbesprekingen door verpleegkundigen te laten doen slagen op afdeling B2?

AFBAKENING VAN HET ONDERWERP

Er is gekozen om literatuur te gebruiken van het jaar 2003 t/m 2017. Indien de literatuur ouder is als 2003, zal dit eerst gecheckt worden of de informatie betrouwbaar is en toegepast kan worden in dit onderzoek.

Er wordt zowel gezocht naar Engels als Nederlandstalige literatuur. De literatuur hoeft niet afkomstig te zijn binnen Europa.

Periode: 19-09-2016 – 23-06-2017

Plaats: Drachten, Nij Smellinghe

Afdeling: B2, Cardiologie & Longziekten

Taal: Nederlands

ORIËTERING OP HET ONDERWERP

Vaktermen:

- Patiëntenbespreking
- Casusbespreking
- Methoden voor patiënten- en/of casusbespreking
- Klinisch redeneren
- Reflectiemodel

Vakliteratuur:

- Reflecteren, handvatten voor verpleegkundigen
- Evidence-based practice voor verpleegkundigen
- Werken in een therapeutisch milieu
- Begeleid intervisiemodel
- Nursing
- Inleiding in de verpleegkundige

Auteurs:

- Koetsenruijter
- Barentsen
- Janzing & Kerstens
- Boog & Kerstens
- Hendriksen

Organisaties:

- V&VN

OPSTELLEN VAN ZOEKWOORDEN

Zoektermen Neder- Engels lands

Verpleegkundige bespreking	Nurse interaction
Verpleegkundig overleg	Nurse conversation
Patiëntenbespreking	Patiënt discussion
Intervisie	Intervision
Verpleegkundige behoefte/wens	Nurse need/wish
Reflectie	Reflection
Methoden patiënten- en/of casusbespreking	Method of patient-and/or case discussion
Klinisch Redeneren	Clinical reasoning

Bijlage 2. Topics- en vragenlijst interview / Focusgroep

TOPICS- EN VRAGENLIJST INTERVIEW

Topics	Vragen
Samenwerking binnen het team	• Hoe verloopt de samenwerking binnen het team? • Is er ruimte voor verandering binnen het verpleegkundig team van B2?
Voorgaande methoden en ervaringen van het verpleegkundig team met patiëntenbespreking/casusbespreking	• Welke methoden zijn er al gebruikt op afdeling B2? • Wat waren redenen waarom de methoden niet meer succesvol waren? • Welke zaken waren er wel succesvol bij voorgaande methoden?
Methoden voor patiëntenbespreking/casusbespreking binnen het ziekenhuis	• Welke methoden worden er op andere afdelingen toegepast? • Wat is er tot zo ver al gedaan om deze methoden te proberen?
Specifieke wens van verpleegkundige	• Wat is uw wens rondom de nieuwe patiënten- en/of casusbespreking? • Wat denkt u dat er nodig is om deze nieuwe patiënten- en/of casusbespreking op de afdeling te doen slagen?
Specifieke wens van het team	• Wat is de aanleiding om nu wel weer een patiënten- en/of casusbespreking toe te passen binnen het team? • Wat denkt u dat het team nodig heeft? • Wat zou een gewenste organisatie vorm zijn rondom patiënten- en/of casusbesprekingen?

TOPICS FOCUSGROEP

Topics

- Specifieke wens van de verpleegkundigen van B2
- De organisatie rondom een patiënten- en/of casusbespreking op afdeling B2
- De inhoud van een patiënten- en/of casusbespreking
- De regelmaat van een patiënten- en/of casusbespreking
- Slagingsvoorwaarden voor het effectief werken met een patiënten- en/of casusbespreking

Bijlage 3. Enquête

ENQUÊTE | PATIËNTEN- EN/OF CASUSBESPREKING

Deze enquête is uitsluitend voor gediplomeerde verpleegkundigen die werkzaam zijn op afdeling B2. Vier HBO – V studenten uit Zwolle zijn een onderzoek gestart onder leiding van Aletta Meelker. Dit onderzoek heeft als doel om de wens rondom een patiënten- en/of casusbespreking van de verpleegkundigen op afdeling B2 te achterhalen. Omdat het nog niet duidelijk is hoe dit zich gaat vorm geven, wordt de term patiënten- en/of casusbespreking gebruikt. Om deze wens naar voren te halen is het noodzakelijk om te achterhalen wat voorgaande patiënt- en of casusbespreking niet succesvol maakte en wat de verwachtingen voor de toekomst zijn. Met deze enquête geven we u de kans om ons uw mening kenbaar te maken.

De enquête bevat een korte vragenlijst en een korte uitleg van theorie, het invullen zal slechts zeven minuten van uw tijd kosten. Het aankruisen van meerdere antwoorden is mogelijk. De uitkomst van de verzamelde data, krijgt plaats in het onderzoek dat is gestart in januari 2017. Naast het feit dat alle enquêtes anoniem worden ingevuld, zal de informatie niet worden verstrekt aan derden. Mocht u een vraag of opmerking hebben over het onderzoek of de enquête dan bent u vrij om te mailen naar annemiekstrating2@hotmail.com. U zult zo snel mogelijk antwoord ontvangen.

- 1. Waar bent u, als verpleegkundige van B2, al mee bekend?**
Meerdere antwoorden mogelijk (voor toelichting, zie theorie).

- ☐ Interview
- ☐ Patiëntenbespreking
- ☐ Casusbespreking
- ☐ Of, anders.....

Graag invullen hoe lang u werkzaam bent op de afdeling.

Ik ben jaar/maanden/weken werkzaam op de afdeling B2.

- 2. Wat maakte dat een vorige patiënten- en of casusbespreking niet voldeed op afdeling B2? Indien van toepassing.**

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Er kwam geen personeel op afgesproken data
- ☐ Er was geen casus te bespreken
- ☐ De verwachtingen waren niet in overeenstemming met de uitkomst
- ☐ Er werd geen vaste methode gebruikt
- ☐ Er kwam geen initiatief vanuit het team
- ☐ Of, anders

- 3. Hoe nuttig is een patiënten- en/of casusbespreking voor u?**

- ☐ Zeer nuttig
- ☐ Nuttig
- ☐ Neutraal
- ☐ Onnodig

- 4. Wat is uw wens, als verpleegkundige van B2, als het gaat om een patiënten- en/of casusbespreking?**
Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Kennisverbreding
- ☐ Competentie ontwikkeling
- ☐ Reflectie op handelen
- ☐ Goede samenwerking
- ☐ Informatiebehoefte
- ☐ Of, anders.....

- 5. Bent u bereid om tijd te investeren voor een patiënten- en/of casusbespreking?**

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Z.o.z. voor de overige vragen

6. **Bent u bereid om tijd te investeren buiten uw dienst(en) om voor een patiënten- en/of casusbespreking?**
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
7. **Hoelang wilt u dat een patiënten- en/of casusbespreking duurt?**
- ☐ 15-30 minuten
 - ☐ 30-45 minuten
 - ☐ 45-60 minuten
 - ☐ 60-75 minuten
 - ☐ Of, anders.....
8. **In welke frequentie wilt u dat een patiënten- en/of casusbespreking zal plaatsvinden?**
- ☐ Wekelijks
 - ☐ Eens per twee weken
 - ☐ Maandelijks
 - ☐ Of, anders.....
9. **Op wat voor moment zou u een patiënten- en/of casusbespreking willen bijwonen?**
- ☐ Vaste dag, vaste tijd
 - ☐ Op verzoek
 - ☐ Of, anders.....
10. **Welke locatie vindt u geschikt om een patiënten- en/of casusbespreking te houden?**
- ☐ Op de afdeling
 - ☐ Vergaderzaal
 - ☐ Of, anders.....
11. **Wat zijn uw verwachtingen van de inhoud van een patiënten- en/of casusbespreking op afdeling B2?**
-
-
-
-
12. **Heeft u nog andere ideeën of wensen met betrekking tot dit onderwerp?**
-
-
-
-

Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête! Dit formulier mag u vóór 5 april inleveren bij de receptie op afdeling B2 of digitaal naar annemiekstrating2@hotmail.com.

Bijlage 4. Totale populatie voor onderzoek

Populatie bij onderzoeksmethode 2: enquête

<i>Totale populatie: verpleegkundigen afdeling B2</i>	Uitgenodigd voor de onderzoeksmethode	Uiteindelijke opkomst
<i>13 Senior verpleegkundigen</i>	13 Senior verpleegkundigen	
<i>15 Verpleegkundigen</i>	15 Verpleegkundigen	
<i>In totaal: 28 verpleegkundigen</i>	In totaal: 28 verpleegkundigen	In totaal: 24 verpleegkundigen

Populatie bij onderzoeksmethode 3: focusgroep

<i>Totale populatie: verpleegkundigen afdeling B2</i>	Uitgenodigd voor de onderzoeksmethode	Uiteindelijke opkomst
<i>13 Senior verpleegkundigen</i>	4 Senior verpleegkundigen	2 Senior verpleegkundigen
<i>15 Verpleegkundigen</i>	4 Verpleegkundigen	2 Verpleegkundigen
		1 Leidinggevende
<i>In totaal: 28 verpleegkundigen</i>	In totaal: 8 verpleegkundigen	In totaal: 6 verpleegkundigen

Bijlage 5. Data analyse interview

STAP 1 – Gehele interview transcriberen en elke zin nummeren

- 46 Interviewer I: Ja, is ook zo.
 47 Interviewer II: En dit ging dan met name over de overdracht...
 48 Interviewer I: Maar ook de patiëntbespreking of casusbespreking.
 49 Geinterviewde: Een casusbespreking wordt weinig gedaan, misschien moeten we dat wel doen. Ik zit in de leerlingenbegeleiding en we hadden van de week een vergadering en toen zei A3, de neuro, die zei: wij hebben elke donderdag of donderdagmiddag hebben wij een casusbespreking en dan denk ik dat is dan toch wel heel goed.
 50 Interviewer I: Ja, ja.
 51 Geinterviewde: Als je er een datum en tijd voor zet dan gaan het makkelijker. Als je zegt zullen we van de middag even... dat werkt bijna nooit. Want er is altijd wel iemand die gewoon niet kan. En als je weet: oké, we hebben vanmiddag om 14u of een klinische les of casusbespreking dan werk je er naar toe.
 52 Interviewer I: Dan zou er ook al wel veel animo voor zijn?
 53 Geinterviewde: Ummm... ja, dat denk ik wel. Dat denk ik wel. Maar je moet het ook kunnen brengen he. Zeg maar.
 54 Interviewer I: Ja, en er moet natuurlijk geïnvesteerd in willen worden. Er moet tijd voor vrij worden gemaakt. Voor het voorbereiden.
 55 Geinterviewde: Ja, en wat doe je op dat moment liever? Haal je iemand uit bed, zet je die een kop thee voor of ga je met elkaar een casus bespreken.
 56 Interviewer I: Ja.
 57 Geinterviewde: Ik zou nu net zo lief nu iemand lekker uit bed gaan halen en klaar maken voor het bezoeken. Kam door het haar, ik noem maar wat.
 58 Interviewer I: Ja, snap ik.
 59 Geinterviewde: Ja, dus die tijden van die casusbespreking. Misschien moet je daar wel flexibel in zijn. In die tijden van zullen we het nu doen of straks? Maar dan ebt het wel weer snel weg. Dat vermoed ik. Dat denk ik.
 60 Interviewer I: Ja.
 61 Interviewer II: Hebben jullie dan ook een vaste methoden die jullie hanteren? Want je had het net over lijstjes en schema's met die overdrachten is er dan ook 1 die past bij een patiëntenbespreking?

STAP 2 – Transcriptie coderen

Vraag	Fragmenten	Labels	Codes	Kernthema's	Evt. dimensies
Hoe verloopt de samenwerking binnen het team? Op dit moment.	23. Ja, goed. We hebben een heel verschillend team. We hebben veel parttimers. 25. Dat zijn uhhh... Dat heeft voordelen, maar ook nadelen. We hebben weinig fulltimers. De jeugdige dames die nu net binnenkomen, die net oproepers zijn of die een paar uren krijgen. Ja, die zitten nog helemaal buiten het team. Ik vind wel dat wanneer je niet een vast contract hebt je er nog wel helemaal buiten ligt. 29. Maar, ik kan me voorstellen dat een echt oproeper voelt. Je zit niet echt binnen het team. Maar we hebben een prachteam. We hebben ouderen, we hebben nou een slagje jongeren, jongere meiden en daar tussen zit nog wat.	Goed Verscheidend team Veel parttimers Weinig fulltimers Jeugdige dames zitten nog buiten het team Zonder vast contract lig je er buiten. Prachtteam		Goed team Gevarieerd team Veel parttimers Moeilijk om in het team te worden opgenomen	Positief + Positief + Negatief – Negatief -
En hebben jullie verder ook ruimte voor verandering? Kunnen er dingen aangepast worden of op een andere manier worden gedaan? Of is het echt als zo vastgelegd in het team.	33. Nee, ik denk dat er wel ruimte is voor verandering. Het is maar net hoe je het brengt. Kom je net binnen en wil je een verandering doen, dan heb je het waarschijnlijk wel moeilijker. Als ik wat wil veranderen, ik loop hier al even, dan gaat dat waarschijnlijk wat makkelijker. 37. Dan kom je net binnen, nou	Wel ruimte voor verandering Kom je net binnen, moeilijk verandering inbrengen Loop je hier wat langer, gaat dat wat makkelijker		Ruimte voor verandering Moeilijk verandering inbrengen als nieuweling	Positief +N Negatief –

STAP 3 – Gegevens verwerken in MindMap

Gelegenheden voor een patiënten- en/of casusbespreking:

- Bij traumatische gebeurtenissen of bijv. speciale gevallen ruimte maken voor patiënten- en/of casusbespreking
- Een patiënten- en/of casusbespreking doen wanneer er even tijd voor is
- Mensen moeten er enthousiast voor zijn

Verandering:

- Er is ruimte voor verandering binnen het team
- Als nieuweling is het moeilijk om verandering in te brengen omdat je minder uren werkt
- Voor een geslaagde verandering is een goed project nodig.
- De manier waarop verandering gebracht bepaalt of een verandering mogelijk is.

Verschil tussen verpleegkundigen en senior verpleegkundigen:

- Senior verpleegkundigen hebben extra (overstijgende) taken.
- Senior verpleegkundigen hebben de regie maar zijn niet de baas
- Als senior verpleegkundige ben je niet meer aanwezig dan andere verpleegkundigen
- Als senior verpleegkundige maak je wel extra uren
- Verpleegkundigen willen alleen hun dienst draaien. Van seniorvpt wordt meer verwacht.

Is een patiënten- en/of casusbespreking nuttig?

- Een patiënten- en/of casusbespreking zou fijn zijn
- Het zou kunnen om gaten op te vullen in een dienst
- Het zou fijn zijn om de kennis (m.b.t. klinisch redeneren) op te frissen en ervan te leren
- Het zal op den duur wel overgaan.
- Het moet niet te veel
- We moeten de jongeren erbij betrekken, maar ouderen kunnen er ook nog wat van leren

Animo:

- Er is animo voor een casusbespreking
- Er zijn een paar verpleegkundigen die een patiënten- en/of casusbespreking leuk zouden vinden
- Prioriteiten zijn nog onzeker. Directe patiëntenzorg of casusbespreking?
- Flexibiliteit is nodig voor het houden van een casusbespreking
- Maar! Door flexibiliteit eb't het mogelijk wel weer sneller weg.
- Veel verpleegkundigen hoeven niet specifiek bij elkaar te gaan zitten om dingen te bespreken.

Uitkomsten interview

Wens m.b.t. organisatie van een patiënten- en/of casusbespreking:

- Vaste datum en tijd voor een patiënt- en/of casusbespreking
- Vast schema/methode
- Tijdsduur niet te lang, 15-20 min. is lang genoeg
- Er is niet veel tijd voor i.v.m. andere verplichtingen
- Twijfelachtig of het wel of niet wekelijks mogelijk is.
- Een patiënten- en/of casusbespreking kan overgeslagen worden bij gebrek aan onderwerpen

Team:

- Gevarieerd team
- Goed samenwerkend team
- Veel parttimers
- Moeilijk om tussen te komen i.v.m. weinig vacatures fulltime

Aanleiding voor een nieuwe bespreking:

- Nodig omdat het nu bespreekbaar is gemaakt
- Niet noodzakelijk voor verpleegkundigen
- Wel goed voor nieuwe stagiaires en herhaling.
- Zo leert men elke dag nog wel
- Een goed voorbeeld zijn voor stagiaires
- Meer noodzaak bij speciale gebeurtenissen
- Ruimte voor reflectie
- Behoeft aan klinisch redeneren

Methoden:

- Er wordt schematisch overgedragen, dit werkt niet echt.
- Er wordt overgedragen op gevoel
- Er zijn verschillende manieren van overdragen
- Je moet flexibel zijn in het overdragen - Er wordt schematisch gepland (TOC- rondje)
- * *Patiënten bij langs*
- * *Afspraken maken*
- * *Afspraken genoteerd*
- * *Briefje met afspraken op tafel*

Casusbespreking

- Casus/patiëntenbespreking wordt weinig gedaan
- Een vaste tijd en datum werkt beter
- Speciale gebeurtenissen worden met aanwezigen besproken
- In de desbetreffende dienst wordt dan ook over mentale onderwerpen gesproken maar niet tijdens een casusbespreking.
- Bevestiging in handelen wordt als prettig ervaren

Bijlage 6. Data analyse enquête

STAP 1 – Enquêtes turven

Verpleegkundigen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
Werkzaam op de afdeling	15 jaar	20 ??	5 jaar	17 ??	16,5 jaar	8 jaar	14 jaar	17 ??	17 ??	7 jaar	6 jaar	15 jaar	18 ??	18 maanden	20 jaar	8 jaar	2 ?	13? ?	6 maanden	9 jaar	6 jaar	4 maanden	3 jaar	17 jaar		

Verpleegkundigen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	
Werkzaam op de afdeling	15 jaar	20 ??	5 jaar	17 ??	16,5 jaar	8 jaar	14 jaar	17 ??	17 ??	7 jaar	6 jaar	15 jaar	18 ??	18 maanden	20 jaar	8 jaar	2 ?	13? maanden	6 maanden	9 jaar	6 jaar	4 maanden	3 jaar	17 jaar	
1. Waar bent u, als verpleegkundige van B2, al mee bekend? Meerdere antwoorden mogelijk (voor toelichting, zie theorie).					Intervisie				Patiëntenbespreking				Casusbespreking				Of anders								
Gekozen antwoord					A. B. C. D. E. F. G. H. I. P. Q. R. S. V. W. X.				A. B. C. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. U. W. X.				A. D. E. F. G. H. J. K. M. P. R. S. T. W. X.				X. moreel beraad								

2. Wat maakte dat een vorige patiënt- en of casusbespreking niet voldeed op afdeling B2? Indien van toepassing. Meerdere antwoorden mogelijk.	Er kwam geen personeel op afgesproken data	Er was geen casus te bespreken	De verwachtingen waren niet in overeenkomst met de uitkomst	Er werd geen vaste methode gebruikt	Er kwam geen initiatief vanuit het team	Of, anders
Gekozen antwoord	I. P. R. T.		B.	E. G. H. I. M. N. U.	D. P. R. W.	A: tijdgebrek + geen vaste structuur C: te lang geleden, weet het niet meer. E: deze werden niet ingepland. Er is wel MDO. Wordt kort, te kort patiënten besproken (5 min) F: voor mij weinig tot niet meegemaakt.

						H: als er geen vaste tijd is gaat het verwateren. M: werd alleen op indicatie gedaan, vaak als casemanager nodig was. Q: Ik ken alleen het MDO + de visites V: niet van toepassing. Geen ervaring X: ik weet het niet
--	--	--	--	--	--	---

3. Hoe nuttig is een patiënt- en/of casusbespreking voor u?	Zeer nuttig	Nuttig	Neutraal	Onnodig
Gekozen antwoord	A. I. J. K. N. R. T. V. W.	B. C. D. E. F. G. H. L. M. O. P. Q. S. X.	U.	

4. Wat is uw wens, als verpleegkundige van B2, als het gaat om een patiënt- en/of casusbespreking? Meerdere antwoorden mogelijk.	Kennis-verbreding	Competentie ontwikkeling	Reflectie op handelen	Goede samenwerking	Informatiebehoefte	Of, anders
Gekozen antwoord	A.C.D. E. F. G. H. I. J. P. Q. R. S. T. U. V. W. X.	A.E.F. I. J. Q. R. S. V. W.	A. B. C.D. E. F. G. I. J. K. L. Q. R. S. T. V. W. X.	A. B. C. E. F. G. H. I. J. K. M. N. O. Q. R. S. U. V. W. X.	A. C. D. E. I. K. N. O. R. V. X.	B: Afspraken maken P: klinisch redeneren

5. Bent u bereid om tijd te investeren voor een patiënt-en/of casusbespreking?	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Gekozen antwoord	A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X.	

6. Bent u bereid om tijd te investeren buiten uw dienst(en) om voor een patiënt-en/of casusbespreking?	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Gekozen antwoord	I. K. L. O. Q. T. V. W. X.	A. B. C. D. E. F. G. H. J. M. N. P. R. S. U.

7. Hoelang wilt u dat een patiënt- en/of casusbespreking duurt?	15-30 minuten	30-45 minuten	45-60 minuten	60-75 minuten	Of, anders
Gekozen antwoord	A. C. E. F. G. H. L. M. O. S. T. U.	D. I. J. K. P. Q. T. V. W. X.	B. R.		N: ligt aan casus. Normaal: 5 minuten. Complexiteit: 15 min. R: zo lang als mogelijk is (indien mogelijk)

8. In welke frequentie wilt u dat een patiënt- en/of casusbespreking zal plaatsvinden?	Wekelijks	Eens per twee weken	Maandelijks	Of, anders
Gekozen antwoord	N. O. Q.	A. B. E. H. P. S. W.	C. D. G. I. K. M. R. T. V. W. X.	F: afhankelijk van complexiteit en ligduur J: wanneer zich een interessante casus voordoet. L: 4x in 1 jaar U: op verzoek W: afhankelijk of er een leuke/interessante/moeilijke casus is X: op aanvraag, wanneer het nodig is

9. Op wat voor moment zou u een patiënt- en/of casusbespreking willen bijwonen?	Vaste dag, vaste tijd	Op verzoek	Of, anders
Gekozen antwoord	A. B. F. H. I. L. P. S. W.	C. D. G. J. K. M. N. O. Q. R. T. U. V. X.	E: als het nodig is, als ik betrokken ben

10. Welke locatie vindt u geschikt om een patiënt- en/of casusbespreking te houden?	Op de afdeling	Vergaderzaal	Of, anders
Gekozen antwoord	A. B. C. D. E. F. G. H. I. K. L. M. O. P. Q. R. S. T. V. W.	C. J.	N: in de MDO ruimte. U: rustige omgeving waar je niet gestoord wordt.

11. Wat zijn uw verwachtingen van de inhoud van een patiënt- en/of casusbespreking op afdeling B2?	Open vraag
Gekozen antwoord	A: Klinische redenering oefenen. Samenwerking optimaliseren. Inzicht vergroten. B: Verbetering van kwaliteit van zorg, betere afstemming. C: Eigen kennis verbreden, van elkaar leren en van de situatie. D: klinische redeneren, waarom er op een bepaalde manier gehandeld is, beleid artsen, moreel dilemma. E: verdieping met betrekking tot patiënt, duidelijke afspraken rondom zorg/familie/handelingen. Betere samenwerking met zowel verpleegkundige als specialist. F: concreet maken/duidelijkheid, overzichtelijk maken, korte lijntjes houden, dat alle neuzen dezelfde kant op kijken. G: Hoe ging het? Hoe kan het anders? Hoe hebben anderen het aangepakt? H: diepgang, samenwerking, hoe hebben we gehandeld in noodsituatie. I: kennis, verdieping, elkaar feedback geven. J: duidelijkheid, acties voor eventuele andere casussen. K: duidelijkheid L: complexe patiënten bespreken met collega's leren van elkaar. M: duidelijkheid rondom de zorg voor de patiënt. Afspraken maken over hoe patiënten te verplegen. Alle gezichten dezelfde kant op. N: casus van de patiënt geheel doorspreken om met meerde disciplines te spreken. O: Gericht op klinisch redeneren. Delen van kennis en ervaring. Q: Dat bijzondere gevallen beter worden uitgediept en dat bij moeilijke/verdrietige zaken meer wordt nabesproken. R: kennisverbreding, betere afstemming van zorg en kwaliteitsverbetering. T: van elkaar te leren. Meer inzicht te krijgen in situaties en dergelijke. W: ik zou graag willen zien dat er casuïstiekbesprekingen komen op medisch- en op verpleegkundig gebied. PA'ers staan hier ook open voor. X: ik zou graag willen dat vooraf duidelijk is welke casus besproken wordt, zodat ik me kan voorbereiden, bijvoorbeeld inlezen. Wat betreft de inhoud: een korte uitleg van de casus, wat waren de belangrijkste punten, waarom bespreken we deze casus, wat zijn de vragen van de inbrenger, welke rol hebben de deelnemers aan deze bijeenkomst gespeeld in deze casus, wat willen we oplossen, wat kunnen we leren van deze casus, is er vergelijkbare casuïstiek waar het ook fout of juist wel goed is gegaan, is er ook iets bekend in de literatuur over vergelijkbare casuïstiek?

12. Heeft u nog andere ideeën of wensen met betrekking tot dit onderwerp?	Open vraag
Gekozen antwoord	A: Wie horen wanneer aanwezig te zijn. Moet de arts ook aanwezig. Mijn voorkeur gaat met dat dit afhankelijk is van de casus. E: Indien nodig begeleiding vragen. Bijvoorbeeld van maatschappelijk werker of geestelijk verzorger, geriatrische verpleegkundige etc. M: stukje verdieping V: bij patiënten met een onverwachts ziekteverloop X: op verzoek een arts ook laten deelnemen aan de casusbespreking. Een vaste methode helpt, maar moet wel heel gemakkelijk toe te passen zijn, geen ingewikkelde stappen waarbij de methode een doel op zich wordt.

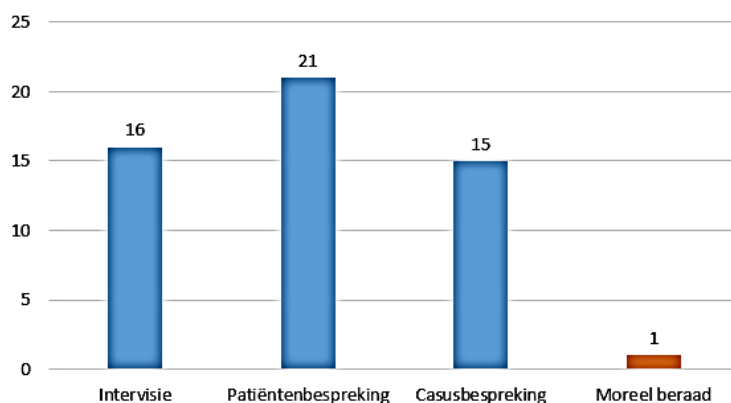
STAP 2 – Open vragen analyseren

Vraag	Antwoorden	Labels/Codes	Kernthema's
2. Wat maakte dat een vorige patiënten- en of casusbespreking niet voldeed op afdeling B2?	A: tijdgebrek + geen vaste structuur C: te lang geleden, weet het niet meer. E: deze werden niet ingepland. Er is wel MDO. Wordt kort, te kort patiënten besproken (5 min) F: voor mij weinig tot niet meegemaakt. H: als er geen vaste tijd is gaat het verwateren. M: werd alleen op indicatie gedaan, vaak als casemanager nodig was. Q: Ik ken alleen het MDO + de visites V: niet van toepassing. Geen ervaring X: ik weet het niet	Tijdgebrek Geen vaste structuur Te lang geleden Werden niet ingepland Te kort patiënten besproken Weinig meegemaakt Als er geen vaste tijd is gaat het verwateren. Werd alleen op indicatie gedaan, vaak als casemanager nodig was. Ik ken alleen het MDO+ de visites Niet van toepassing, geen ervaring Ik weet het niet	Tijdgebrek 1x Geen vaste structuur 2x Lange tijd terug 1x Geen planning 2x Te korte bespreking 1x
4. Wat is uw wens, als verpleegkundige van B2, als het gaat om een patiënt- en/of casusbespreking?	B: Afspraken maken P: klinisch redeneren	Afspraken maken Klinisch redeneren	Afspraken maken 1x Klinisch redeneren 1x
7. Hoelang wilt u dat een patiënt- en/of casusbespreking duurt?	N: ligt aan casus. Normaal: 5 minuten. Complexiteit: 15 min. R: zo lang als mogelijk is (indien mogelijk)	Ligt aan de casus Normaal 5 minuten Complex 15 minuten Zo lang als mogelijk is	Ligt aan de casus 1x Normaal 5 min, complex 15 min 1x Zo lang als het mogelijk is 1x
8. In welke frequentie wilt u dat een patiënt- en/of	F: afhankelijk van complexiteit en ligduur J: wanneer zich een interessante casus	Afhankelijk van complexiteit en ligduur Wanneer zich een interessante casus voordoet.	Afhankelijk van de casus 3x 4x in 1 jaar 1x

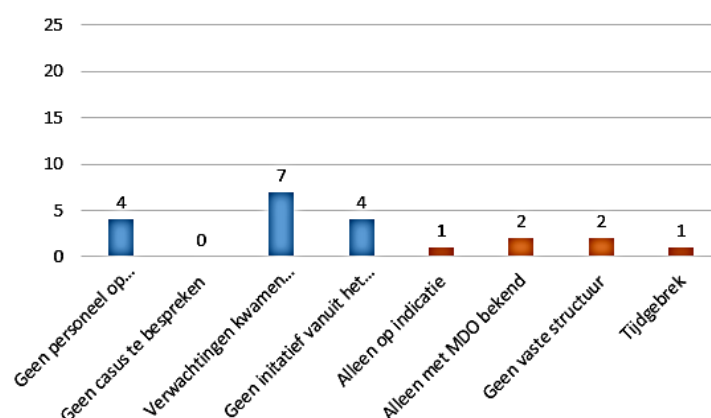
STAP 3 – Enquête uitwerken in staafdiagrammen

De blauwe staven staan voor de gekozen gesloten antwoorden. De oranje staven staan voor de zelf ingevulde open antwoorden.

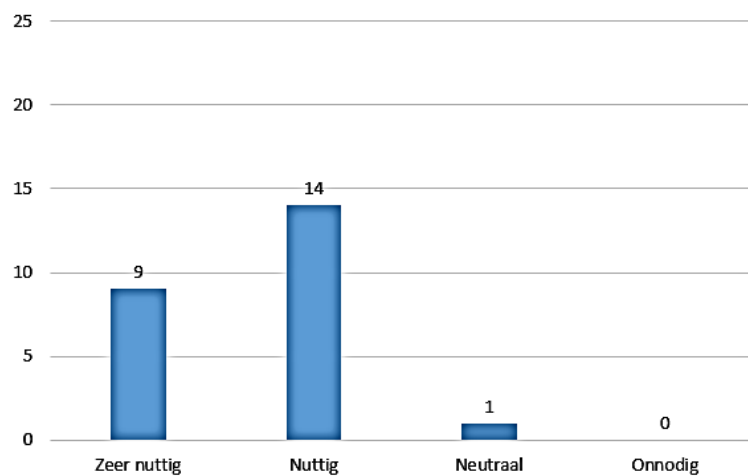
1. Waar bent u, als verpleegkundige van B2, al mee bekend?



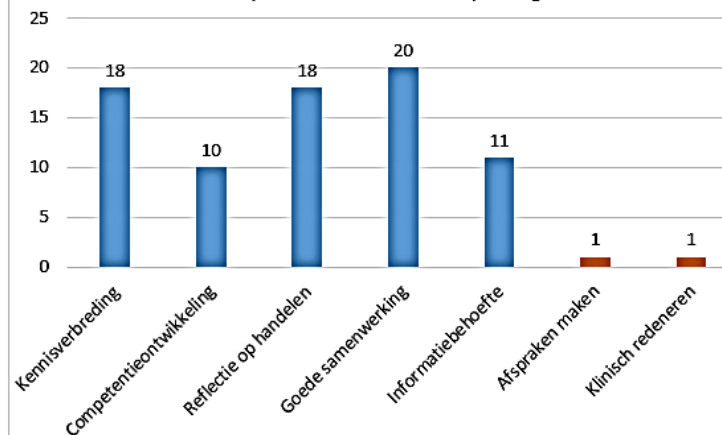
2. Wat maakte dat de vorige patiënten- en/of casus besprekingen niet voldeed op afdeling B2?



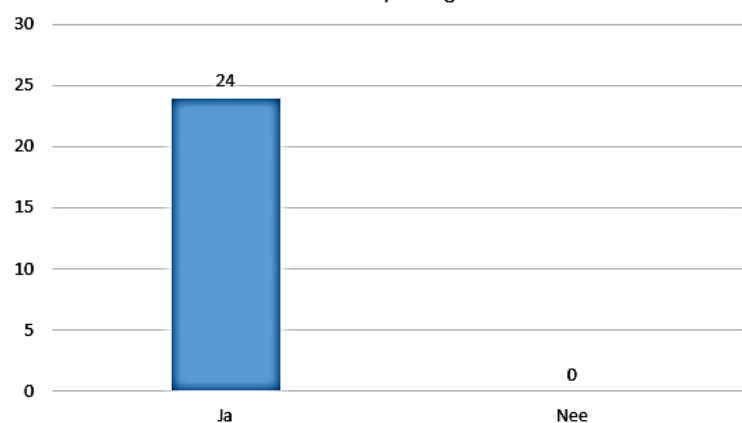
3. Hoe nuttig is een patiënt- en/of casusbespreking voor u?



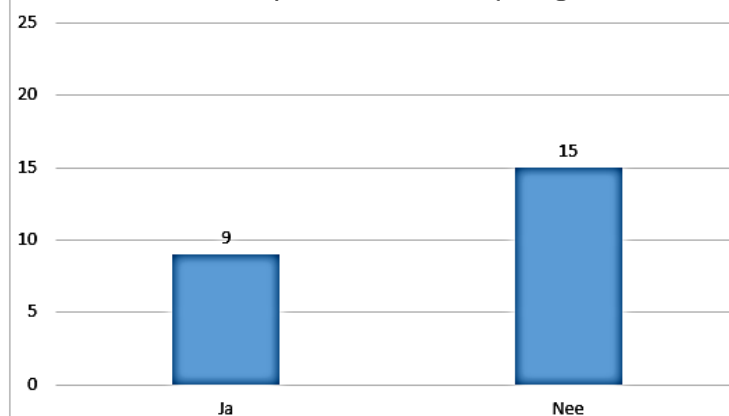
4. Wat is uw wens, als verpleegkundige van B2, als het gaat om een patiënt- en/of casusbespreking?



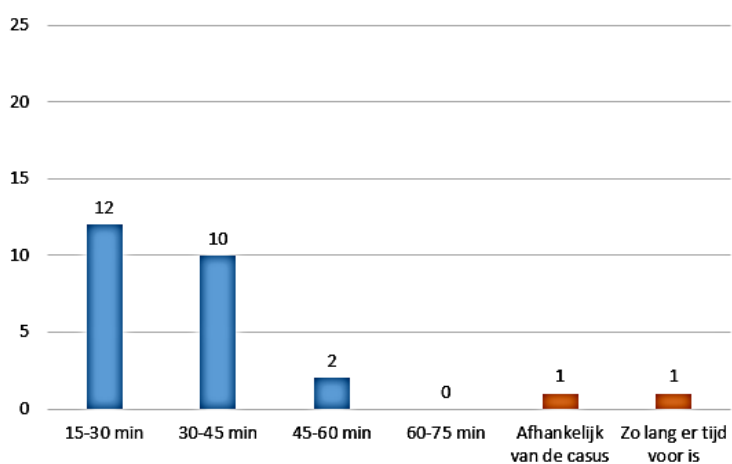
5. Bent u bereid om tijd te investeren voor een patiënt- en/of casusbespreking?



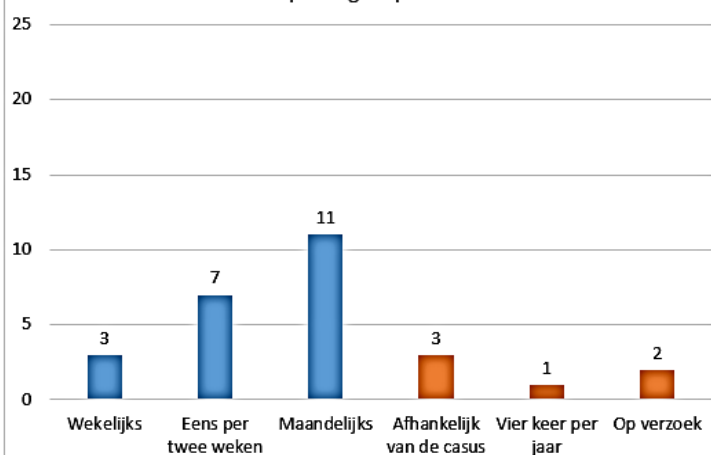
6. Bent u bereid om tijd te investeren buiten uw diensten om voor een patiënt- en/of casusbespreking?



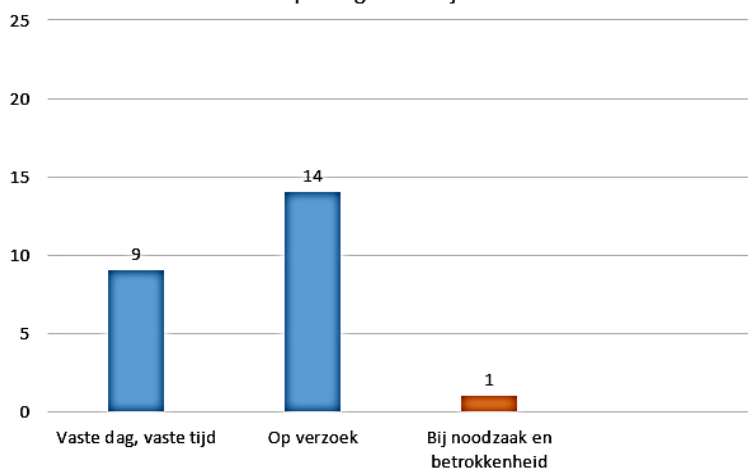
7. Hoelang wilt u dat een patiënt- en/of casusbespreking duurt?



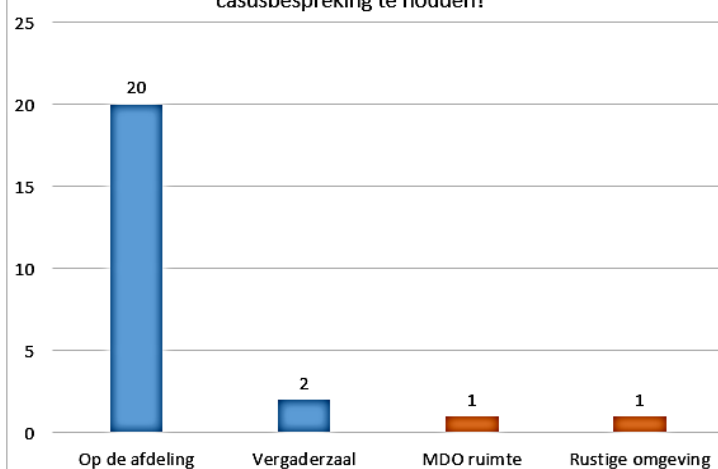
8. In welke frequentie wilt u dat een patiënt- en/of casusbespreking zal plaatsvinden?



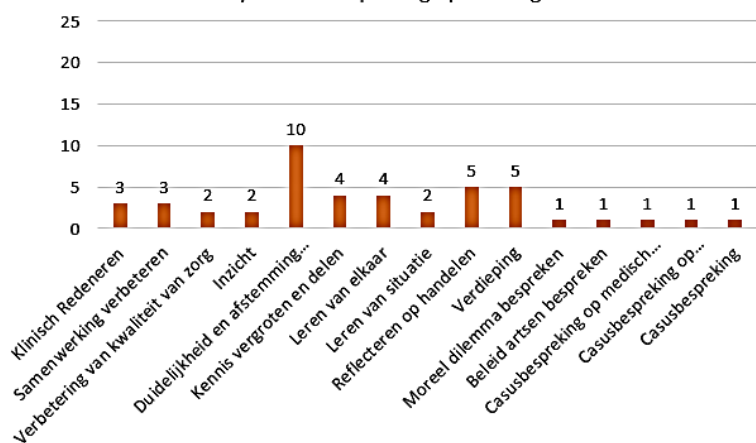
9. Op wat voor moment zou u een patiënt- en/of casusbespreking willen bijwonen?



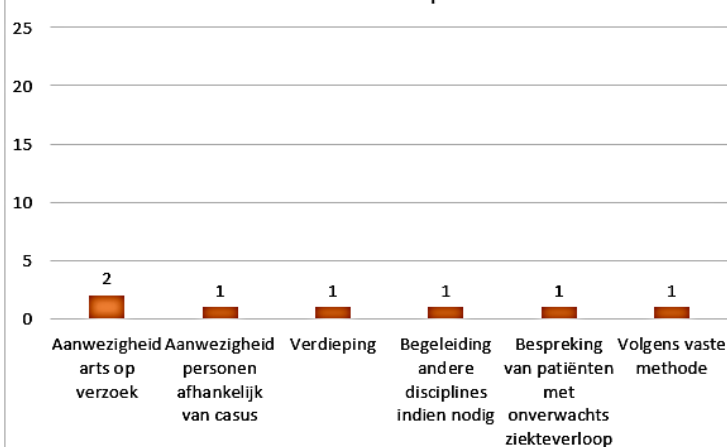
10. Welke locatie vindt u geschikt om een patiënt en/of casusbespreking te houden?



11. Wat zijn uw verwachtingen van de inhoud van een patiënt- en/of casusbespreking op afdeling B2?



12. Heeft u nog andere ideeën of wensen met betrekking tot dit onderwerp?



Bijlage 7. Data analyse focusgroep

STAP 1 – Transcriberen

- 325 Persoon 1: Ja, in het verleden heb ik altijd lijsten rondgestuurd en dat was gewoon zo'n verzamellijst en dan zag je gewoon iedere keer, deze lessen komen nog en dan kon ook in je agenda zetten van, daar wil ik voor komen.
- 326 Jan: En zouden jullie dan willen dat je die input dan op dat moment vertelt, wat je wil bespreken of dat je dat van tevoren al rondmailt of opschrijft?
- 327 Persoon 4: Ik denk dat je daar een aanspreekpunt voor moet hebben waar je je dingen heen kan sturen.
- 328 Persoon 2: Ja, of een lijstje ophangen waar mensen wat op kunnen schrijven.
- 329 Persoon 4: Maar diegene moet het ook kunnen voorbereiden.
- 330 Persoon 6: Ja, je moet het kunnen voorbereiden
- 331 Persoon 5: Ja
-
- 332 Persoon 4: Je kan niet zomaar even... Je moet gestructureerd. Of een methode daarvoor hebben. Ik weet niet of er methodes voor zijn. Dat weten jullie vast.
- 333 Persoon 6: reflectiemethodes
- 334 Anne: Ja
- 335 Persoon 4: Ja, maar ik bedoel maar. Dat heb je nodig. En je hebt een stukje voorbereiding nodig. Een persoon die een les of bespreking gaat leiden die moet voorbereiden.

STAP 2 – Transcriptie coderen

Topic	Antwoorden	Labels	Codes	Kernthema's
Patiëntenbespreking	<u>41</u>. Een patiëntbespreking en een casusbespreking, lijkt dat niet heel veel op elkaar? Of zit daar veel verschil in? <u>45</u>. Dat doen we dus al een beetje tijdens het MDO. <u>46</u>. Ja. <u>47</u>. In de ochtend hebben jullie ook een rondje. Een TOC rondje. <u>49</u>. Dat lijkt ook wel een beetje op een patiëntenbespreking. Dat worden we dan van K. in het interview dat er dan wordt doorgenomen van wie heeft nog afspraken staan, wat moet er gebeuren die dag met je patiënt, wie prikt de bloedsuikers bij de patiënten. Dat gaat ook al richting een patiëntenbespreking. Alleen dan wel een hele verkorte versie. <u>50</u>. In principe ga je daar niet 1 patiënt bij langs. <u>51</u>. Nee, dat klopt. Maar dat hoeft ook niet bij een patiëntenbespreking te zijn. Dat mogen ook meerdere patiënten zijn. <u>53</u>. Het is ook afhankelijk van het doel welke casus je bespreekt. Als je aan reflectie wil werken dan is intervisie een goed idee.	-Een patiëntbespreking en een casusbespreking, lijkt dat niet heel veel op elkaar? Of zit daar veel verschil in? -Dat doen we dus al een beetje tijdens het MDO. -In de ochtend hebben jullie ook een rondje. Een TOC rondje. Dat lijkt ook wel een beetje op een patiëntenbespreking		-Patiënt- en/of casusbespreking lijkt veel op elkaar. - Patiëntbespreking gebeurt in feite al tijdens MDO - TOC rondje lijkt op een patiëntbespreking - Voor betere zorg is een patiëntbespreking een goed idee. -Vraag om kennisverbreding -Alle nodige punten komen wel naar boven tijdens een patiëntbespreking - Toch uiteindelijk geen voorkeur voor de patiëntbespreking.

STAP 3 – Gegevens verwerken in MindMap

Waarmee bekend?

Moreel beraad:

- Soort casusbespreking, vooral gericht op ethische dilemma's
- Meer ervaren mensen hebben hieraan deelgenomen
- Anderhalf jaar gedaan, ziekenhuis breed en op de afdeling
- Geestelijk verzorger vanuit het ziekenhuis aanwezig, ze bewaakte de tijd en leidde door casus heen.
- Leerzaam: inzicht verkrijgen en van anderen leren door bijeenkomsten.
- Bredere kijk op mogelijkheden
- Aan de hand van een casus, meer kennis door verdieping in zaken.

Moreel beraad voor jong geleerden:

- Twee keer de afgelopen jaren
- Stukje rationaal effectiviteitstraining:
 - o Wat doet het werk met je?
 - o Wat zijn valkuilen?
- Niet gestopt

Reden van stoppen:

- Geen inbreng meer voor moreel beraad
- De behoefte was voldaan
- De e-learning nam een vlucht en nam veel tijd in beslag
- Het elektronisch patiëntendossier kwam en nam veel tijd in beslag
- Andere dingen schoven voor

Uitkomsten Focusgroep

Ideeën

- Het idee om allemaal één casus per jaar inbrengen. Dan heb je een karakter en een grotere kans van slagen.
- Degene die hem inbrengt legt de casus voor. Het is leerzaam om je casus voor te leggen.
- Met klinisch redeneren kan je een methode gebruiken.
- Een methode die je ernaast houdt bij de bespreking is makkelijk, effectief en leerzaam, ook bij het voorbereiden van een casus.
- Een idee is een map op de teampost waarin iedereen een casus in kan brengen.
- Intekenlijst voor voorbereiding en aanwezigheid.
- Wanneer er geen casussen zijn kan er ook een lijstje zijn met zaken waar informatiebehoefte naar is die je kunt behandelen.

Plaats

De voorkeur gaat uit om besprekingen te doen in het dagverblijf. Aanvulling is om het doen in een ruimte die beschikbaar is.

Slagen en voorwaarden

- Iedereen moet kunnen meedoen aan een casusbespreking.
- Een groepje mensen of iemand die het voortouw kan en wil nemen is nodig.
- Een groepje mensen die methodisch werkt is nodig.
- Er is behoefte aan (een werkgroep met) mensen die erop checken.
- Er zijn personen nodig die een bespreking durven te voeren volgens een methode en te durven leiden.
- Er is voorbereidingstijd nodig om het binnen drie kwartier te laten slagen.
- Er moet van tevoren duidelijk zijn waar behoefte aan is.
- Er moet gelegenheid zijn voor mensen om alleen de casus in te brengen, dat een ander de methode aandraagt.

Om besprekingen te laten slagen is nodig:

- (Voorbereidings)Tijd
- Input vanuit het team
- Groep moet aangeven wat een probleem is voor hen. Er kan worden aangegeven waar men tegenaan loopt, samenwerkingsproblemen.
- Borging is belangrijk en nodig
- Gestructureerd of volgens een methode
- Praktisch als het op gezette dagen is, als er een vast patroon in zit.
- Input inleveren bij een aanspreekpunt of door een lijstje.

Frequentie

- Voorkeur: om de twee weken.

Factoren waardoor het moeilijk wordt om de twee weken:

- Er moet telkens voldoende input komen vanuit het team
- Stagiaires moeten ook klinische lessen geven. Hier moet ruimte voor zijn
- Financieel gezien niet haalbaar. Voor e-learning mag ook tijd geschreven worden
- Uiteindelijk voorkeur naar maandelijks

Behoeft

- Er is behoefte aan praten over wat er is gebeurd.
- De neiging is er om op de afdeling snel te vertellen over wat je hoog zit.
- Verpleegkundigen begrijpen elkaar, ze hebben aan een half woord genoeg.
- Ventilering is nodig en fijn.
- Het bespreken van traumatische ervaringen moet kunnen.

Methode

- Je kunt kijken wat de hoofdbedoeling is met de bespreking en voor een instrument kiezen wat er bij past.
- De methode is afhankelijk van de bespreking.
- Leerzaam als je met verschillende methodes werkt.
- Wens meerdere opties/methoden te gebruiken, mag zelf gekozen worden.
- Wens om methoden aangereikt te krijgen in een overzicht (in een map).
- Voor klinisch redeneren kan je gebruikmaken van de Marc Baldker methode.
- Voor reflectie kan je gebruikmaken van de Korthagen methode of startmethodiek.

Wens voor bespreking:

- Afhankelijk van het doel.
- Intervisie bij reflecteren op handelen
- Patiëntbespreking bij bespreken van patiënten, de zorg van patiënten en hoe de zorg beter kan.

Alle punten komen naar boven bij een patiëntenbespreking:

- Kennisverbreding
- Competentieontwikkeling bij het kijken naar je eigen handelen.
- Samenwerking zal hierdoor verbeteren, ook dit komt ter sprake.
- Informatie wordt ook gedeeld.
- Klinisch redeneren komt ook naar voren. Dieper ingaan op de casus en van elkaar leren.
- Er is samenhang.

Voorkeur gaat niet uit naar een patiëntenbespreking. Het kan heel goed in een casusbespreking. Deze term mag soepel ingevuld worden.

Met één casus komt alles aan de orde. Kennis reden, reflectie en alles. Alle doelen hebben met elkaar te maken. Alles komt naar verwachting veel naar voren.

- Zo effectief mogelijk.
- Kan ook aan de hand van klinisch redeneren.
- Klinisch redeneren moet onderdeel zijn van de besprekingen.

Casusbespreking met PA'er, meer winst op veel fronten, diepgang(klinisch redeneren) en het is leerzaam. Disciplines op verzoek

Als verpleegkundigen samen kunnen ze veel uit een casus halen.

Casus kan medisch, verpleegkundig zijn of te maken hebben met ethiek.

Met de commissie klinisch redeneren, die bestaat uit verpleegkundigen en PA'ers van de cardiologieafdeling is er de wens om een casusbespreking te gaan doen.

De longverpleegkundigen hebben benoemd regelmatig een casusbespreking te willen gaan doen. De commissie klinisch redeneren wil hen ook betrekken.

Tijd

- De voorkeur gaat uit naar binnen werktijd
- Om kwart over twee, tot de late dienst begint om kwart voor drie.
- Met een man of 8 á 9 kan je dan een bespreking houden. De vroege en late dienst.
- Een half uur is haalbaar en te realiseren, uitloop tot drie kwartier.
- Er is behoefte aan een vast moment.
- In eerste instantie voorkeur voor woensdag als PA'ers er zijn. Longverpleegkundigen zijn er dan niet.
- Donderdag zijn PA'ers er, dat is handig. Longverpleegkundigen zijn er dinsdag, donderdag en vrijdag
- Verwachting dat het op een donderdag kan. Op donderdag is er een MDO, maar die wordt misschien naar woensdagmiddag verplaatst.
- De verwachting is dat het op verzoek verwaterd.

Bijlage 8. Uitnodiging focusgroep

Mei Elkenien

Wij organiseren een focusgroep, dit houdt in dat er een groep verpleegkundigen bij elkaar komt en de kans krijgt om te vertellen hoe ze denken over de organisatie en inhoud van patiënt- en/of casusbesprekingen. Lijkt dit u leuk, geef u dan op bij j.Post2@viaa.nl

Foar Elkenien

Wij willen de wens van verpleegkundigen over mogelijke besprekingen tussen verpleegkundigen op afdeling B2 in kaart willen brengen, hiervoor zoeken wij u!

Geef

Je

Op

10 April 13:30

Locatie: Nij Smellinghe

Onderzoek studenten

Hogeschool Viaa

Geef nu je mening,
dit is je kans!

Bijlage 9. Stappenplannen methodiek

Het STARR- stappenplan

Situatie

- Beschrijf de situatie voor jou als verpleegkundige. Wat is er gebeurd?
- Wie waren de betrokkenen?
- Waar speelde het zich af?
- Waarover ging het precies?
- Wat was de aanleiding?

Taak

- Wat was jouw taak als verpleegkundige in de situatie?
- Wat was je rol? Wat was je functie?
- Wat moest je doen als verpleegkundige?
- Wat werd er van je verwacht?
- Wat was je doel? Wat waren je doelen?
- Wat was je voornemen? Had je een plan?

Actie

- Wat heb je werkelijk gedaan?
- Hoe heb je het aangepakt?
- Welke afwegingen hebben daarin op dat moment een rol gespeeld?
- Wat dacht je? Wat voelde je? Wat zag je voor je?
- Wat was precies jouw aandeel of inbreng?

Resultaat

- Wat was het gevolg van jouw actie bij jezelf en wat was het gevolg bij andere betrokkenen?
- Wat was het gevolg op de sfeer?
- Wat was de invloed op het proces? Konden jullie nog goed verder werken?
- Wat was de invloed van jouw aandeel (van je actie) op het resultaat dat je wilde bereiken.

Reflectie

- Was het resultaat van je actie dat wat je er mee wilde bereiken?
- Heb je er iets van geleerd als verpleegkundige?
- Kun je deze situatie en je handelen daarin koppelen aan een competentie uit het profiel van de beroepsbeoefenaar uit de opdracht? Als je dat kan, hoe scoorde je dan voor deze competentie?

Korthagen spiraalmodel

Fase 1: handelen (=fase 5 vorige cyclus)

1. Wat wilde ik bereiken?
2. Waar wilde ik op letten?
3. Wat wilde ik uitproberen?

Fase 2: Terugblikken op het handelen

4. Wat gebeurde er concreet?
 - Wat wilde ik?
 - Wat deed ik?
 - Wat dacht ik?
 - Wat voelde ik?
 - Wat denk ik dat mijn patiënten (collega's) wilden, deden, dachten en voelden?

Fase 3: Bewust worden van essentiële aspecten

5. Hoe hangen de antwoorden op de vorige vragen met elkaar samen?
6. Wat is daarbij de invloed deze werkplek als geheel?
7. Wat betekent dit nu voor mij?
8. Wat is dus het probleem (of de positieve ontdekking)?

Fase 4: Formuleren van alternatieven

9. Welke alternatieven zie ik?
10. Welke voor- en nadelen hebben die?
11. Wat neem ik mij nu voor de volgende keer?

(Koetsenruijter & van der Heide, 2014)

Bijlage 10. Ephorusverklaring

Dear ...,

Your document has been handed in to Turnitin | Ephorus and your teacher Wilma Jelsma (w.jelsma@viaa.nl) has been notified.

Your document's unique identifier is:
9f3331ed-30b2-408a-abd9-ecad93b7c5cf.

We recommend you print or save this page for future reference.

Code: Je1W#4

Date: Monday, May 22, 2017 12:09:54 PM CEST

Your data:

Lilian Kin

Afst

lilian_kin@hotmail.com

Your teacher:

Wilma Jelsma

w.jelsma@viaa.nl