

22/05/2014

BACHELOR
THESIS

WACHTEN OP DE SPOED
GEBRUIK WACHTTIJD INFORMATIEF EN ZINVOL

Kristen Petra Nicolina Blanckers 1008234
Tel: 06-22436732

Zuyd Hogeschool Heerlen
Gezondheid en Zorg
HBO – Verpleegkunde

Jaar 4 – V0409
Stageplaats: SJG Weert
Afdeling Spoedeisende hulp

Docentbegeleider: Msc. René Claassen
Tweede beoordelaar: Msc. Mariëtte van der Stap
Praktijkbegeleider: Esther Steyvers - Touil
Werkbegeleiders: Marc Martens & Nanda Tinnemans

VOORWOORD

Voor u ligt de uitwerking van de bachelor thesis over het verbeteren van de patiëntentevredenheid op een Spoedeisende hulp door het implementeren van advanced triage en het invoeren van een eenduidig beleid rondom de informatievoorziening naar patiënten. Deze opdracht is tot stand gekomen in het kader van het verdiepingsjaar van de opleiding verpleegkunde aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen richting algemene gezondheidszorg.

Dit kwaliteitsverbetertraject is de eindopdracht van de bachelor opleiding tot verpleegkundige. Het gehele implementatietraject is uitgevoerd aan de hand van het implementatiemodel van Grol en Wensing, en heeft plaatsgevonden op de Spoedeisende hulp van het SJG in Weert.

Er wordt een speciaal woord van dank uitgesproken naar onderstaande personen, omdat zij dit resultaat mede mogelijk gemaakt hebben:

Afdelingsmanager opleidingen Pieter Slegers

Praktijkbegeleidster Esther Steyvers

Werkbegeleiders Marc Martens & Nanda Tinnemans

Docentbegeleider Drs. René Claassen

Klasgenoten VO409 Zuyd Hogeschool Heerlen

Personeel Spoedeisende hulp SJG Weert

SEH verpleegkundige Laurentius, VieCuri & Maxima medisch centrum

Hopende U hiermee voldoende te hebben geïnformeerd!

SAMENVATTING

Aanleiding; Binnen het SJG in Weert is de patiëntentevredenheid een enorm belangrijke factor. Op de SEH wordt er dan ook veel aandacht besteed aan de patiënt, en wordt de tevredenheid gemeten aan de hand van patiëntenenquêtes. Uit deze enquêtes blijkt echter dat de patiënten toch klachten uitten over de wachttijden, informatievoorziening en privacy. Deze klachten worden geuit ondanks dat er gebruik wordt gemaakt van een triage systeem dat de patiëntenstroom zou moeten managen, en zou moeten leiden tot een betere informatievoorziening.

Doel; Door middel van deze bachelor thesis wordt onderzocht hoe de patiëntendoorstroom en informatievoorziening op de op de SEH in Weert kan worden bevorderd zodat de patiëntentevredenheid zal stijgen. De onderzoeksvraag luidt: *Op welke wijze kan de patiënten doorstroom en informatie voorziening op een Spoedeisende hulp, waar al gebruik gemaakt wordt van een triage systeem worden, verbeterd zodat de patiëntentevredenheid zal stijgen?*

Methode; Het gehele implementatietraject is uitgevoerd aan de hand van de stappen van Grol en Wensing. In de eerste stap is de optimale zorg vastgesteld door te kijken naar de interne aanleiding door middel van patiëntenenquêtes, en de externe aanleiding door middel van een literatuurstudie en overleg met andere ziekenhuizen. Hieruit is een concreet voorstel voor verandering opgesteld. In de tweede stap is de huidige zorg in kaart gebracht door een cross sectioneel kwalitatief onderzoek bij het verpleegkundig personeel en intensieve participerende observatie. In de derde stap zijn de beïnvloedende factoren opgesteld door middel van een semi gestructureerd interview onder het personeel en overleg met de teamleider. In de vierde stap is er daadwerkelijk een verbeterstrategie ontwikkeld aan de hand van de EPOC. In de vijfde stap zijn de verbeteractiviteiten gepland en uitgevoerd, en heeft er een pilot studie plaatsgevonden. En in de zesde en laatste stap is het evaluatieplan geëvalueerd door effect en proces evaluatie.

Resultaten; Ondanks dat de patiëntentevredenheid binnen het SJG er belangrijk is blijkt uit dit onderzoek dat er binnen de spoedeisende hulp van het SJG op een aantal punten wordt afgeweken van de meest ideale situatie voor triage en informatievoorziening. Zo blijken niet alle verpleegkundige het nut van triage ten alle tijden in te zien, wordt er geen eenduidig beleid gehanteerd met betrekking tot triage, heeft de triage verpleegkundige meerdere taken en vinden verpleegkundigen het lastig om patiënten in de wachtkamer te voorzien van informatie. Deze factoren staan onder andere het optimaal functioneren in de weg, waardoor het verstandig is deze factoren aan te pakken. Een eenduidig beleid met duidelijke afspraken

omtrent triage en informatievoorziening zou een mogelijke oplossing kunnen zijn. Waarbij voor het eenduidige beleid rondom triage aan advanced triage gedacht kan worden.

Conclusie; Er kan geconcludeerd worden dat het huidige beleid rondom informatievoorziening binnen het SJG op papier goed geregeld is, maar niet ten alle tijden goed uitgevoerd wordt. Daarnaast blijkt dat de wachttijden binnen de SEH het langst zijn in de behandelkamers. Deze wachttijden worden veroorzaakt door het uitvoeren van onderzoeken, maar ook door het wachten op de röntgen, specialisten en verpleegafdelingen. Het is mogelijk de onderzoeken te verplaatsen naar de triage kamer (advanced triage), waardoor deze wachttijden verkort kunnen worden. Of deze factoren binnen het SJG daadwerkelijk bijdragen aan het verbeteren van de patiëntentevredenheid zal nog verder onderzocht moeten worden.

ABSTRACT

Introduction; Patient satisfaction is a very important subject inside the SJG hospital in Weert. Therefore there's also paid a lot of attention to patients satisfaction in the emergency department, where it's measured by a survey. From these surveys it's revealed that patients complain about waiting times, information and privacy. These complains are expressed, despite the use of a triage system that should manage the patients flow and that should take care of a better information supply.

Goal: The intention from this bachelor thesis is to ~~examined~~examine how ~~patients~~patient's satisfaction can be brought to a higher level by optimizing patient flow and information supply. The applied research question is: *In which way patients flow and information supply can be optimized, in a emergency department where a triage system is used, so that the patient satisfaction will rise.*

Method: During the entire implementation process the implementation steps of Grol en Wensing were used. In the first step the optimal care is determined by patients survey in the intern cause, and a literature study and consultation with other hospitals in the extern cause. From this point there's a concrete proposal for change formulated. The current care is determined by qualitative care in the nursing staff and intensive participant observation in the second step. In the third step the factors of influence are prepared, by means of a semi structured interview and a consultation with the team leader. In the fourth step there's developed a improvement strategy based on the EPOC method. In the fifth step the improvement activities are planned and carried out in a pilot study. During the last step the

hole implementation process is evaluated by process and effect evaluation.

Results: The outcome of this research is that even though the patient satisfaction inside the SJG is really important, there are a few things around triage and information supply that aren't ideal. For example not all nurses think that triage is always useful, there's no clear policy with regard to triage, the triage nurse has multiple jobs, and the nurses find it hard to return to the waiting room to give information. Due to these factors optimal functioning isn't possible. That's why it's wise to take on these factors. A clear policy with clear agreements regarding triage and provision of information could be a possible solution. Advanced triage could be an option for triage.

Conclusion: There can be concluded that the current policies around information supply are theoretical good, but they're not always executed well. The longest waiting times inside the emergency department are in the treatment rooms. These waiting times are caused by performing investigations, but also by waiting for the x-ray, specialists and nursing department. It is possible to move the investigations into the triage room (advanced triage), causing it to reduce waiting times. If these factors inside de SJG actually help to improve the patient satisfaction needs to be investigated.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Abstract	4
Inhoudsopgave	6
Inleiding.....	9
1. Ontwikkelen voorstel voor verandering.....	12
1.1 Inleiding.....	12
1.2 Interne aanleiding	12
1.2.1 Analyse patiënten-enquêtes	13
1.3 Externe aanleiding	14
1.3.1 Literatuurstudie.....	15
1.3.2 Andere ziekenhuizen	16
1.4 Methode / Werkwijze	17
1.5 Doelstelling.....	18
1.6 Betrokkenheid van de doelgroep	19
1.7 Conclusie	19
2. Analyse van de feitelijke zorg.....	20
2.1 Inleiding	20
2.2 Methode.....	20
2.2.1 Resultaten semi gestructureerde interviews	21
2.2.2 Resultaten participerende observatie	23
2.3 Huidige situatie	24
2.4 Wenselijke situatie	25
2.5 Conclusie	26
3. Probleemanalyse van doelgroep en setting	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Methode.....	27
3.3 Resultaten	28

3.3.1 Individuele factoren.....	28
3.3.2 Sociale factoren	30
3.3.3 Organisatorische factoren	31
3.3.4 Maatschappelijke factoren.....	31
3.4 Conclusie	31
4. Ontwikkeling van een implementatiestrategie	32
4.1 Inleiding	32
4.2 Methode.....	32
4.3 Veranderstrategieën.....	33
4.4 Conclusie	36
5. Proefimplementatie op kleine schaal	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Methode.....	37
5.3 Het implementatieplan	38
5.4 De pilot studie	40
5.5 Conclusie	41
6. Evaluatie en bijstelling van het plan.....	42
6.1 Inleiding	42
6.2 Methode.....	42
6.3 Resultaten	43
6.3.1 Procesevaluatie	43
6.3.2 Effectevaluatie	45
6.4 Conclusie	45
7. Nabeschuwing	46
7.1 Conclusie	46
7.2 Aanbevelingen.....	47
7.3 Discussie.....	48
Reflectie	50
Referenties.....	53

Bijlage 1: Implementatiemodel Grol en Wensing	55
Bijlage 2: Topiclist interviews andere ziekenhuizen	56
Bijlage 3: Topiclist interviews verpleegkundige SEH	57
Bijlage 4: Checklist pilot studie.....	59
Bijlage 5: Zoekstrategie	60
Bijlage 6: Voorstel bachelor thesis.....	62
Bijlage 7: Toestemmingsformulier bachelor thesis	70
Bijlage 8: Beoordelingsformulier docentbegeleider	71
Bijlage 9: Beoordelingsformulier tweede beoordelaar	76
Bijlage 10: Beoordelingsformulier praktijkbegeleider	81

INLEIDING

Een spoedeisende hulp in Nederland is een specialistische en multidisciplinaire afdeling binnen een ziekenhuis (Mintjens, Janssen, Kampshoff, & Poot, 2008). Het is een open afdeling, en dat wil zeggen dat de afdeling 24 uur per dag 365 dagen per jaar geopend is. Iedereen die zich meldt op een Spoedeisende hulp moet door een arts gezien worden (NVSHV, 2005). Op een Spoedeisende hulp worden dus dagelijks een groot aantal patiënten gezien met zeer uiteenlopende klachten. In 2005 waren er in heel Nederland 1,8 miljoen spoedeisende hulp bezoeken, dit komt neer op een gemiddelde van 49 patiënten per dag per ziekenhuis. In 2009 was het aantal spoedeisende hulp bezoeken in heel Nederland al gegroeid naar 2,2 miljoen, dit komt neer op een gemiddelde van 60 patiënten per dag per ziekenhuis (Gijzen, Kommer, Bos, & Stel, 2010).

Er is dus een toenemende zorg vraag op de spoedeisende hulp in Nederland. Dit komt onder andere door de toenemende vergrijzing, het passeren van de huisarts en de ontwikkelingen tot een medische consumptie maatschappij (Boel, Machielse, Lichtevelt, & Bierens, 2007). Om deze groeiende patiëntenstroom te managen is er in de Nederlandse ziekenhuizen een triage systeem ingevoerd (Caluwé & Machielse, 2007). Het doel van een triage systeem is het benoemen van de acuïteit van de patiënt door een triage verpleegkundige, en op basis hiervan adequaat beschikbare ruimte en middelen toe te delen. Er wordt dus een prioriteit toegekend aan de behoefte van zorg van de patiënt (Veld & Hurkers, 2013). Daarnaast zorgt het triage systeem voor een ruimere informatievoorziening aan de patiënten over behandeling en wachttijd, waardoor de patiënttevredenheid vergroot wordt (Storm-Versloot, Vermeulen, Lammeren, Luitse, & Goslings, 2012). De patiënttevredenheid is een belangrijke maatstaf om de kwaliteit van de zorg te bepalen. Het geeft weer waar verbeteringen in de zorg noodzakelijk zijn, en het bepaald mede of een patiënt een medisch advies en langdurige relatie met een arts wil (The health boards executive, 2003).

Wereldwijd zijn er verschillende systemen ontwikkeld waarmee patiënten op een spoedeisende? getrieerd kunnen worden. Zo bestaat er: The Australian triage Scale, The Canadian Emergency Department Triage en Acuity scale , The Boston system (ESI) en het Manchester triage System (Janssen, 2013). In Nederland zijn het Boston Systeem en het Manchester triage systeem de meest gehanteerde systemen. Het Manchester triage systeem is net als het Boston systeem een systeem waarbij patiënten in vijf urgentiecategorieën kunnen worden ingedeeld (Caluwé & Machielse, 2007). Bij het Manchester triage systeem wordt

gekeken naar de voornaamste klacht waarmee een patiënt op een spoedeisende hulp binnenkomt. De klachten en symptomen van een patiënt zijn belangrijker dan de diagnose. (Caluwé & Machielse, 2007)

Binnen het SJG in Weert is de patiëntentevredenheid een van de belangrijkste peilers van de organisatie. Op de Spoedeisende Hulp in Weert wordt dan ook gebruik gemaakt van het Manchester triage systeem. De triage verpleegkundige beoordeelt de urgentie van de patiënten, en deelt hen in, in een van de 5 urgentiecategorieën. Maar ondanks dat er op de Spoedeisende hulp in Weert gebruikt gemaakt wordt van het Manchester triage systeem om de patiëntenstroom te managen, en de patiënten van informatie te voorzien komt patiënten ontevreden voor. De patiëntentevredenheid wordt op de Spoedeisende hulp in Weert gemeten door middel van een kwalitatieve patiënten enquêtes. De meest voorkomende klachten die hieruit naar voren komen gaan over lange wachttijden, de privacy en informatie voorziening. Aangezien de klachten over de privacy alleen betrekking hebben op de twee persoonsbehandelkamers luidt de centrale vraagstelling in deze bachelor thesis:

Op welke wijze kan de patiënten doorstroom en informatie voorziening op een Spoedeisende hulp, waar al gebruik gemaakt wordt van het Manchester triage systeem worden verbeterd, zodat de patiëntentevredenheid zal stijgen?

Deze onderzoeksvraag zal beantwoord worden in de volgende hoofdstukken aan de hand van het implementatiemodel van Grol en Wensing (Bijlage 1):

- In het eerste hoofdstuk wordt het concrete voorstel voor verandering opgesteld. Hier worden de interne en externe aanleiding voor de Bachelor thesis naar het verbeteren van de patiëntentevredenheid op de Spoedeisende hulp in Weert beschreven. Tevens wordt de gehanteerde methode beschreven, en wordt er een doelstelling geformuleerd.
- In het tweede hoofdstuk wordt de feitelijke situatie op de Spoedeisende hulp in Weert geanalyseerd door middel van kwalitatief onderzoek in de vorm van een semi gestructureerd interview en participerende observatie. Vervolgens worden de feitelijke en wenselijke situatie toegelicht.
- In het derde hoofdstuk worden de bevorderende en belemmerende factoren beschreven die het verloop van het implementatieproces beïnvloeden. Daarnaast worden de belangen en de doelen van de verschillende betrokkenen beschreven.

- In het vierde hoofdstuk wordt een daadwerkelijke verbeterstrategie opgesteld. Deze verbeterstrategie wordt opgesteld aan de hand van de EPOC en de uitkomsten uit de voorgaande hoofdstukken.
- In het vijfde hoofdstuk is er gestart met het daadwerkelijk plannen en uitvoeren van een proefimplementatie op kleine schaal. De implementatie is beschreven aan de hand van de fasen van verandering van Grol en Wensing in een implementatie plan.
- In het zesde hoofdstuk wordt de proefimplementatie geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

1. ONTWIKKELEN VOORSTEL VOOR VERANDERING

1.1 Inleiding

Als er gestart wordt met een verander of implementatietraject, is het van groot belang om vast te stellen wat de optimale zorg is. De eerste stap van het implementatiemodel is dan ook het definiëren van optimale patiëntenzorg, en het opstellen van een helder voorstel voor de gewenste verandering (Wollersheim, et al., 2011). Het uitgangspunt voor een proces van implementatie kan tweeledig zijn. Het kan zowel een implementatietraject met een interne aanleiding en / of een externe aanleiding zijn (Grol & Wensing, 2011). Onder interne aanleidingen verstaan we gesignaleerde problemen in de zorg. Onder externe aanleidingen verstaan we richtlijnen, interventies, technieken en nieuwe wetenschappelijke informatie (Wollersheim, et al., 2011).

1.2 Interne aanleiding.

Aan veel noodzakelijke verbeteringen in de zorg liggen signaleringen dat een bepaalde wijze niet optimaal functioneert ten grondslag (Wollersheim, et al., 2011). Dit is ook het geval op de Spoedeisende hulp in Weert. De Spoedeisende hulp is een dynamische afdeling, waar zo'n 13.500 patiënten op jaarbasis komen. Dat komt neer op een gemiddelde van 37 patiënten per dag. In totaal zijn er 4 behandelkamers met 6 behandelplaatsen, een gipskamer, een röntgenkamer en een triage kamer. Het is een afdeling die erop gericht is om medische en verpleegkundige zorg te verlenen aan ongevalslachtoffers en aan patiënten met acute aandoeningen. Er komen dus dagelijks een groot aantal patiënten met zeer uiteenlopende klachten. Deze enorme patiëntenstroom wordt gemanaged door middel van triage. Het doel van een triage systeem is het benoemen van de acuutheid van de patiënt door een triage verpleegkundige, en op basis hiervan adequaat beschikbare ruimte en middelen toe te delen. Er wordt dus een prioriteit toegekend aan de behoefte van zorg van de patiënt (Veld & Hurkers, 2013). Daarnaast zorgt het triage systeem voor een ruimere informatievoorziening aan de patiënten over behandeling en wachttijd, waardoor tevens de patiënttevredenheid vergroot wordt (Storm-Versloot, Vermeulen, Lammeren, Luitse, & Goslings, 2012). De patiënttevredenheid is een belangrijke maatstaf voor het vaststellen van de kwaliteit van zorg, en wordt binnen het SJG als zeer belangrijk ervaren. De patiënten die op de Spoedeisende hulp in Weert behandeld zijn krijgen na hun ontslag dan ook een enquête toegestuurd ter evaluatie van de behandeling. Maar ondanks dat er gebruik gemaakt wordt van het Manchester triage systeem dat moet leiden tot een grote patiënttevredenheid blijkt uit de

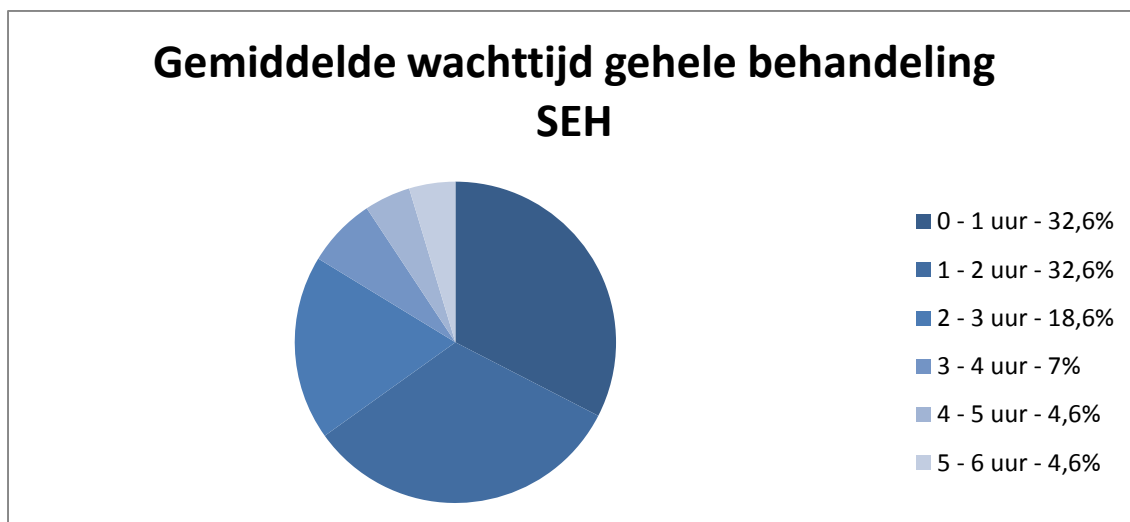
enquêtes dat er toch ontevredenheid heerst onder de patiënten. Deze ontevredenheid wordt met name geuit over de informatievoorziening, de wachttijden en de privacy.

1.2.1 Analyse patiëntenenquêtes.

In de maanden November en December van 2013 zijn er in totaal 100 patiëntenenquêtes naar het ziekenhuis geretourneerd. Het gemiddelde cijfer dat voor de gehele behandeling uit deze enquêtes naar voren kwam was een 7.79 met een standaard deviatie van 1,56 en een range van 1 – 10.

Wachttijden / Patiëntendoorstroom.

Slechts 43 van de 100 patiënten zijn op de triage kamer gezien. De overige 57 patiënten konden meteen plaatsnemen in de behandelkamer. In onderstaande tabel zal de gemiddelde wachttijd voor de gehele behandeling worden weergegeven van de 43 patiënten die in de triage kamer gezien zijn.

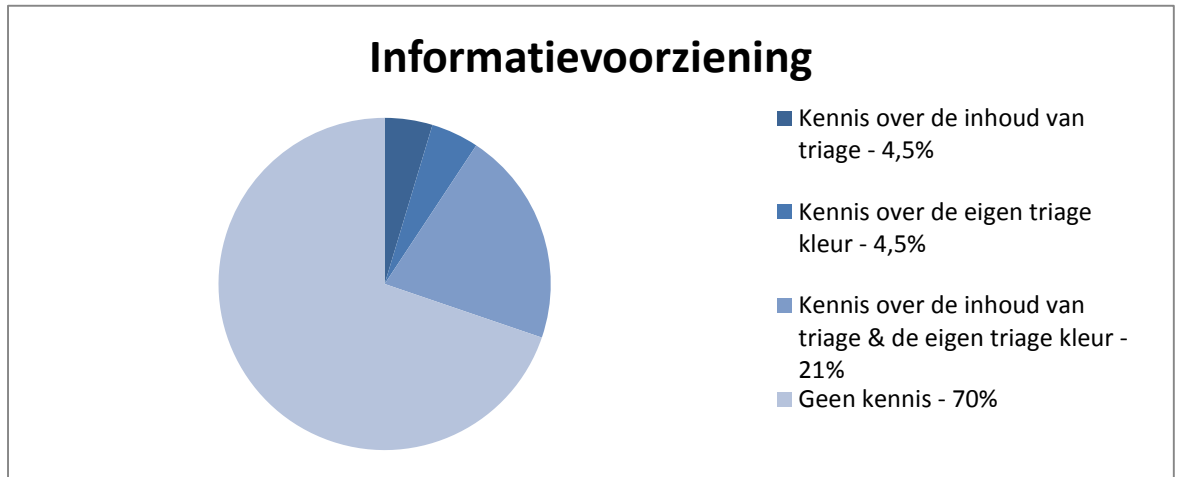


Het grootste deel van de wachttijd van de patiënten werd doorgebracht in de behandelkamers. Van de 43 patiënten was 86% tevreden met de wachttijd. Bij de overige patiënten kwamen de volgende klachten naar voren: (Persoonlijke mededeling, November – December 2013) “...Nadat ik in de behandelkamer binnen werd geroepen, was het nog wachten wachten wachten!!!”. (Persoonlijke mededeling, November - December 2013) “...Ophalen voor naar de afdeling te brengen duurt lang”.

Informatievoorziening

Tijdens het wachten in de wachtkamer en behandelkamer zijn slechts 42 van de 100 patiënten op de hoogte gehouden van de wachttijden. Over de informatievoorziening kwam

dan ook onder andere de volgende klacht naar voren: (Persoonlijke mededeling, November – December 2013) “...Ik had het fijn gevonden als er iemand in de wachtkamer naar mij toe was gekomen. ...We moesten zelf vragen hoelang het nog ging duren”. In onderstaande grafiek wordt weergegeven welke kennis de patiënten hadden na afloop van de triage.



Bij de patiënten kwam onder andere de volgende klacht naar voren over de informatievoorziening: (Persoonlijke mededeling, November – December 2013)

“...Informatievoorziening kan beter, mij is nu nog niet duidelijk wat de triage / triage kamer is”.

Privacy

Over de privacy kwamen er tot slot ook nog aan aantal aandachtspunten naar voren uit de enquêtes, al bleken 92 patiënten geen klachten te hebben. De klachten die naar voren kwamen bij de patiënten luiden als volgt: (Persoonlijke mededeling, November - December 2013) “...Vreselijk dat er tussen twee behandelplaatsen alleen een gordijn zit, je kunt de hele medische relaas van de ander naast jou goed horen. (Persoonlijke mededeling, November – December 2013) “...Ik zou graag aparte behandelkamers voor een patiënt zien, en niet door middel van een gordijn”

1.3 Externe aanleiding.

Concrete inzichten uit wetenschappelijke literatuur kunnen een leidraad bieden bij het definiëren van optimale zorg (Wollersheim, et al., 2011). Bij dit implementatietraject is er daarom voor gekozen een literatuurstudie te houden naar de mogelijkheden om de informatievoorziening en de patiëntendoorstroom te vergroten op een Spoedeisende hulp waar het Manchester triage systeem gehanteerd wordt. Voor deze onderwerpen is gekozen aangezien dit de punten zijn waarover de patiënten binnen het SJG hun ontevredenheid uiten. De

klachten over de privacy zijn voor verder onderzoek buiten beschouwing gelaten, aangezien het momenteel niet mogelijk is om eenpersoons patiëntenkamers te creëren. De literatuurstudie helpt bij het definiëren van de optimale patiëntenzorg, zodat een voorstel voor de gewenste verandering hierop kan volgen. In de literatuurstudie is er gebruik gemaakt van conceptuele- en onderzoeksliteratuur. De onderzoeksliteratuur bevat naast Nederlandse ook Engelstalige bronnen, en is gezocht via PubMed, Invert en Springerlink. Alle artikelen zijn evidence based artikelen, waarbij de inclusiefactor jonger dan 10 jaar gehanteerd is. Tevens is er bij enkele artikelen gebruik gemaakt van de inclusie factoren randomised controlled trial of de discipline critical care and emergency medicine. De artikelen zijn gevonden met de zoektermen: patient satisfaction, emergency department, triage system, Manchester triage , advanced triage en patient flow. Naast dat er een literatuurstudie is gedaan om de optimale patiëntenzorg te definiëren is er ook contact opgenomen met andere ziekenhuizen om te inventariseren welke werkwijze zij hanteren.

1.3.1 Literatuurstudie

Als er binnen een Spoedeisende hulp gebruik gemaakt wordt van het Manchester triage systeem is het voor de functionaliteit van belang dat dit systeem zo correct mogelijk gehanteerd wordt (Pinto, Lunet, & Azevedo, 2010). Met het systeem correct hanteren wordt bedoeld dat er iedere dienst minimaal een verpleegkundige verantwoordelijk is voor de triage, en dat zij direct beschikbaar is. Elke zorginstelling is namelijk verplicht om verantwoorde zorg te leveren, waarbij voldoende kwalitatief en kwantitatief personeel aanwezig is (NVSHV, 2005). Daarnaast behoort zij continu de patiënten in de wachtkamer te observeren, te voorzien van informatie over wachttijd en eventueel opnieuw te triëren mocht dit noodzakelijk zijn (Mintjens, Janssen, Kampshoff, & Poot, 2008). Tot slot is het van belang dat ze alle patiënten trieert. Het gaat dus ook om de patiënten die met de ambulance binnengebracht worden. (NVSHV, 2005). Bij juist gebruik bevordert het systeem de patiënttevredenheid en de start van het zorgproces (Storm-Versloot, Vermeulen, Lammeren, Luitse, & Goslings, 2012)

Patiënten op een spoedeisende hulp blijken buiten de behoefte aan informatie over de wachttijd, ook behoefte te hebben aan informatie over basiszaken als triage, behandeling en nabehandeling. Het is mogelijk om deze informatie door middel van een brochure te geven (Kington & Short, 2010). Het uitgebreid en goed informeren van de patiënten voorkomt onbegrip en bevordert de patiënttevredenheid (Kington & Short, 2010).

Zoals eerder beschreven zorgt het Manchester triage systeem voor het managen van

de patiëntenstroom, en voor een goede start van het zorgproces. Het heeft echter niet bijgedragen aan het bevorderen van de patiënten doorstroom. Het systeem is niet van invloed op wachttijd, verblijftijd en behandeltime van de patiënten (Storm-Versloot, Vermeulen, Lammeren, Luitse, & Goslings, 2012). De patiënten doorstroom kan wel bevordert worden door het toepassen van een advanced triage systeem, waarbij de verpleegkundige alvast röntgenonderzoek en laboratoriumonderzoek aanvraagt en eventueel een elektrocardiogram maakt. Advanced triage is een uitbreiding op de standaard triage door middel van onderzoek. De wachttijd van de patiënten wordt zinvol ingevuld. Op het moment dat er advanced triage wordt toegepast bevordert dit dus de patiënten doorstroom, en automatisch de patiëntentevredenheid (Beelen & Polder, 2010).

1.3.2 Andere ziekenhuizen.

Naast dat er een literatuurstudie heeft plaatsgevonden om de optimale zorg te definiëren is er telefonisch contact opgenomen met andere Nederlandse ziekenhuizen die gebruik maken van het Manchester triage systeem. Voordat deze gesprekken plaatsgevonden hebben is er een topiclijst met relevante vragen geformuleerd naar aanleiding van de patiënten enquêtes op de SEH in Weert en de literatuurstudie (Bijlage 2). De telefonische gesprekken hebben plaatsgevonden om te ontdekken op welke manier de informatievoorziening naar de patiënten geregeld is, op welke manier getrieerd wordt en hoe omgegaan wordt met de wachttijden en de patiënten doorstroom. Tevens is er navraag gedaan naar hoe het met de privacy gesteld is. In onderstaand schema is per ziekenhuis weergegeven hoe zij omgaan met bovengenoemde onderwerpen.

Ziekenhuis	Informatie voorziening	De triage	Wachttijd, en patiënten doorstroom	Privacy
Laurentius Roermond	De informatie - voorziening naar de patiënten gebeurt door middel van informatiekaarten en mondelinge informatie. Zaken als triage kleur en exacte wachttijd worden niet vermeld.	Triage door middel van het Manchester triage systeem, dat wordt uitgebreid door laboratorium onderzoek. Incidenteel wordt een ECG gemaakt.	Er wordt geprobeerd ten alle tijden de gesteld wachttijden te behalen. Het komt echter voor dat patiënten lang moeten wachten, en dat leidt tot ontevredenheid. Daarnaast wordt bijna altijd plaats gemaakt voor een ambulance patiënten. Incidenteel zal	Op de SEH in het Laurentius wordt gebruik gemaakt van eenpersoons behandelkamers. Waardoor er geen klachten met betrekking tot de privacy zijn.

			deze in de wachtkamer plaats moeten nemen.	
Maxima Medisch Centrum Eindhoven	De informatie -voorziening naar de patiënten gebeurt door middel van een power point presentatie in de wachtkamer en mondelinge informatie. Zaken als triage kleur en exacte wachttijd worden niet vermeld.	Triage door middel van het Manchester triage systeem advanced. Waarbij het MTS wordt uitgebreid door middel van laboratorium onderzoek en het aanvragen van röntgenonderzoek	Er is gebleken dat het Manchester triage systeem advanced tijd bespaart, aangezien er onderzoek wordt verricht als de patiënten wachten. Hierdoor lijken de wachttijden ook korter. Incidenteel komt het evengoed wel eens voor dat de patiënten doorstroom stagneert. Meestal wordt er plaats gemaakt voor de ambulance.	Op de SEH in het MMC wordt gebruik gemaakt van zowel eenpersoons als tweepersoons behandelkamers. Er komen echter nauwelijks klachten binnen met betrekking tot de privacy.
VieCuri Venlo	De informatie -voorziening naar de patiënten gebeurt door middel van een informatie folder, en via mondelinge informatie. Informatie over wachttijden wordt aan de patiënt gegeven	Op de SEH in het VieCuri worden patiënten in eerste instantie niet getrieerd maar meteen gezien door een arts en verpleegkundige. Op het moment dat dit niet meer mogelijk is wordt er getrieerd door middel van het MTS, hierbij wordt meteen laboratorium onderzoek gedaan, een ECG gemaakt en een röntgenaanvraag gedaan.	Wachttijden worden vaak gehaald, en anders vindt er her triage plaats. Het komt wel voor dat patiënten langer moeten wachten op de specialist, waardoor de doorstroom wordt belemmerd. Patiënten vinden wachten nooit leuk, maar bij goede uitleg accepteren ze de wachttijden wel, blijkt uit patiënten -tevredenheids onderzoek. Voor een ambulance wordt ten alle tijden plaats gemaakt.	Op de SEH van het VieCuri wordt gebruik gemaakt van eenpersoons behandelkamers, waardoor er geen klachten met betrekking tot privacy bestaan.

1.4 Methode / Werkwijze.

Een implementatieproces kan verdeeld worden in de voorbereidende en uitvoerende fase. Om het implementatieproces evidence based practice te maken zal rekening gehouden moeten worden met de drie pijlers van EBP: het best beschikbare bewijs, kennis en ervaring van een professional en de waarde en voorkeuren van de individuele patiënt.

In de voorbereidende fase heeft er een literatuurstudie plaats gevonden om het best

beschikbare bewijs / evidence te verzamelen over het optimaliseren van de patiëntentevredenheid & patiënten doorstroom op een Spoedeisende hulp. Waarop de gehanteerde artikelen geselecteerd zijn staat in paragraaf 1.3 beschreven. Daarnaast is er contact opgenomen met andere ziekenhuizen die gebruik maken van het Manchester triage systeem, om te inventariseren hoe er omgegaan wordt met de patiëntentevredenheid & patiënten doorstroom op een Spoedeisende hulp.

Om kennis en ervaring van een professional te verzamelen heeft er in de uitvoerende fase een cross sectioneel kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. In hoofdstuk 2 wordt hier verder op ingegaan.

Om de waarde en voorkeuren van de individuele patiënt in kaart te brengen zijn de resultaten van de reeds op de afdeling uitgevoerde patiëntenenquête meegenomen in de voorbereidende fase, en tevens is er gebruik gemaakt van een longitudinaal kwalitatief onderzoek door middel van intensieve participerende observatie in de uitvoerende fase. In hoofdstuk 2 wordt verder ingegaan op de intensieve participerende observatie.

1.5 Doelstelling.

Wanneer gedefinieerd is hoe optimale zorg eruit zou moeten zien, is het nodig dit te verwerken tot een goed voorstel voor verandering. Een hulpmiddel om tot een goed voorstel voor verandering te komen, is het stellen van een SMART doel (Wollersheim, et al., 2011). Ook voor deze bachelor thesis is een doelstelling gemaakt. *Binnen 6 maanden zal er een eenduidig beleid met betrekking tot de triage en informatievoorziening worden ingevoerd binnen de Spoedeisende hulp in Weert, zodat de patiënten doorstroom en informatievoorziening verbeterd en de patiëntentevredenheid zal stijgen.* Het is mogelijk om deze doelstelling te verdelen in twee sub doelen namelijk:

- Er komt een eenduidig beleid met betrekking tot de informatievoorziening aan patiënten bij de triage. Door middel van een triage brochure, en het teruglopen naar de wachtkamer om patiënten van informatie te voorzien.
- Er komt een eenduidig beleid bij de triage door invoering van het advanced triage systeem.

Het probleem met betrekking tot de privacy van de patiënten op de Spoedeisende hulp in Weert, is in de doelstelling niet meegenomen aangezien het momenteel niet mogelijk is om eenpersoons behandelkamers te creëren op de Spoedeisende hulp in Weert. Wel zal er straks in de aanbevelingen worden vermeld dat het patiëntvriendelijker is om aparte behandelkamers

te maken voor de patiënten, dit zal tevens de patiëntentevredenheid vergroten. 😊

1.6 Betrokkenheid van de doelgroep.

De betrokkenheid van de doelgroep in het gehele implementatie proces zal uiteindelijk bijdragen aan een succesvolle implementatie. Hierbij is het van belang dat er een draagvlak gecreëerd wordt bij de doelgroep, en dat de doelgroep gemotiveerd is (Grol & Wensing, 2011). Bij de implementatie van een eenduidig beleid op de Spoedeisende hulp in Weert rondom triage en informatievoorziening, zodat de patiëntentevredenheid wordt vergroot is er daarom voor gekozen het SEH team vanaf het begin te betrekken bij de implementatie. Het onderwerp triage is regelmatig ter sprake gekomen, en de verpleegkundige zijn op de hoogte gehouden van de nieuwste ontwikkelingen. De mening van een aantal verpleegkundige is onderzocht door middel van een semi gestructureerd interview. (Verdere uitwerking van het interview bij de verpleegkundige is verwerkt in hoofdstuk 2.2). En tot slot zijn er 3 collega's die nauw betrokken zijn bij het implementatieproces namelijk de praktijkbegeleidster, een verpleegkundige en een secretaresse.

1.7 Conclusie

Op de verstuurde patiëntenenquête is een relatief hoge respons met een gemiddeld redelijk tot goed cijfer. Het grootste deel van de patiënten kan direct in de behandelkamers plaatsnemen, waaruit je kunt concluderen dat er voldoende behandelplaatsen zijn. Het ontbreekt echter aan voldoende geschikte plaatsen, aangezien de tweepersoons behandelkamers erg privacy gevoelig zijn. Als je de informatievoorziening binnen het SJG bekijkt kun je concluderen dat met mondelinge informatievoorziening, het terug gaan naar de wachtkamer en het uitdelen van een brochure over triage, de vragen van de patiënten voldoende zouden moeten beantwoorden. Binnen het SJG ligt het probleem echter bij de wisselende informatie die verstrekt wordt, en het al dan niet uit delen van de bestaande informatiebrochure. Over de wachttijden kan geconcludeerd worden dat deze het langst zijn in de behandelkamer. Deze wachttijd kan verkort worden door middel van advanced triage. Hierbij is het echter wel van groot belang om een vorm van advanced triage te kiezen die het meeste aansluit bij jou afdeling. Hiermee wordt bedoeld welke handelingen uitgevoerd kunnen worden bij de triage.

In het volgende hoofdstuk zal de feitelijke zorg worden geanalyseerd door middel van kwalitatief onderzoek. Dit is tevens tweede stap van het implementatiemodel van Grol en Wensing.

2. ANALYSE VAN DE FEITELIJKE ZORG

2.1 Inleiding

Als gedefinieerd is welke optimale zorg wordt nagestreefd, en er een concreet voorstel voor verandering is opgesteld, is het in kaart brengen van de huidige zorg de volgende stap. Inzicht in de huidige stand van zaken van de zorg is dan ook van essentieel belang voordat gestart kan worden met het verbeteren ervan. Door goed geïnformeerd te zijn over de uitgangspositie, kan de aandacht dus vooral worden gericht op de onderdelen van het voorstel voor verandering waar de grootste knelpunten liggen (Wollersheim, et al., 2011). Grofweg zijn er twee mogelijkheden waarop je een onderzoek kunt uitvoeren naar de uitgangspositie. Het is namelijk mogelijk om een kwantitatief onderzoek of een kwalitatief onderzoek uit te voeren (Verhoeven, 2007).

2.2 Methode

Bij dit implementatietraject is ervoor gekozen om de huidige situatie in kaart te brengen door middel van een cross sectioneel kwalitatief onderzoek door middel van een semi gestructureerd interview, en door middel van een longitudinaal kwalitatief onderzoek door middel van intensieve participerende observatie. Er is gekozen voor een semi - gestructureerd interview omdat er de mogelijkheid bestaat om door te vragen, en er ruimte is voor eigen inbreng van de verpleegkundige. Voor dit interview is er een topiclijst gemaakt naar aanleiding van de literatuurstudie (Bijlage 3). De semi - gestructureerde interviews zijn afgenomen bij 5 verpleegkundige die zijn geselecteerd op basis van purposive sampling. Het was de bedoeling dat de verpleegkundige die geïnterviewd werden een goede weergave zouden vormen van de gehele verpleegkundige populatie op de Spoedeisende hulp. Het gehele verpleegkundige personeel is daarom ingedeeld in 5 groepen. Deze groepen zijn gebaseerd op geslacht, leeftijd en werkervaring. Uit iedere groep is een persoon geselecteerd voor deelname aan het onderzoek. Er is net zolang doorgegaan met het afnemen van de interviews totdat er geen nieuwe informatie meer naar voren kwam. De interviews zijn opgenomen en uitgeschreven in een transcript. Dit transcript is geanalyseerd door middel van open coderen. Door open coderen breng je de elementen die van belang kunnen zijn voor de beantwoording van je hoofdvraag in kaart in de vorm van een code. Om aan de codes te komen is er gebruik gemaakt van gericht coderen, waarbij de codes gevormd worden door de beantwoording op onderzoeksvragen. Tot slot heeft een mede onderzoeker de uitkomsten van het interview geanalyseerd om zo de validiteit en betrouwbaarheid van de interviews te

vergroten.

Zoals eerder beschreven heeft er ook intensieve participerende observatie plaatsgevonden. Er is gekozen voor een intensieve vorm van participeren omdat het dan mogelijk is aan alle relevante activiteiten deel te nemen, waardoor het verplaatsten in de situatie of het gezichtspunt van de verpleegkundige makkelijker is. Deze intensieve participatie is uitgevoerd in een open rol, aangezien de onderzoeker als student op de afdeling aanwezig is. De SEH – verpleegkundige zijn gedurende 15 weken geobserveerd tijdens het uitvoeren van de triage. De verpleegkundige waren er allen van op de hoogte dat er een onderzoek uitgevoerd wordt naar de triage. Er is echter aan geen van allen mede gedeeld dat ze tijdens de triage geobserveerd werden. Er bestaat namelijk de kans dat mensen hun gedrag gaan aanpassen op het moment dat ze weten dat ze geobserveerd worden. Gedurende de 15 weken durende participerende observatie zijn er veldnotities gemaakt. In deze notities zijn de opvallende dingen met steekwoorden opgeschreven. Na deze 15 weken durende observatie zijn de veldnotities geanalyseerd door middel van open coderen. Door open coderen breng je de elementen die van belang kunnen zijn voor de beantwoording van je hoofdvraag in kaart in de vorm van een code. Om aan de codes te komen is er gebruik gemaakt van gericht coderen, waarbij de codes gevormd worden door de beantwoording op onderzoeksvragen

2.2.1 Resultaten semi gestructureerde interviews.

In totaal zijn de interviews afgenomen bij 5 spoedeisende hulp verpleegkundige. Tijdens de analyse zijn de volgende thema's naar voren gekomen: waarde van huidige triage systeem, consequent gebruik, knelpunten / verbeterpunten, patiënten doorstroom, patiëntentevredenheid en informatievoorziening.

Waarde huidige systeem.

Triage wordt door alle verpleegkundige als zinvol ervaren bij drukte. Op het moment dat het rustig is en patiënten meteen naar binnen geroepen worden voor behandeling wordt door een enkeling triage als minder zinvol ervaren. Enkele voordelen van triage zijn het signaleren van bijkomend letsel en het beoordelen van patiënten naar de ernst van hun aandoening zodat je weet of je een patiëntenkamer vrij moet gaan maken. Zo citeerde een verpleegkundige (Persoonlijke mededeling, 20 Februari 2014) "...Spoed gaat voor, geen spoed moet wachten". Tijdens de interviews kwam ook duidelijk naar voren dat de verpleegkundige ontevreden zijn over het huidige triage systeem (Manchester triage systeem) dat gehanteerd wordt. De punten waar de verpleegkundige tegen aanlopen in het gebruik zijn dat ze de triage

alleen naar boven kunnen bijstellen en niet naar beneden, dat het niet mogelijk is alle patiënten te triëren in het huidige systeem en dat het mogelijk is om de triage te beïnvloeden door middel van de VAS score.

Consequent gebruik.

Alle geïnterviewde verpleegkundige zijn het erover eens dat het triage systeem niet consequent gebruikt wordt op de Spoedeisende hulp. Als verklaring hiervoor geven ze dat het niet altijd duidelijk is wie hoort te triëren, en dat ook niet alle collega's die triage even belangrijk vinden. Zo citeerde een verpleegkundige (Persoonlijke mededeling, 26 Februari 2014) "...Als het rustig is geeft je de patiënten een kleurtje voor de formaliteit". Daarnaast wordt er voor een ambulance bijna altijd plaatsgemaakt, terwijl deze ook een minder acute patiënt mee kunnen brengen.

Knelpunten / verbeterpunten

De verpleegkundige omschrijven een aantal organisatorische knelpunten die eraan meehelpen dat het systeem niet consequent genoeg gebruik wordt. Een van deze knelpunten wat alle geïnterviewde verpleegkundige beschreven is dat er bij drukte te weinig personeel op de afdeling aanwezig is, en dat volgens hun de triage verpleegkundige te veel taken heeft. De triage verpleegkundige op de Spoedeisende hulp is triage verpleegkundige, dagoudste en uitvoerend verpleegkundige. Ze zouden het liefste een extra triage dienst zien die alleen maar trieert, maar weten ook dat het door het beperkte patiënten aanbod op de Spoedeisende hulp in Weert niet haalbaar is. Zo wordt er bijvoorbeeld geciteerd door een verpleegkundige (Persoonlijke mededeling, 26 Februari 2014) "...Ik hoop dat er een aparte triage dienst komt en dat de dingen dus los van elkaar worden gezien".

Patiënten doorstroom

Alle verpleegkundige hebben aangegeven dat de patiënten doorstroom beter kan ,en dat patiënten soms onnodig lang wachten. Als oorzaken hiervoor geven ze dat het lab, de specialisten, de radiologen en de afdelingen vaak lang op zich laten wachten, en dat er diagnostiek op de SEH gedaan wordt die ook op de afdeling plaats kan vinden. Daarnaast spelen alle specialisten alles via de SEH artsen, terwijl het soms makkelijker is als ze zelf komen kijken of overleggen met andere specialisten. Zo wordt er geciteerd door een verpleegkundige (persoonlijke mededeling, 20 Februari 2014) "...Voor iedereen is het eigen belang het grootste belang, en als puntje bij paaltje komt ben je als patiënt niks waard".

Daarnaast geven alle verpleegkundige aan dat er te weinig geschikte behandelplaatsen zijn, en geven 3 verpleegkundige aan dat ze het jammer vinden dat ze geen röntgenfoto's kunnen aanvragen. Want ze zijn van mening dat een wachtende patiënt zijn wachttijd zinvol kan invullen door alvast een foto te maken. Een van de 3 verpleegkundige (persoonlijke mededeling, 26 Februari 2014) citeerde zelf het volgende: "...Ik doe op de triage kamer meestal alles wat al gedaan kan worden, mits het druk is. ...Dus ik maak ook een ECG en prik bloed. ...Ik ben hier echter ooit op aangesproken dat dit niet de bedoeling is".

Patiëntentevredenheid

Over de patiëntentevredenheid kwam het volgende naar voren uit de interviews: Alle verpleegkundige hebben aangegeven dat ze de patiëntentevredenheid erg belangrijk vinden, maar geven ook tevens aan dat hier wel een grens aan zit, en dus niet altijd te garanderen is. Er liggen bijvoorbeeld twee patiënten op een behandelkamer en daar kun je niks aan veranderen.

Informatievoorziening

Over het onderwerp informatievoorziening was na de analyse het volgende te vermelden: De informatievoorziening naar patiënten toe zou goed geregeld moeten zijn, maar wordt echter niet door alle verpleegkundige goed gehanteerd. Terwijl je eigenlijk verplicht bent om de patiënt uitleg te geven over de triage en triage kleur geven 4 verpleegkundige aan dat ze de kleur niet tegen de patiënt vertellen. Als verklaring hiervoor geven ze dat ze bang zijn de gestelde tijd niet te halen, en het lastig vinden om de patiënten uit te leggen waarom ze een kleur krijgen of nog langer moeten wachten. Een verpleegkundige (persoonlijke mededeling, 26 Februari 2014) vertelde "...Ik vind het lastig om naar patiënten te beargumenteren waarom ze groen zijn en nog langer moeten wachten". Daarnaast geven 3 verpleegkundige aan de folder over de triage nooit meet te geven aan de patiënten, en geven alle verpleegkundige aan dat ze zelden terug gaan naar de wachtkamer om de patiënten te vertellen dat het nog langer gaat duren. Als verklaring hiervoor geven ze dat ze er geen zin hebben in boze gezichten, en dat volgens hen niet duidelijk is wiens rol dit dan is.

2.2.2 Resultaten participerende observatie.

Uit de participerende observatie op de Spoedeisende hulp van het SJG kwamen een aantal onderwerpen naar voren, namelijk triage, informatievoorziening en taken van de verpleegkundigen.

Triage.

Er is gebleken dat bij drukte alle patiënten bij binnenkomst getrieerd worden met uitzondering van de patiënten die met een ambulance worden binnengebracht. Voor deze patiënten wordt bijna meteen een behandelplaats geregeld, en vindt triage plaats als de behandeling al gestart is. Als het rustig is op de Spoedeisende hulp wordt vaak niet getrieerd in de triage kamer, en wordt er een urgentiecategorie toegekend als de behandeling al gestart is. Tijdens de triage wordt aan de patiënten een urgentiecategorie toegekend en tevens wordt vaak al bloed afgenomen.

Informatievoorziening.

Na de triage wordt de patiënten mede gedeeld dat ze naar een behandelkamer mogen of dat ze terug plaats behoren te nemen in de wachtkamer. In de meeste gevallen wordt er echter niet bij verteld welke triage kleur ze hebben gekregen of hoelang ze nog zullen moeten wachten. Patiënten worden zelden opnieuw getrieerd of tussendoor voorzien van aanvullende informatie over wachttijd en behandeling.

Taken verpleegkundige.

Iedere dienst is er een triage verpleegkundige aanwezig. Deze verpleegkundige is verantwoordelijk voor meerdere taken dan alleen de triage. Zij wordt namelijk gezien als triage verpleegkundige, dag oudste en participierend verpleegkundige. Hierdoor is ze niet altijd meteen beschikbaar voor triage of her triage.

2.3 Huidige situatie.

Vanuit de resultaten die naar voren zijn gekomen uit de afgenomen patiënten-enquêtes, de semi gestructureerde interviews en de participerende observatie kan er een goed beeld gevormd worden van de huidige situatie op de Spoedeisende hulp in Weert.

Op de Spoedeisende hulp in Weert komen er jaarlijks zo'n 13.500 patiënten, en dat komt neer op een gemiddelde van 37 patiënten per dag. In totaal zijn er 4 behandelkamers met 6 behandelplaatsen en een gipskamer, röntgenkamer en triage kamer. Er is geen speciale triage verpleegkundige aanwezig op de Spoedeisende hulp, met het gevolg dat de triage verpleegkundige naast triëren nog andere taken heeft. Bij drukte zijn er dan dus te weinig verpleegkundige en geschikte behandelplaatsen. De behandelplaatsen zijn namelijk niet patiëntvriendelijk en erg privacy gevoelig.

Voor het managen van de patiëntenstroom, en het toekennen van urgentie aan

patiënten wordt er momenteel gebruik gemaakt van het Manchester triage systeem. De verpleegkundige die triëren zijn echter niet geheel tevreden over dit systeem, aangezien je niet alle ziektebeelden in dit systeem kunt ondervangen en je een patiënt niet naar beneden kunt triëren. Ondanks deze aandachtspunten^{enjes}, wordt triage van patiënten bij drukte als zinvol ervaren. De patiënten blijken soms echter minder tevreden te zijn, en uitten met name hun klachten over de wachttijd, doorstroom en informatievoorziening.

- De informatievoorziening aan de patiënten op de Spoedeisende hulp in Weert is goed gefaciliteerd, maar wordt niet door alle verpleegkundige consequent gehanteerd. Er bestaat momenteel geen eenduidig beleid met betrekking tot de informatievoorziening. Zo bestaan er informatiebrochures die niet door iedereen uitgedeeld worden, en wordt er aan de patiënten nauwelijks verteld welke triage kleur ze hebben gekregen. Tevens worden de patiënten in de wachtkamer niet vaak op de hoogte gehouden van de wachttijden.
- Ook op de triage kamer wordt er geen eenduidige beleid gehanteerd door de verpleegkundige. Sommige verpleegkundige doen alleen een urgentiebepaling en controleren de vitale parameters. Terwijl andere van mening zijn dat je de wachttijd van de patiënten zinvol kunt invullen door middel van laboratorium onderzoek en het maken van een ECG. Daarnaast vindt her triage op de Spoedeisende hulp in Weert nauwelijks plaats. De patiënten op de spoedeisende hulp in Weert stagneert soms dan ook. Naast dat er geen eenduidig beleid gehanteerd wordt komt dit mede doordat specialisten, radiologen en afdelingen lang op zich laten wachten. Daarnaast wordt er op de Spoedeisende hulp in Weert vaak te alle tijden plaats gemaakt voor de ambulance patiënten, ondanks dat deze ook een lagere urgentie kunnen hebben.

2.4 Wenselijke situatie.

In de meest ideale situatie zal er een triage verpleegkundige aanwezig zijn die ten alle tijden beschikbaar is voor de triage. En zullen er eenpersoons patiëntenkamers komen, zodat de privacy van de patiënten meer gewaarborgd kan worden. Daarnaast zal er een eenduidig beleid ingevoerd moeten worden met betrekking tot de informatievoorziening en triage. Alle patiënten zullen bij de triage een informatiebrochure aangereikt krijgen, en tevens zal hen uitleg gegeven worden over triage. Geregeld zal de triage verpleegkundige ook terug naar de wachtkamer lopen om de patiënten op de hoogte te houden van de wachttijd. Met betrekking tot de triage zal er ook gebruik gemaakt gaan worden van een eenduidig beleid. Alle patiënten zullen getrieerd worden, en in de meest ideale situatie zal er gebruik gemaakt worden van

advanced triage door alle verpleegkundige. Dit aangezien dat advanced triage ook de patiënten doorstroom, en dus automatisch de patiëntentevredenheid bevordert. Hierbij wordt er naast de gewone triage laboratorium onderzoek en röntgenonderzoek aangevraagd en zal er zo nodig een ecg gemaakt worden.

2.5 Conclusie

Door de verpleegkundige op de SEH in Weert worden 6 thema's als erg belangrijk gezien. De thema's waarde van het huidige systeem, consequent gebruik, knelpunten, patiënten doorstroom, patiënten tevredenheid en informatievoorziening komen sterk naar voren tijdens de interviews. Uit de interviews kwam geen duidelijk onderscheid naar voren tussen de verschillende personen die gesampled zijn op basis van leeftijd en werkervaring. Opvallend was dat de verkregen informatie tussen mannen en vrouw wel wisselend was. Ze bleken de mannen meer en uitgebreide informatie te geven. Dit is mogelijk te verklaren doordat de mannelijke collega's fulltimers zijn en dus meer met triage in aanraking komen. Verder blijkt dat een deel van de wachttijden in de behandelkamers afhankelijk is van specialisten, de röntgen en de afdeling. Vandaar dat het van belang is om de implementatie te richten op het deel waar op de SEH iets aan te doen is; het eerder inzetten van onderzoeken. Er kan ook geconcludeerd worden dat het informatiebeleid op de SEH goed geregeld en gefaciliteerd is. Het probleem is echter te vinden bij de verpleegkundige zelf. Het nut van triage wordt niet ten alle tijden door alle verpleegkundige gezien, waardoor ook niet alle informatie verstrekt wordt. Er is een groot verschil tussen de verpleegkundige over wat er wel en niet verstrekt wordt. Tot slot kan er in het algemeen geconcludeerd worden dat de huidige situatie op verschillende punten afwijkt van de wenselijke situatie, en dat er dus de nodige verbeterpunten zijn. definieer dan welke..... (waarom verkleinwoordJE?

In het volgende hoofdstuk vindt er een probleemanalyse van de doelgroep en setting plaats, waarbij de belemmerende en bevorderende factoren voor dit implementatieproject worden beschreven.

3. PROBLEEMANALYSE DOELGROEP EN SETTING.

3.1 Inleiding

Nadat in stap twee de feitelijke zorg in kaart is gebracht, is de derde stap het analyseren van de beïnvloedende factoren. Dit houdt in dat er nagegaan moet worden waarom de huidige zorg is zoals hij nu is, en welke factoren van invloed zijn op het al dan niet plaatsvinden van de gewenste zorg (Wollersheim, et al., 2011). Er zijn vele factoren die de kwaliteitsverbetering kunnen bevorderen dan wel belemmeren. Deze factoren kunnen worden geclusterd in de volgende domeinen: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren (Grol & Wensing, 2011).

3.2 Methode

Om te analyseren welke bevorderende en belemmerende factoren van invloed zijn op het al dan niet plaatsvinden van de gewenste zorg is er onder andere gebruik gemaakt van de semi gestructureerde interviews onder het verpleegkundig personeel. Zoals in bovenstaand hoofdstuk beschreven is zijn deze interviews uitgeschreven in een transcript en geanalyseerd door middel van open coderen. Tijdens deze interviews is niet alleen gevraagd waarom zij handelen zoals ze nu doen, maar er is ook aandacht besteed aan advanced triage. Aan de geïnterviewde verpleegkundige is uitgelegd wat advanced triage inhoudt, waarna en hen gevraagd is waar zij verwachten dat de knelpunten zullen liggen. Er is bewust gekozen voor het ondervragen van de verpleegkundige omtrent de bevorderende en belemmerende factoren. De reden hiervoor is dat de verpleegkundige op de hoogte zijn van de huidige werkwijze, en dus weten waarom er op bepaalde manieren gehandeld wordt. Daarnaast worden de verpleegkundige op deze manier betrokken bij het onderzoek en getriggerd om na te denken over mogelijke oplossingen. Hierdoor creëer je enthousiasme en dus een draagvlak onder de verpleegkundige.

Naast dat er gebruik gemaakt is van de semi gestructureerde interviews onder het verpleegkundig personeel heeft er ook een overleg plaats gevonden met de teamleider van de Spoedeisende hulp, voor het schetsen van mogelijke bevorderende en belemmerende factoren. En is de verpleegkundige die helpt bij het implementeren van een eenduidig beleid nauw betrokken bij het signaleren van mogelijke knelpunten. De resultaten zijn hieronder per belanghebbende in een tabel weergegeven en vervolgens per domein uitgeschreven.

3.3 Resultaten.

Belang-hebbende	Bevorderende factor	Belemmerende factor
Patiënten	- Elke instelling is verplichte om verantwoorde zorg te leveren, waarbij triage en patiënten voorzien van informatie een onderdeel is. - Patiënten geven aan behoefte te hebben van meer informatie.	- Er zijn geen belemmerende factoren te benoemen voor de patiënten.
SEH verpleeg – kundige	- De kennis over triage bij de verpleegkundige is goed. Alle recent opgeleide SEH verpleegkundige hebben gedurende de opleiding aandacht besteed aan triage, daarnaast hebben alle triage verpleegkundige een cursus over triage gevolgd. - SEH verpleegkundigen zijn gewend aan scholing en toetsing. - De verpleegkundige staan open voor verandering en zijn dagelijks bezig met het kritisch bekijken van het eigen vakgebied. - De verpleegkundige zijn bereid om bij voldoende kennis, en waarborging van hun vakgebied zelf röntgenfoto's aan te vragen in de triage kamer. - SEH verpleegkundige zijn in staat om afwijkingen op een ECG te signaleren.	- De kennis over advanced triage is bij de verpleegkundigen beperkt. - De kennis omtrent het aanvragen van röntgenfoto's is niet bij alle verpleegkundige gelijk. - Niet alle verpleegkundige zien het nut van triage, en het vermelden van de triage kleur / wachttijd ten alle tijden in. - De verpleegkundige heeft naast de triage nog andere taken op de SEH in Weert, waardoor de druk erg hoog wordt - Het is bij sommige verpleegkundige onduidelijk wie er terug behoort te lopen naar de wachtkamer om de patiënten op de hoogte te houden van wachttijden / deze taak wordt makkelijk afgeschoven.
Spoed eisende hulp	- De SEH beschikt over een aparte triage kamer met mogelijkheid tot het uitvoeren van vitale parameters, computer voor het aanvragen van röntgenfoto's en karretje met benodigde materialen voor het afnemen van bloed. - Er bestaat een goed informatiebeleid op de Spoedeisende hulp in Weert.	- De triage kamer op de SEH is erg klein, en er is geen ecg apparaat aanwezig. Deze ECG apparatuur kan wel geregeld worden, maar de gemaakt ECG's komen dan niet standaard in het systeem te staan.

3.3.1 Individuele factoren.

Individuele factoren zijn factoren die gerelateerd zijn aan zorgverleners of de patiënt. Bij de individuele factoren wordt onderscheid gemaakt tussen cognitieve factoren, motivationele factoren en gedragsmatige factoren / persoonskenmerken (Grol & Wensing, 2011). **De cognitieve factoren** omvatten individuele kennis en vaardigheden van professionals en / of patiënten (Wollersheim, et al., 2011). Een bevorderende cognitieve factor voor de

implementatie van een eenduidig beleid rondom triage en informatievoorziening is dat alle reeds opgeleide triage verpleegkundige op de Spoedeisende hulp een opleiding tot SEH verpleegkundige hebben gevolgd waarin aandacht wordt besteed aan de triage. Daarnaast hebben alle triage verpleegkundige een cursus gevolgd over triage. Uit de interviews die zijn afgenomen bij het verpleegkundig personeel blijkt dan ook dat er voldoende kennis over triage aanwezig is. Alle verpleegkundige zijn op de hoogte van de functie en de werkwijze van het triage systeem, en triage wordt door allen bij drukte als zinvol ervaren. Op het moment dat je advanced triage zou willen gaan invoeren op de Spoedeisende hulp in Weert komt er echter een belemmerende factor bij kijken. De kennis over advanced triage en het aanvragen van röntgenfoto's is beperkt. Volgens de verpleegkundige is het belangrijk om te weten welke röntgenfoto's aangevraagd moeten worden, zodat patiënten niet onnodig aan röntgenstraling worden blootgesteld. Er bestaat een groot verschil in kennis onder het verpleegkundig personeel dat veroorzaakt wordt door de ervaring en de interesse van de verpleegkundige. Daarnaast zijn de SEH verpleegkundig van mening dat een verpleegkundige die een ECG maakt ook afwijkingen moet kunnen signaleren. Het is dan ook een bevorderende factor dat de SEH verpleegkundigen allen in staat blijken te zijn afwijkingen op een ECG te signaleren. Een bevorderende factor voor het implementeren van een eenduidig beleid rondom de informatievoorziening is dat uit de afgenomen patiëntenenquête blijkt dat het grootste deel van de patiënten niet weet wat triage is. De patiënten geven aan behoefte te hebben aan een betere informatievoorziening. De patiënten staan dus open voor informatie en kennis.

Motivationele factoren hebben invloed op de intentie om een bepaald gedrag of een bepaalde gedragsverandering te realiseren (Grol & Wensing, 2011). Een bevorderende motivationele factor is dat alle verpleegkundige hebben aangegeven open te staan voor veranderingen, en dus ook voor een pilot studie. In de praktijk zijn de meeste verpleegkundige dan ook dagelijks bezig met het kritisch bekijken van het eigen vakgebied, en het bedenken van kwaliteitsverbeteringen. Daarnaast is een SEH verpleegkundige constant bezig met opleiding en scholing. Een belemmerende factor voor het implementeren van een eenduidig beleid rondom triage en informatievoorziening is dat niet alle verpleegkundige triage even belangrijk vinden als het rustig is. Ze zien de triage dan meer als een formaliteit. Daarnaast hebben de meeste verpleegkundige geen motivatie voor het vertellen van de triage kleur aan de patiënten. Ze zijn namelijk van mening dat het mogelijk is dat de gestelde tijden tijdens de triage niet gehaald worden. Met het gevolg dat ze terug moeten naar de wachtkamer om te vertellen dat het nog langer gaat duren. Ze vinden het echter vervelend dat ze tegen patiënten

moeten uitleggen dat ze nog langer moeten wachten, en vermijden dit daarom maar.

Bij **gedragmatige factoren en persoonskenmerken** is bestaand gedrag van individuen of organisaties vaak van belang voor het toepassen van nieuwe inzichten. Routinematig gedrag hangt voor samen met stabiele persoonskenmerken (Grol & Wensing, 2011). De verpleegkundige op de Spoedeisende hulp werken dagelijks met vele protocollen en zijn het dan ook gewend om routinematig te werken. Het triëren van patiënten volgens het Manchester triage systeem is dan ook iets wat de verpleegkundige dagelijks uitvoeren. Het is dan ook een bevorderende factor dat de verpleegkundige gewend zijn volgens bepaalde routines te werken. Een belemmerende factor is echter dat het triëren van patiënten volgens het Manchester triage systeem, nu niet consequent gedaan wordt.

3.3.2 Sociale factoren.

De sociale omgeving is op zichzelf ook van invloed op het proces van kwaliteitsverbetering. Veel patiënten en professionals worden in hun handelen beïnvloed door opinies uit hun directe omgeving (Wollersheim, et al., 2011). Een belemmerende factor is dat er op de Spoedeisende hulp in Weert wordt momenteel geen eenduidig beleid gehanteerd met betrekking tot triage en informatievoorziening. Veel verpleegkundige geven aan dat ze op de hoogte zijn van de voornaamste klachten van de patiënten rondom triage, privacy en informatievoorziening. Ze geven dan ook aan dat ze niet graag terug lopen naar de wachtkamer om de patiënten op de hoogte te houden van de wachttijden, omdat ze bang zijn dat de patiënten gaan klagen. Mede daardoor schuift bijna iedereen deze taak af naar andere. Met het gevolg dat er dus niemand naar de wachtkamer loopt om de patiënten op de hoogte te houden. Daarnaast geven de verpleegkundige aan dat het voorkomt dat er een patiënt in de wachtkamer ontevreden is, deze begint dan te klagen en beïnvloed zo andere patiënten.

3.3.3 Organisatorische factoren.

Kenmerken van de organisatie waarbinnen de optimale zorg moet worden verleend, kunnen invloed hebben op het slagen van het implementeren van veranderingen (Wollersheim, et al., 2011). Een cruciale voorwaarde om de optimale zorg daadwerkelijk te laten plaatsvinden, is dat het organisatorisch ook echt mogelijk is om een verandering door te voeren. De juiste faciliteiten en materialen moeten beschikbaar zijn (Grol & Wensing, 2011). Een bevorderende factor voor het implementeren van een eenduidig beleid rondom informatievoorziening, is dat de huidige informatievoorziening goed geregeld is. Er bestaat namelijk een brochure waarin informatie over triage gegeven wordt, en de verpleegkundige

zijn alle op de hoogte van de juiste kennis om over te brengen aan de patiënten. Bevorderende factoren voor het invoeren van een eenduidig beleid rondom triage door middel van advanced triage zijn het beschikbaar hebben van een triage ruimte waarin een karretje aanwezig is met de benodigdheden voor het inbrengen van een venflon en afnemen van bloed. Daarnaast is in de triage kamer een computer aanwezig voor het triëren en aanvragen van röntgenonderzoek, en is het mogelijk om de vitale parameters bij patiënten te controleren. Ook zijn er verpleegkundige aanwezig op de afdeling die op de hoogte zijn van het implementatietraject en zullen helpen bij het implementeren van advanced triage. Belemmerende factoren voor het invoeren van advanced triage zijn dat de triage kamer erg klein is in het geval dat je aanvullend onderzoek wilt gaan uitvoeren. Daarnaast is er geen ECG apparaat op de triage kamer aanwezig die verbonden is met het computersysteem, en hebben de verpleegkundige op dit moment geen rechten voor het aanvragen van röntgenonderzoek.

3.3.4 Maatschappelijke factoren.

Financiële consequenties zijn ook van invloed op het bereiken van optimale zorg (Wollersheim, et al., 2011). Een belemmerende factor voor het invoeren van een eenduidig beleid rondom triage en informatievoorziening is dat financieel niet mogelijk is om extra personeel in te zetten op de Spoedeisende hulp. Met het gevolg dat de druk op de triage verpleegkundige zal vergroten op het moment dat er naast alle andere taken ook nog advanced triage uitgevoerd moet gaan worden. Daarnaast bestaat er de kans dat het bij drukte niet mogelijk is om alle patiënten binnen 5 tot 10 minuten na binnenkomst op de triage kamer te zien. Het is dan ook van groot belang dat de triage verpleegkundige geen verdere taken heeft.

3.4 Conclusie.

Er zijn vele factoren van invloed op het slagen van een implementatie. Bij dit implementatieproces is het van groot belang dat er rekening gehouden wordt met het verschil in kennis en werkervaring van de verpleegkundige. De verpleegkundige met meer werkervaring voelen zich vaak zekerder over het beoordelen van ECG's en aanvragen van röntgenfoto's. Verder zal er tijdens de pilot studie rekening gehouden moeten worden met het personeel en de beperkte ruimte die de triage kamer biedt. In het algemeen lijkt het invoeren van een eenduidig beleid rondom informatievoorziening en triage een goede oplossing.

In het volgende hoofdstuk zal er aandacht besteed worden aan de volgende stap van het implementatiemodel van Grol en Wensing, het ontwikkelen van een implementatiestrategie op maat.

4. ONTWIKKELING VAN EEN IMPLEMENTATIESTRATEGIE

4.1 Inleiding.

Nadat duidelijk is hoe de optimale patiëntenzorg eruit dient te gaan zien, op welke onderdelen hiervan wordt afgeweken in de dagelijkse praktijk en welke factoren verbetering beïnvloeden, kan worden overgegaan tot de volgende stap in het implementatiemodel van Grol en Wensing. De volgende stap is het daadwerkelijk ontwikkelen van een verbeterstrategie. (Wollersheim, et al., 2011). De gevonden beïnvloedende factoren uit de voorgaande stappen van Grol en Wensing spelen een belangrijke rol bij het ontwikkelen van een verbeterstrategieën. De strategieën en maatregelen die gekozen gaan worden behoren namelijk zo goed mogelijk aan te sluiten bij de voorgaande stappen (Grol & Wensing, 2011). Aangezien er verschillende fase van implementeren zijn is het zinvol om de strategieën te onderscheiden in disseminatie en implementatie. Bij disseminatie zijn de activiteiten gericht op het vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, en het bevorderen van een positieve houding en bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze. Bij implementatie zijn de activiteiten juist gericht op het bevorderen van de feitelijke toepassing in de praktijk, en ervoor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routines (Grol & Wensing, 2011).

4.2 Methode.

Uit de voorgaande stappen van Grol en Wensing zijn een aantal beïnvloedende factoren naar voren gekomen. Aan de hand van deze beïnvloedende factoren voor het invoeren van advanced triage en een eenduidig informatiebeleid zijn er een aantal veranderingsstrategieën opgesteld die zo goed mogelijk aansluiten bij de factoren. De disseminatie activiteiten zijn gericht op de belangstelling voor en kennis van (advanced) triage bij het verpleegkundig personeel. En de implementatie activiteiten zijn gericht op het bevorderen van de huidige informatievoorziening, en zorgen ervoor dat de nieuwe werkwijzen een vast onderdeel worden van de dagelijkse routine. Aan de hand van het gemaakt onderscheid in maatregelen zijn er veranderingsstrategieën geformuleerd. De veranderingsstrategieën zijn afkomstig uit de Effective Practice and Organisation of Care Groep (EPOC), en zijn verdeeld in professionalgerichte-, financiële-, organisatorische- en/of wettelijke maatregelen (Grol & Wensing, 2011).

4.3 Veranderingsstrategieën

Verspreiding van educatief materiaal zowel mondeling als via de mail is dit een van de gekozen interventies. Het is een disseminatie interventie die gericht is op de professional. Met deze interventie wordt de belemmerende factor gebrek aan kennis omtrent advanced triage aangepakt. Het educatief materiaal dat verspreid wordt heeft met name betrekking op de inhoud van advanced triage en de nieuwste wetenschappelijke onderzoeken. Dat de verpleegkundigen op de SEH voldoende kennis hebben over de gewone triage, open staan voor veranderingen, en ten alle tijden kritisch naar het eigen vakgebied kijken zijn bevorderende factoren die bijdragen aan deze interventie, aangezien de verpleegkundige hierdoor sneller gemotiveerd zullen zijn om de informatie ook echt door te nemen. Naast dat door deze interventie de kennis van de verpleegkundige vergroot wordt, creëer je op deze manier ook nog interesse en betrokkenheid voor het onderwerp.

Educatieve bijeenkomsten is de tweede interventie waarvoor gekozen is, en is ook een disseminatie interventie gericht op de professional. Door het organiseren van educatieve bijeenkomsten pak je de belemmerende factor gebrek aan kennis over het aanvragen van röntgenfoto's aan. Deze bijeenkomsten behoren gegeven te worden door specialisten op het gebied van röntgenfoto's, waardoor zij hun kennis kunnen overdragen aan de verpleegkundigen. Een bevorderende factor voor het geven van scholing is dat de verpleegkundigen op de SEH gewend zijn aan het constant krijgen van scholing, en dus bereid zijn om te leren.

Toetsing en terugkoppeling is de derde interventie waarvoor gekozen is. Ook deze interventie is een disseminatie interventie gericht op de professional. De belemmerende factor die hiermee aangepakt wordt is dat de verpleegkundige niet ten alle tijden het nut van triage, en het benoemen van de wachttijd en triage kleur inzien. De verpleegkundigen zijn gedurende het implementatietraject van Grol en Wensing op de hoogte gehouden van de nieuwste ontwikkelingen. De resultaten die naar voren zijn gekomen uit de enquêtes onder de patiënten, de interviews onder het verpleegkundig personeel, de participerende observatie en het contact met de andere ziekenhuizen zijn aan de verpleegkundige medegedeeld. Door de verpleegkundigen op de hoogte te houden van het implementatietraject is hun interesse gewekt, is het huidige probleem duidelijker geschetst, en hebben ze inzicht gekregen in de werkwijze in andere ziekenhuizen. Bij deze interventie kunnen ze de eigen werkwijze dus kritisch bekijken en vergelijken met de werkwijze van andere ziekenhuizen. Het is de

bedoeling dat de verpleegkundige hierdoor geprikkeld worden, gaan denken over mogelijke oplossingen gaan participeren in de pilot studie, en triage als advanced zinvol gaan ervaren. De bevorderende factor die bijdraagt aan deze interventie is dat de verpleegkundigen graag kritisch naar het eigen vakgebied kijken, en open staan voor veranderingen.

De interventie **lokale opinieleiders** is de vierde verbeterstrategie waarvoor gekozen is. Deze interventie is zowel een disseminatie als een implementatie interventie gericht op de professional. Door het hanteren van deze verbeterstrategie zullen twee belemmerende factoren worden aangepakt. De eerste factor die is gepakt wordt is dat verpleegkundigen niet ten alle tijden het nut van triage inzien. Door het aanstellen van lokale opinieleiders is een draagvlak gecreëerd voor de implementatie op de afdeling. De lokale opinieleiders informeren collega's vooraf over de advanced triage en proberen hun te overtuigen van de functie. Tevens motiveren zij collega's gedurende de pilot tot het hanteren van de advanced triage en het huidige informatiebeleid. De factor die deze interventie bevordert is dat de verpleegkundigen op de afdeling open staan voor verandering, en daardoor sneller gemotiveerd zullen raken.

Bij het aanstellen van lokale opinieleiders is het van belang om te kiezen voor kundige personen die als invloedrijk worden gezien. Momenteel zijn de praktijkbegeleider, een secretaresse en een mannelijke verpleegkundige betrokken bij het implementatieproces. Er is gekozen voor een mannelijke verpleegkundige aangezien mannen in de interviews meer kennis over triage hadden. De tweede belemmerende factor die aangepakt wordt is dat er geen ECG apparaat op de triage kamer aanwezig is die in verbinding staat met het systeem. Deze factor heeft te maken met de gekozen opinieleiders. De secretaresse is namelijk bij het implementatieproject betrokken aangezien zij vanuit een andere invalshoek naar het implementatieproces kijkt. De secretaresse kan nadenken over de praktische zaken die geregeld moeten worden. Tevens kan zijn de ECG's die gemaakt worden in de triage kamer in het systeem zetten, en zorgt ze ervoor dat de evaluatie enquêtes naar de patiënten worden gestuurd.

Bij aanvang van het kwaliteitsverbetertraject was ook de teamleider van de Spoedeisende hulp nauw betrokken bij de implementatie. Hij werd door het team als een invloedrijk persoon gezien, en heeft geregeld het probleem op de afdeling bespreekbaar gemaakt. Helaas is deze teamleider nu niet meer aanwezig op de Spoedeisende hulp.

Als vijfde interventie is ook gekozen voor '**Tailored**' strategie. Ook deze interventie is een disseminatie interventie gericht op de professional . Zoals eerder beschreven is er bij 5

verpleegkundige een semi gestructureerd interview afgenomen. Tijdens dit interview is er ook aandacht besteed aan de pilot over advanced triage en informatievoorziening, waarbij aan de verpleegkundigen is gevraagd wat zij als mogelijke knelpunten bij de implementatie zien. Door middel van de persoonlijke interviews betrek je de verpleegkundige bij het implementatieproces. Het de bedoeling dat ze het gevoel krijgen dat hun mening gewaardeerd wordt, en dat ze aangespoord worden om te participeren. Door deze interventie wordt dus geprobeerd de verpleegkundige te motiveren en te betrekken bij het onderwerp. Tevens hebben ze tijdens het interview nog extra informatie gekregen over advanced triage en informatievoorziening, waardoor hun kennis over wordt verbreed. De interventie dient dus voornamelijk voor het wekken van interesse, het signaleren van mogelijke knelpunten en het vergroten van de kennis onder het verpleegkundig personeel. Waarmee dus de belemmerende factor tekort aan kennis omtrent advanced triage nogmaals wordt aangepakt.

De zesde interventie waarvoor gekozen is, is de interventie **massamedia**. Ook dit is een verbeterstrategie die zowel een disseminatie als een implementatie interventie gericht op de professional is. Door middel van massa media bereik je op een eenvoudig manier veel mensen. Massamedia is gehanteerd voor het informeren en betrekken van de verpleegkundige voorafgaand aan de pilot studie door middel van het sturen van emails, en ophangen van informatieve posters. Tijdens de pilot studie ontvangen de verpleegkundige enkele mails ter herinnering aan de pilot studie. En tevens zal de informatieve poster op de triage kamer worden opgehangen. Op deze manier houdt je de verpleegkundige alert, attendeer je hen op de pilot en probeer je een routine te maken van de nieuwe werkwijze.

De zevende interventie waarvoor gekozen is, is de interventie **meten van tevredenheid van de hulpverleners**. Dit is een implementatie interventie die gericht is op de organisatie. Tijdens en na afloop van de pilot studie zal er aan de verpleegkundige die met de pilot hebben gewerkt worden gevraagd wat ze van de huidige werkwijze vinden. Op deze manier betrek je de verpleegkundigen bij het implementatieproces, en kan je zaken waar zij tegenaan lopen meenemen in het implementatieproces. Het is een interventie die er met name op gericht is om de implementatie achteraf bij te schaven, en is dus niet zozeer gericht op de belemmerende factoren.

Tot slot is er gekozen voor de interventie **continuïteit van de zorg**. Dit is ook een implementatie interventie gericht op de organisatie. Tijdens en na afloop van de pilot zal er

worden gekeken op welke manier de pilot gecontinueerd kan worden. Dit kan gebeuren door het mededelen van de positieve resultaten aan de hulpverleners, en door het vinden van opvolgers, of mensen die de pilot draaiende willen houden. Zo zullen er onder andere gesprekken plaatsvinden met de nieuwe teamleider over een mogelijk vervolg van de pilot.

4.4 Conclusie.

Er zijn een behoorlijk aantal veranderingsstrategieën die kunnen worden toegepast tijdens dit implementatie traject. Er zijn echter activiteiten die van grote waarde zijn dan andere. Het is sowieso belangrijk om lokale opinieleiders te selecteren uit de verschillende betrokken disciplines. Op deze manier kan er vanuit verschillende invalshoeken naar de implementatie gekeken worden. Bij de selectie van een verpleegkundige is het van belang om te kijken naar ervaring, en aantal uren werken per dag. Verpleegkundigen met meer ervaring blijken zekerder te zijn van hun eigen kunnen, en verpleegkundigen die full time werken blijken meer kennis en interesse te hebben in het onderwerp. Deze activiteit is belangrijk omdat hiermee ook belemmerende factoren aangepakt kunnen worden. Andere activiteit die erg belangrijk zijn het organiseren van educatieve bijeenkomsten, en het verspreiden van educatief materiaal. Door deze activiteit weten de betrokken disciplines namelijk wat van hun verwacht wordt. Tevens wordt kennis opgedaan en interesse gewekt in het onderwerp. Ook door deze strategieën worden belemmerende factoren aangepakt. Tot slot is het zorgen voor continuïteit van de zorg van groot belang. Op het moment dat deze stage afgelopen is, is het van belang dat het onderzoek niet stopt, maar wordt voortgezet.

In het volgende hoofdstuk zal worden overgegaan tot het daadwerkelijk plannen en uitvoeren van de concrete verbeteractiviteiten. Dit zal worden gedaan aan de hand van een implementatieplan.

5. DE PROEFIMPLEMENTATIE OP KLEINE SCHAAL

5.1 Inleiding.

Nadat de verbeterstrategie ontwikkeld is, zal worden overgegaan tot het daadwerkelijk plannen en uitvoeren van de concrete verbeteractiviteiten (Wollersheim, et al., 2011). Het is zinvol om een implementatie te starten met een kleinschalige groep gemotiveerde personen, zodat het implementatieplan en de interventies getest kunnen worden op hun geschiktheid en haalbaarheid. Op basis van de ervaringen uit zo'n pilot kan het verbeterplan dan zo nodig bijgesteld worden (Grol & Wensing, 2011). Het is belangrijk om vertegenwoordigers van de verschillende subgroepen die de verbetering moeten gaan uitvoeren bij de activiteit te betrekken. Zij weten immers het beste wat mogelijk is en kunnen meedenken over passende activiteiten (Wollersheim, et al., 2011). Daarnaast is het van belang dat er een tijdspad wordt uitgezet, waarin een logische volgorde wordt aangebracht in de verschillende activiteiten (Grol & Wensing, 2011).

5.2 Methode

Het tijdspad voor de implementatie van advanced triage en een eenduidig informatiebeleid is opgesteld aan de hand van de fasen van het veranderingsproces van Grol en Wensing: Oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud van verandering. De oriëntatie fase is erop gericht om de grond rijp te maken voor verandering (Grol & Wensing, 2011). Tijdens deze fase heeft de student zich georiënteerd in het onderwerp, en heeft de afdeling kennis gemaakt met het probleem, en interesse gekregen in de verandering.

De fase van inzicht is erop gericht om de doelgroep te informeren over de verandering en inzicht te geven in de feitelijke zorgverlening (Grol & Wensing, 2011). Tijdens deze fase is er educatieve informatie verspreid over de verandering. Tevens zijn de resultaten van de literatuurstudie, interviews onder het verpleegkundig personeel en het contact met de andere ziekenhuizen terug gekoppeld aan het personeel om inzicht te krijgen in de feitelijke situatie.

In de fase van acceptatie ligt de nadruk op de motivatie van de doelgroep om echt tot verandering over te gaan (Grol & Wensing, 2011). Tijdens deze fase zijn de collega's gemotiveerd tot verandering door opinieleiders, heeft er massamedia plaatsgevonden en is er een presentatie gehouden over de verandering.

De fase van verandering is bedoeld om daadwerkelijk een start te maken met de verandering in de praktijk (Grol & Wensing, 2011). Tijdens deze fase ligt de nadruk op het op kleine schaal uitvoeren van een pilot studie, en het motiveren van collega's tot deelname aan

deze pilot. Zodat het team uiteindelijk kan concluderen dat de nieuwe werkwijze zinvol is.

In de laatste fase behoud van verandering is het van belang dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel van de routine wordt (Grol & Wensing, 2011). Hier wordt met name aandacht besteed het confronteren van het verpleegkundig personeel met de resultaten van de pilot, en het motiveren tot continueren van de nieuwe werkwijze.

5.3 Het implementatieplan

Fase	Interventie				
	Strategie	Activiteit	Wie	Waarom	Wanneer
Oriëntatie fase	-	Gesprek over onderwerp voor de bachelor thesis	Kristen Blanckers Praktijkbegeleider, Afdelingsmanager opleidingen Toenmalig teamleider	Zoeken van een geschikt onderwerp voor de thesis	Major I November 2013
	Massamedia	Vermelden onderwerp thesis in nieuwsbrief SJG	Praktijkbegeleider Afdelingsmanager opleidingen	Kennismaking met het onderwerp en wekken van interesse bij de betrokkenen.	Major I November 2013
	Lokale opinieleiders	Het onderwerp ter sprake brengen binnen het SEH team.	Kristen Blanckers Praktijkbegeleider Toenmalig teamleider.	Oriëntatie in het onderwerp. Interresseren van de betrokkenen voor het onderwerp.	Major I November 2013
	Toetsing en terug – koppeling	Via de mail terugkoppelen van de klachten die naar voren kwamen uit de patiëntenenquête.	Secretaresse	Schetsen van het probleem en oriëntatie in het onderwerp.	Major I Januari 2014
	-	Contact met andere ziekenhuizen over werkwijzen omtrent triage en informatievoorziening	Kristen Blanckers	Navragen waar de knelpunten bij andere ziekenhuizen liggen, en zoeken van oplossingen	Major I Januari 2014
Inzicht fase	Toetsing en terug – koppeling	Mondeling terug koppelen van de gevonden resultaten tijdens de literatuurstudie.	Kristen Blanckers Praktijkbegeleider	Inzicht creëren in de eigen werkwijze en de gevonden afwijkingen met de literatuur.	Major II Februari 2014

	Toetsing en terugkoppeling	Mondeling terug koppelen van de werkwijzen van andere ziekenhuizen	Kristen Blanckers	Inzicht creëren in eigen werkwijze en de gevonden afwijkingen met andere ziekenhuizen	Major II Februari 2014
	Tailored strategie	Persoonlijke interviews onder het verpleegkundig personeel over de huidige werkwijze / verandering	Kristen Blanckers	Het kritisch bekijken van de eigen werkwijze en het informeren over de verandering.	Major II Februari 2014
	Toetsing en terugkoppeling	Mondeling terugkoppelen van de resultaten uit de afgenomen interviews.	Kristen Blanckers Verpleegkundigen	Inzicht creëren in de eigen werkwijze, en informeren over de verandering	Major II Maart 2014
	Verspreiding van educatief materiaal	Via de mail verspreiden van educatief materiaal met betrekking tot advanced triage.	Kristen Blanckers	Inzicht creëren en informeren over de inhoudt van de verandering	Major II April 2014
Acceptatie fase	Lokale opinieleiders	Gesprekken met collega's over de nieuwe werkwijze	Kristen Blanckers Verpleegkundige Praktijkbegeleider	Motiveren en overtuigen van collega's van de functie van de nieuwe werkwijze	Major II April 2014
	Massamedia	Ophangen van posters, en het sturen van mails ter herinnering aan de nieuwe werkwijze	Kristen Blanckers	Motiveren en overtuigen van collega's tot deelname aan de nieuwe werkwijze	Major II April 2014
	Educatieve bijeenkomsten	Presentatie tijdens het teamoverleg over de bachelor thesis en nieuwe werkwijze	Kristen Blanckers Praktijkbegeleider	Afwegen van voor en nadelen en motiveren/ overtuigen van collega's tot deelname aan de nieuwe werkwijze	Major II April 2014
Verande – ringsfase	-	Op kleine schaal starten met een pilot studie over de nieuwe werkwijze	Kristen Blanckers Praktijkbegeleider Verpleegkundigen	Experimenteren met de nieuwe werkwijze en het gevoel krijgen dat de nieuwe werkwijze zinvol is.	Major II April 2014
	Massamedia	Het sturen van herinneringsmails tijdens de pilot studie	Kristen Blanckers	Herinneren aan de pilot studie	Major II April 2014

	-	Het regelen van een extra ECG apparaat en ervoor zorgen dat de gemaakte ECG's in het systeem komen te staan	Kristen Blanckers Secretaresse	Experimenteren met de nieuwe werkwijze en het gevoel creëren dat de nieuwe werkwijze zinvol is.	Major II April 2014
	Lokale opinieleiders	Motiveren van collega's tijdens de pilot studie	Kristen Blanckers Praktijkbegeleider Verpleegkundige Secretaresse	Herinneren en motiveren tijdens de pilot studie.	Major II April 2014
	Metten van de tevredenheid bij de hulpverlener	Mondeling navraag doen wat de hulpverleners van de nieuwe werkwijze vinden.	Kristen Blanckers Verpleegkundige	Knelpunten signaleren, en aanpassen van nieuwe werkwijze.	Major II April 2014
Fase van behoud	Continuïteit van de zorg	Versturen van enquêtes naar de patiënten en analyseren om de tevredenheid te meten	Secretaresse	Evalueren of de nieuwe werkwijze zinvol is geweest.	Major II April – Juni 2014
	Lokale opinieleiders	Motiveren van collega's om de nieuwe werkwijze te blijven hanteren	Kristen Blanckers Praktijkbegeleider Verpleegkundige Nieuwe teamleider	Motiveren van collega's om de nieuwe werkwijze te blijven hanteren	Major II Mei 2014
	Lokale opinieleiders	Gesprek met de nieuwe teamleider (per 1 Mei) over het implementatie traject, en mogelijk vervolg.	Kristen Blanckers Nieuwe teamleider	Het wekken van interesse, en het creëren van een draagvlak, en zoeken van een opvolger. Ervoor zorgen dat de implementatie verder gaat als mijn stage afgelopen is.	Major II Mei 2014

5.4 De pilot studie.

Ondanks dat de belangrijke veranderstrategie, het geven van educatieve bijeenkomsten over het aanvragen van röntgenfoto's vanwege de beperkte tijd niet heeft plaatsgevonden zal er toch een pilot studie plaatsvinden. Bij deze pilot zijn niet alle belemmerende factoren aangepakt, en wordt dus ook niet voldaan aan de randvoorwaarden. Deze pilot zal 1 week duren, en zal plaatsvinden om mogelijke knelpunten te analyseren, om zo de uiteindelijke implementatie te verbeteren. Tijdens deze pilot zal er bij alle patiënten die getrieerd zijn in de triage kamer advanced triage plaatsvinden om de patiënten doorstroom te verbeteren. Dat wil

zeggen dat er naast de gewone triage laboratorium onderzoek afgenomen wordt, en dat er zo nodig ook röntgenonderzoek aangevraagd wordt of een ECG wordt gemaakt. De röntgenfoto's zullen voor een week aangevraagd worden in overleg met een arts, om de belemmerende factor kennistekort over de röntgenvragen voor de pilot studie weg te nemen. De arts adviseert wel dat het voor verdere implementatie verstandig is om protocollen te ontwikkelen voor het aanvragen van röntgenfoto's, en daarbij educatieve bijeenkomsten te organiseren. Alle patiënten zullen gedurende de pilot een informatie brochure over de triage krijgen, en zullen tijdens het wachten op de hoogte gehouden worden van de wachttijd. Waardoor geprobeerd wordt de informatievoorziening te verbeteren.

Deze pilot zal in eerste instantie op kleine schaal plaatsvinden zodat de interventies getest kunnen worden op hun geschiktheid en haalbaarheid. De verpleegkundige die verantwoordelijk zijn voor de triage zullen voor aanvang van de dienst bekend zijn, door vermelding in het rooster. Hierdoor zal er geen verwarring komen over wie er verantwoordelijk is voor de triage. Na iedere dag zal er een korte evaluatie plaatsvinden met de verpleegkundige die deelgenomen hebben aan de pilot. De patiënten die deel uitmaken hebben van de pilot zullen allen een patiëntenenquête krijgen ter evaluatie van de gekregen zorg. Tijdens de pilot zal de student niet deelnemen aan de advanced triage. De student zal puur een coördinerende en observerende rol aannemen. De reden hiervoor is dat het dan namelijk mogelijks is dat er een vertekend beeld geschetst wordt van de functie van de pilot studie. Dit aangezien het werk dat normaal door de triage verpleegkundige uitgevoerd wordt dan door twee personen wordt gedaan.

5.5 Conclusie.

Ondanks dat het niet de meeste ideale situatie is voor de pilot studie, kan deze toch plaatsvinden met enkele aanpassingen voor het aanvragen van de röntgenfoto's. Omdat de uitgangssituatie voor de pilot niet optimaal is, zal deze pilot gehanteerd worden voor het analyseren van knelpunten en het aanpassen van het implementatieplan. Voor de uiteindelijke implementatie is het van belang dat er nog educatieve bijeenkomsten komen over het aanvragen van röntgenfoto's, en dat er zo nodig protocollen ontwikkeld worden.

In het volgende hoofdstuk zal aandacht worden besteed aan de evaluatie van het implementatieplan. Er wordt onderzocht of de verandering ook daadwerkelijk zinvol is geweest.

6. EVALUATIE EN BIJSTELLING VAN HET PLAN

6.1 Inleiding.

Als er een implementatieplan is opgesteld, en uitgevoerd is het van belang om te achterhalen of het plan wel daadwerkelijk succesvol is geweest. Hierbij wordt nagegaan of de beoogde doelen zijn gehaald, en zo niet wat daarvan de oorzaken zijn geweest, zodat het plan bijgesteld kan worden. Het is mogelijk een implementatieplan op drie manier te evalueren, namelijk effectevaluatie, procesevaluatie en kostenevaluatie (Wollersheim, et al., 2011).

6.2 Methode

Deze proefimplementatie die heeft plaatsgevonden zal op twee manieren geëvalueerd worden. Er zal een procesevaluatie plaatsvinden door met het betrokken personeel individueel gedurende, en na afloop van de pilot studie te evalueren over het verloop van de pilot studie. Hierbij zal aandacht besteed worden aan vragen als: Waar is het personeel tegenaan gelopen, en waar zijn er nog verbeteringen mogelijk. Daarnaast zal er tijdens de pilot studie een observator aanwezig zijn. Wanneer het bij drukte noodzakelijk is om patiënten eerst in de triage kamer te zien zal er door de observator gebruik gemaakt van een checklist om de pilot te evalueren (Bijlage 4).

Naast de procesevaluatie zal er effectevaluatie plaatsvinden door middel van een niet gerandomiseerd experimenteel onderzoek. Er zal een ongecontroleerd longitudinaal follow up onderzoek plaatsvinden met voor en na metingen. De enquêtes die naar de patiënten verstuurd zijn voor aanvang van de proefimplementatie zullen nu verstuurd worden naar de patiënten die aan de pilot studie hebben deelgenomen. Op deze manier kan geëvalueerd worden of de veranderingen geleid hebben tot een grotere patiëntentevredenheid. Er kan dus onderzocht worden of de doelen behaald zijn, en of de pilot studie succesvol is geweest. Tevens kan er worden gekeken of de factoren patiëntendoorstroom en informatievoorziening veranderd zijn, en of dat deze daadwerkelijk hebben geleid tot het groeien van de patiëntentevredenheid. Aan de hand van de uitkomsten van deze evaluatie methodes zal er gekeken worden of de pilot studie bijgesteld kan worden, zodat hij nog functioneler wordt.

De implementatie van advanced triage en eenduidige informatievoorziening kan als zinvol worden beschouwd op het moment dat de voorafgaand gesteld doelen behaald zijn. Dit wil zeggen dat de patiëntentevredenheid tijdens de pilot gestegen zal zijn. Hierbij gaat het om het verminderen van de klachten over wachttijden in de behandelkamers, en informatievoorziening ten opzichte van de uitgangssituatie. Hierbij zal het niet gaan om een

eenmalig positieve verbetering, maar om structureel aantoonbare verbeteringen. Met andere woorden, maximaal 10% van de patiënten gezien in de triagekamer zullen nog maar een klacht indienen. Daarnaast is het voor het slagen van de implementatie van belang dat de kennis van de patiënten over triage zal stijgen met minimaal 10%, en dat maximaal 15% van de patiënten langer dan 3 uur moet wachten.

6.3 Resultaten.

De pilot studie over advanced triage en informatievoorziening zou in eerste instantie gedurende 1 week plaatsvinden op de Spoedeisende hulp in Weert. Tijdens deze week bleek het echter extreem rustig op de SEH, waardoor de pilot studie niet optimaal ingezet kon worden. Er meldden zich te weinig patiënten waardoor deze bijna allemaal meteen plaats konden nemen in behandelkamer, en er nauwelijks gebruikt gemaakt werd van de triage kamer. Omdat de uitkomsten van deze pilot week niet representatief zijn voor dit onderzoek is in overleg met de afdeling besloten om de studie met een week te verlengen. Gedurende de tweede pilot week bleken er echter technische problemen te zijn met de ECG apparatuur op de triage kamer, waardoor er niet aan de randvoorwaarden voor de pilot studie kon worden voldaan. Gedurende de pilot studie zijn er wel enquêtes naar de patiënten verstuurd. Na afloop is de pilot evengoed met het betrokken personeel geëvalueerd en de aantekeningen van de observator zijn ook bekeken. Deze uitkomsten zullen geen representatieve weergave vormen over de functie van de pilot studie, maar kunnen wel bijdragen aan het optimaliseren en bijstellen van de pilot. Helder.

6.3.1 Proces evaluatie

Met behulp van proces evaluatie wordt getracht om antwoord te krijgen op vragen met betrekking tot de haalbaarheid en de toepasbaarheid van de verbeterstrategie (Wollersheim, et al., 2011). In dit geval heeft er op twee manieren proces evaluatie plaatsgevonden. Gedurende de pilot studie is een observator aanwezig geweest die checklijsten heeft ingevuld, en daarnaast heeft er tijdens en na afloop van de pilot studie een evaluatie plaatsgevonden met het betrokken personeel.

Gedurende de eerste week van de pilot studie zijn er vanwege het beperkte patiëntenaantal slechts enkele checklisten ingevuld. Gedurende deze week is er geen patiënt op de triage kamer geweest waarbij een röntgenaanvraag gedaan moest worden. Het was ook niet nodig om de patiënten in de wachtkamer op de hoogte te houden van de wachttijd, aangezien de patiënten hier niet lang zaten. Uit de checklisten kwam verder naar voren dat de

verpleegkundige geen moeite hebben met het geven van uitleg over triage, en het afnemen van laboratorium onderzoek. De meeste leken het vanwege de beperkte ruimte wel lastig te vinden in de triage kamer al een ecg te maken, en het uitdelen van de brochures aan de patiënten. werd geregeld vergeten. De checklisten uit de twee week zijn helaas niet bruikbaar aangezien er niet aan de randvoorwaarden werd voldaan. Waardoor er tijdens de triage geregeld terug gegaan werd naar de oorspronkelijke manier van triëren en informatievoorziening.

Tijdens de evaluatie met het personeel kwam naar voren dat de verpleegkundige verwachten dat deze pilot daadwerkelijk kan leiden tot tijdswinst. Tenminste als iedereen de pilot gaat hanteren, en er nog enkele aanpassingen zullen komen. Verder kwamen er enkele onderwerpen zoals laboratorium onderzoek, röntgen aanvragen, maken van ECG's en informatie voorziening telkens terug in de evaluaties. Hierbij worden ook de mogelijke aanpassingen vermeld.

Laboratoriumonderzoek.

Met het aanvragen en afnemen van laboratoriumonderzoek bleken de verpleegkundigen geen probleem te hebben. Deze aanvragen werden ook al gedaan voor aanvang van de pilot studie, waardoor de verpleegkundige hier al aan gewend waren. Het is echter wel tijdrovend als je telkens naar het laboratorium moet lopen. Met name als je de druk op de triagist sowieso al verhoogd door middel van advanced triage.

Röntgen aanvragen.

Het is lastig om telkens een arts te moeten zoeken als je een röntgenfoto wilt aanvragen. Hier gaat veel tijd in zitten die je bij extreme drukte bij de triage goed kunt gebruiken. Daarbij komt dat een arts vaak de patiënt zelf wilt zien als er een röntgenfoto aangevraagd moet worden, maar hier is bij drukte niet altijd tijd voor. Waardoor het op deze manier niet voor tijdswinst zal zorgen, en het dus wel degelijk van belang is om educatieve bijeenkomsten te organiseren en protocollen te ontwikkelen.

Maken van ECG's.

Het maken van ECG's in de triage kamer blijkt ook lastig. Er is momenteel een extra ECG apparaat neergezet voor de pilot studie. Dit apparaat neemt echter veel ruimte in beslag, en de ECG's komen niet rechtstreeks in het Welch Allyn computersysteem waar binnen het SJG alle ECG's in te vinden zijn. Als er met dit implementatieplan verder gegaan zal worden,

behoort er een ECG apparaat te komen dat in verbinding staat met het Welch Allyn systeem. Het zou voor de ruimte praktisch zijn als dit apparaat aan de muur opgehangen kan worden om zo ruimte te besparen.

Informatievoorziening.

Bij het uitreiken van de brochures en het verstrekken van informatie over de triage kwamen geen problemen naar voren. De verpleegkundige blijken het echter wel lastig te vinden om de triage kleur aan patiënten te vermelden, en sommige verpleegkundige vinden dit zelfs nog altijd onnodig. Tot slot moeten de verpleegkundige aan het geregeld terug lopen naar de wachtkamer voor informatievoorziening nog wennen.

6.3.2 Effect evaluatie

De enquêtes zijn gedurende de pilot studie van twee weken aan de betrokken patiënten meegegeven. Gedurende de eerste week zijn er doordat het erg rustig was op de afdeling slechts enkele enquêtes uitgedeeld. Het zijn echter te weinig enquêtes om een representatieve uitkomst te verkrijgen over deze pilot studie. Daarnaast zijn deze paar enquêtes vanwege het beperkte tijdbestek nog niet allen geretourneerd, waardoor analyse onmogelijk is. Gedurende de tweede pilot week zijn er meer enquêtes uitgedeeld. Gedurende deze week bleken er echter technische problemen te zijn met de ECG apparatuur op de triage kamer, waardoor de uitkomsten van deze enquêtes niet representatief zullen zijn voor de pilot studie aangezien er niet aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Het is op dit moment dan ook onmogelijk om een uitspraak te doen over het effect van de pilot studie. Het is wel van belang dat een opvolger gevonden gaat worden, in de vorm van een collega of nieuwe student.

6.4 Conclusie.

Er kan geconcludeerd worden dat dit implementatietraject voor nu niet als zinvol kan worden beschouwd. Dit aangezien dat het niet mogelijk geweest is het effect van de pilot studie te meten, waardoor de vooraf gestelde doelen niet behaald zijn. De pilot behoort aangepast te worden, waarbij het verstandig is protocollen te ontwikkelen voor het aanvragen van röntgenfoto's, er een werkend ECG apparaat behoort te komen, en de proefperiode verlengd wordt naar minimaal een maand om een goed beeld te krijgen van het daadwerkelijke effect. Het is wel mogelijk de resultaten uit deze pilot mee te nemen als aanbevelingen naar een volgende pilot studie. Daarnaast is het nog van belang om definitief een opvolger te vinden die het huidige implementatietraject voortzet.

7. NABESCHOUWING

7.1 Conclusie

Voor het verbeteren van de patiëntentevredenheid op de Spoedeisende hulp in Weert is in deze bachelor thesis is de volgende hoofdvraag gehanteerd: *Op welke wijze kan de patiënten doorstroom en informatie voorziening op een Spoedeisende hulp, waar al gebruik gemaakt wordt van een triage systeem, worden verbeterd zodat de patiëntentevredenheid zal stijgen?*

Als je de informatievoorziening binnen het SJG bekijkt kun je concluderen dat de informatievoorziening goed geregeld is. De patiënten zouden van voldoende informatie voorzien moeten worden als ze tijdens de triage mondeling toelichting krijgen over de triage, er een informatie brochure uitgereikt wordt, en er geregeld terug gelopen wordt naar de wachtkamer. Het probleem binnen het SJG ligt dus niet in de faciliteiten maar in de uitvoering ervan. Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat de verpleegkundige een zeer wisselende informatievoorziening verzorgen, waarbij elke verpleegkundige andere informatie aan de patiënten verstrekt, niet iedereen de informatie brochures uitdeelt en er nauwelijks terug gelopen wordt naar de wachtkamer.

Als er wordt gekeken naar de wachttijden van de patiënten die gezien worden in de triage kamer kan er geconcludeerd worden dat deze patiënten het langst wachten in de behandelkamer. Een deel van de wachttijd in de behandelkamers is afhankelijk van specialisten, de röntgen en de afdeling. Vandaar dat het van belang is om de implementatie te richten op het deel waar op de SEH iets aan veranderd kan worden; het eerder inzetten van onderzoeken door middel van advanced triage. Hierbij is het echter wel van groot belang om een vorm van advanced triage te kiezen die het meeste aansluit bij de afdeling. Hiermee wordt bedoeld dat er onderzocht behoort te worden welke handelingen op jou afdeling de meeste tijdswinst zullen halen. Zo is het op de Spoedeisende hulp van het SJG rendabel om het maken van ECG's, en het aanvragen van röntgenfoto's toe te voegen aan de huidige triage waar al laboratorium onderzoek wordt uitgevoerd.

Er kan dus geconcludeerd worden, dat het door alle verpleegkundige correct hanteren van het huidige informatiebeleid, en het invoeren van advanced triage bij zou kunnen dragen aan het vergroten van de patiëntentevredenheid op de Spoedeisende hulp in Weert. Om te onderzoeken of deze factoren daadwerkelijk effectief zijn en zorgen voor het vergroten van de patiëntentevredenheid binnen het SJG, zal er nog verder onderzoek gedaan moeten worden.

Dit onderzoek kan uitgevoerd worden door middel van een pilot studie. Tijdens deze pilot studie is het van belang om rekening te houden met verschillende beïnvloedende factoren. Voorbeelden hiervan zijn de belemmerende factoren als de kleine triage kamer en de beperkte hoeveelheid personeel die voor nu niet aangepakt kunnen worden. Er zijn beïnvloedende factoren die wel aangepakt kunnen worden door veranderstrategieën. In deze thesis zijn het selecteren van lokale opinieleiders, organiseren van educatieve bijeenkomsten, verspreiden van educatief materiaal en het zorgen voor continuïteit van de zorg de belangrijkste strategieën voor het aanpakken van belemmerende factoren.. In hoofdstuk 7.2 zullen verdere aanbevelingen worden gedaan naar de praktijk over hoe deze implementatie zo optimaal mogelijk zou kunnen plaatsvinden.

Wachten op de Spoed.

Gebruik de wachttijd van patiënten informatief, en zinvol door het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Dit zou de patiëntentevredenheid namelijk ten goede kunnen komen.

7.2 Aanbeveling.

Naar aanleiding van deze bachelor thesis kan er in het algemeen aanbevolen worden dat het van belang is dat er verder onderzoek gedaan gaat worden naar advanced triage, en de functie ervan in zowel kleine als grote ziekenhuizen.

Voor de Spoedeisende hulp van het SJG kan er allereerst aanbevolen worden dat er eenpersoons behandelkamers gecreëerd worden, aangezien deze de patiëntentevredenheid bevorderen. Daarnaast kan er aanbevolen worden dat er verder onderzoek gedaan moet worden naar het bevorderen van de patiëntentevredenheid binnen de SEH. Het is aan te bevelen het bestaande implementatieplan over advanced triage en eenduidige informatievoorziening dat in deze bachelor thesis beschreven is voor te zetten. Dit kan door middel van het uitvoeren van een pilot studie op kleine schaal gedurende minimaal een maand. Op deze manier kan onderzocht worden of het bestaand implementatieplan effectief is. Op het moment dat ervoor gekozen wordt het beschreven implementatie plan uit deze bachelor thesis voort te zetten zijn er een aantal factoren waar rekening mee gehouden dient worden.

- Het is aan te bevelen dat er protocollen ontwikkeld gaan worden in overleg met artsen voor het aanvragen van röntgenfoto's voor verpleegkundigen. Op het moment dat deze protocollen ontwikkeld zijn zullen de verpleegkundigen ook nog scholing moeten krijgen in het aanvragen van röntgenfoto's en hanteren van de protocollen.

- Voor een implementatie kan het aanbevolen worden dat er een ECG apparaat in de triage kamer komt dat in verbinding staat met het gehanteerde Welch Allyn systeem. In de meest ideale situatie zal dit apparaat aan de muur gehangen worden zo dat er ruimte bespaart wordt.
- Voor het invoeren van een eenduidig beleid rondom informatievoorziening op de Spoedeisende hulp in Weert zullen er geen zaken meer geregeld hoeven te worden, aangezien het huidige beleid goed georganiseerd is. Het is wel aan te bevelen dat er met het gehele personeel duidelijke afspraken gemaakt worden over de manier van informatievoorziening. Dit aangezien er ook maar een beperkt personeel is op de Spoedeisende hulp.
- Tot slot is het aan te bevelen dat er lokale opinieleiders geselecteerd worden op het moment dat je daadwerkelijk wilt gaan implementeren. Deze kunnen allen vanuit hun eigen vakgebied naar de implementatie kunnen kijken. Bij het selecteren van geschikte opinieleiders is het dan ook verstandig minimaal een persoon per betrokken disciplines te selecteren. Voor de keuze van geschikte verpleegkundigen voor de pilot studie is het aan te bevelen dat er rekening gehouden wordt met het verschil in kennis en werkervaring. De verpleegkundige met meer werkervaring hebben vaak meer kennis en zijn geschikter voor het uitproberen van de pilot studie. Deze verpleegkundige voelen zich zekerder over de noodzakelijke beoordelingen van ECG's en het aanvragen van röntgenfoto's. Daarnaast blijken fulltimers zich meer betrokken te voelen, en meer kennis te hebben over de triage.

7.3 Discussie

Het doel van deze thesis is het laten stijgen van de patiëntentevredenheid door het verbeteren van de informatievoorziening en de patiëntendoorstroom. Er is gebleken dat advanced triage een goede interventie is voor het bevorderen van de patiënten doorstroom. Een discussie punt dat hierbij naar voren komt in andere onderzoeken is of advanced triage ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. Volgens Beelen, [Aen, van de Polder, ~~E, van de~~](#), zou de kwaliteit van zorg voor de patiënten niet beïnvloed raken door advanced triage (Beelen & Polder, 2010). Volgens Oredsson, [S.](#), et al blijkt echter dat je door advanced triage langer bezig bent met een patiënt, waardoor de patiënten in de wachtkamer langer moeten wachten. Dit geldt dus ook voor de patiënten met ernstigere ziekte of aandoeningen. Zij zijn van mening dat dit wel ten koste kan gaan van de kwaliteit van zorg van de patiënten met ernstige aandoeningen (Oredsson, et al., 2011). Beide zijn het er wel over eens dat het invoeren van

advanced triage een minder groot probleem behoort te zijn in kleine ziekenhuizen met een beperkte patiënten toestroom.

Als er gekeken wordt naar de gehanteerde methoden tijdens deze bachelor thesis komen er ook een paar discussiepunten naar voren. Zo zou een focusgroep interview bij het verpleegkundige personeel van de SEH de beste keuze zijn voor het verzamelen van informatie omtrent de feitelijke zorg. Door middel van een focusgroep interview kunnen de deelnemers hun opvattingen en ontwikkelingen delen en hierover discussiëren, zodat je een beter onderbouwde mening krijgt. Het was echter niet mogelijk om een focusgroep interview te organiseren aangezien er op de Spoedeisende hulp van het SJG een beperkte personele bezetting is, waardoor je nooit voldoende mensen op een tijdstip bij elkaar krijgt

Er kan ook discussie plaatsvinden over de methode die gehanteerd is om van de analyse van knelpunten te komen tot een daadwerkelijke selectie van verbeterstrategieën. In deze thesis is de EPOC methode gehanteerd, aangezien deze momenteel de meest gebruikte taxonomie is, waardoor het wenselijk was om hierbij aan te sluiten. Het is echter nog altijd niet bekend wat de meeste geschikte methode is voor het opstellen van verbeterstrategieën. De methode van de EPOC is vrij globaal, en wordt momenteel dan ook nog volop onderzocht.

Er kan ook nog gediscussieerd worden over het laten plaatsvinden van de pilot studie, ondanks dat er niet aan alle randvoorwaarden werd voldaan, en er een beperkte tijd beschikbaar was. De uiteindelijke resultaten bleken niet representatief voor het onderzoek, terwijl er wel veel werk in gestoken is. Een argument dat aangedragen kan worden voor het uitvoeren van de pilot is dat er op deze manier zaken naar voren zijn gekomen die meegenomen kunnen worden in een volgende pilot. Een argument dat tegen het uitvoeren van de pilot kan spreken is dat de collega's op deze manier hun interesse in de pilot misschien deels verloren hebben, aangezien de pilot voor nu niet succesvol geweest is.

Er is ook discussie mogelijk over de manier waarop de privacy in de pilot studie benoemd is. De privacy is een van de 3 factoren die bijdragen aan de ontevredenheid van de patiënten. De enige klachten die de patiënten echter over de privacy op de SEH hebben, zijn de klachten over de twee persoonsbehandelkamers. Vandaar dat ervoor gekozen is de privacy alleen te benoemen in het eerste hoofdstuk, en achteraf aan te bevelen dat een persoonsbehandelkamers noodzakelijk zijn. De privacy is dus niet meegenomen in de hoofdvraag en het verdere onderzoek.

Tot slot kan er gezegd worden dat de resultaten uit dit onderzoek niet getest zijn op statistische significantie. Dat wil zeggen dat sommige van de waargenomen effecten ook op toeval kunnen berusten!

REFLECTIE

Nadat de literatuurstudie geschreven was ter voorbereiding op de bachelor thesis behoorde er een start gemaakt te worden met de bachelor thesis zelf. Vanuit de literatuurstudie had ik als aandachtspunt meegenomen dat het verstandig is om je eerst goed te verdiepen in wat er precies van je wordt verwacht, voordat je aan de slag gaat. Op deze manier kun je onnodig en dubbel werk verkomen. Dit is dan ook het eerste wat ik heb gedaan, mij verdiepen in de verschillende stappen van Grol en Wensing. Op deze manier was ik goed voorbereid voor het schrijven van de thesis en kon ik daadwerkelijk aan de slag.

Vanaf het eerste moment heb ik geprobeerd om de praktijk bij mijn bachelor thesis te betrekken. Wat ik hiermee wilde *bereiken* was dat ik gebruik kon maken van hun kennis en dat er tevens een draagvlak voor de thesis gecreëerd zou worden. Als ik achteraf *terugblik* kan ik concluderen dat het niet altijd even eenvoudig was om de praktijk bij de thesis te betrekken aangezien iedereen zijn eigen mening heeft. Hierdoor werd ik in begin met veel problemen / meningen geconfronteerd waardoor ik het lastig vond de juiste invalshoek voor de thesis te kiezen. Dit werd nog extra bemoeilijk door de vele wisselingen in teamleiders. Ik ben me er nu *bewust van* dat het vragen van de mening van deskundige geen kwaad kan zolang je de voor jou belangrijke informatie eruit filtert, en je niet door iedereen laat beïnvloeden. Ik heb dit uiteindelijk *opgelost* door de verschillende invalshoeken te overleggen met slechts een persoon de praktijkbegeleider. Hierdoor kon ik de probleemstelling voor de thesis goed formuleren. Ik zal er de *volgende keer* dan ook voor kiezen om de mening van de praktijkbegeleidster als leidraad te nemen. Ik zal evengoed de mening van andere professionals vragen maar zal hieruit alleen de voor mijn belangrijke zaken selecteren.

Nadat de probleemstelling, en de stappen van Grol en Wensing bekend waren ben ik gestart met het schrijven van de thesis. Wat ik wilde *bereiken* was het schrijven van een kwalitatief goede thesis. Als ik *terugblik* naar de situatie kan ik concluderen dat het schrijven van de thesis met de aansturingen van de docent begeleider goed verlopen is, al waren er een aantal onderwerpen die ik toch lastig vond. Zo vond ik het lastig om kwalitatief en kwantitatief onderzoek te analyseren. Mede doordat ik erg perfectionistisch ben was ik niet snel tevreden met het resultaat. Ik ben er me *bewust van* geworden dat een deel van het probleem te vinden was in het feit dat ik me niet voldoende had verdiept in de literatuur over het analyseren van onderzoek. Ik heb dit probleem *opgelost* door literatuur en voorbeelden te

zoeken over deze onderzoeksmethodes, en mijn geschreven stukken op te sturen naar de docent begeleider waarna hij deze van feedback heeft voorzien. De *volgende keer* zal ik deze literatuur meteen raadplegen en tevens overleggen met een mede student en docent. Op deze manier kan ik met andere overleggen hoe ze bepaalde zaken aanpakken en oplossen. Ook in deze situatie komt weer duidelijk naar voren dat het erg belangrijk is om je van te voren goed te verdiepen in wat er van je wordt verwacht.

In de uitvoerende fase van de bachelor thesis moest er een pilot studie op de afdeling gepland worden. Wat ik met deze pilot studie wilde *bereiken* was het testen van de interventies op geschiktheid en haalbaarheid. Als ik *terugblik* naar de situatie kan ik concluderen dat ik erachter gekomen ben dat het plannen van een pilot studie meer werkt kost dan je verwacht, en dat je een veel dingen moet denken. Ik leg de lat graag hoog voor mezelf waardoor ik in eerste instantie van mening was dat ik het plannen van de pilot studie misschien wel alleen zou kunnen. Ik ben me er nu *van bewust* dat het erg belangrijk is om de geselecteerd lokale opinieleiders op verschillende vakgebieden ook hierbij te betrekken. Alle opinieleiders hebben verstand van hun eigen terrein en denken aan andere dingen. Toen ik bezig was met het plannen van de thesis ontdekte ik dat ik niet overal verstand van had en ik heb het probleem dan ook *opgelost* door de opinieleiders er alsnog bij te betrekken. De *volgende keer* zal ik vanaf het begin gebruik maken van de lokale opinieleiders.

Tot slot kan ik concluderen dat ik door middel van deze stage en bachelor thesis enorm gegroeid ben ik de rol van ontwerper. Ik heb tijdens de thesis bewezen dat ik in staat ben een actueel probleem op de afdeling te signaleren en aan te pakken. Ik ben in staat om dit probleem uit te werken volgens de stappen van Grol en Wensing, en heb ondanks enkele tegenslagen toch doorgezet. Zo bleek de pilot studie niet te lopen zoals gewenst, en heb ik hier toch een oplossing voor gevonden. Ik ben van mening dat je in je werk als verpleegkundige straks altijd alert zult moeten zijn op problemen op de afdeling en open zult moeten staan voor nieuwe ontwikkelingen.

Tijdens deze stage en bachelor thesis heb ik me ook verder ontwikkeld in de rol van coach. Tijdens deze thesis en de pilot is het namelijk ontzettend belangrijk om de collega's te informeren over jou implementatietraject en hun te coachen in de uitvoering ervan. Daarnaast ben ik continu bezig geweest met het kritisch bekijken van mijn eigen leerproces, en heb ik voortdurend naar feedback gevraagd. Als toekomstig verpleegkundige zal ik altijd open staan voor feedback, en durf ik tevens andere collega's te coachen en feedback te geven.

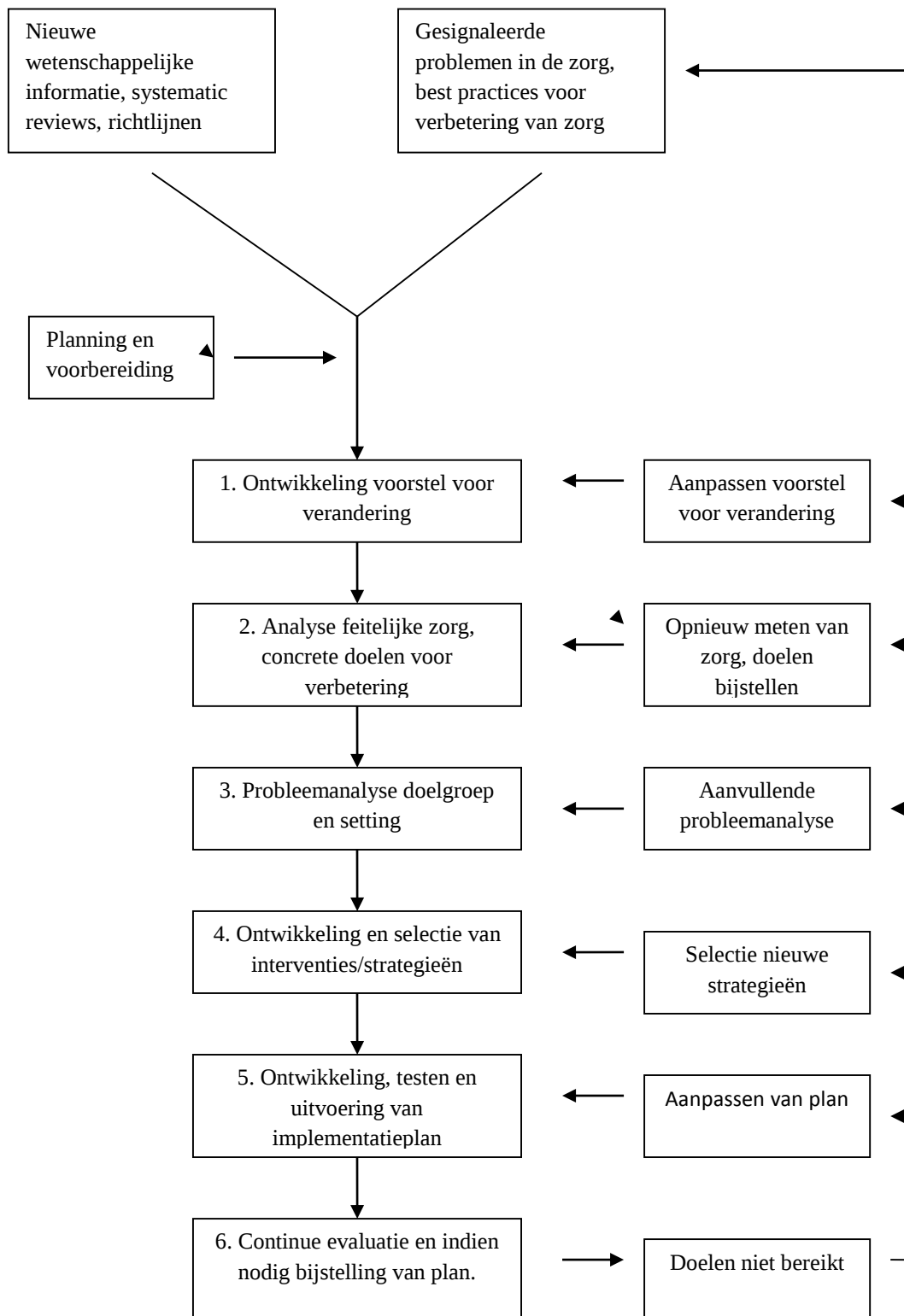
Met de rol van beroepsbeoefenaar ben ik ook gegroeid gedurende deze stage en bachelor thesis. Ik heb mijn kennis en kunde in het verpleegkundige beroep enorm verbreed, en ben een betere verpleegkundige geworden. Ondanks dat ben ik van mening dat je in het verpleegkundig beroep open moet staan voor een leven lang leren., en een actieve leerhouding moet uitdragen.

REFERENTIES

- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van, & Goede, M. de (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Hulst, M., van der, Julsing, M., Fischer, T., (2013) *Basisboek methoden en technieken: kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis*. Houten: Noordhoff uitgevers
- Beelen, A., & Polder, E. van (2010). Onderzoek naar advanced triage op de Spoedeisende hulp: Laat verpleegkundige alvast onderzoeken aanvragen. *Bijzijn*.
- Boel, M., Machielse, P., Lichtevelt, R., & Bierens, J. (2007). *Spoedeisende hulp verpleegkunde*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Caluwé, R. de, & Machielse, P. (2007). *Triage op de Spoedeisende hulp*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Gijzen, R., Kommer, G., Bos, N., & Stel, H. van (2010). *Wat is een afdeling Spoedeisende hulp*. Opgeroepen op December 3, 2013, van Nationaal kompas volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/acute-zorg/spoedeisende-hulp/wat-is-een-afdeling-spoedeisende-hulp/>
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business.
- Janssen, M. (2013). *Triage guidelines and their utilisation at the emergency department*. Enschede: Iskamp drukkers BV.
- Kington, M., & Short, A. (2010). What do costumers want to know in the emergency department. *International journal of Nursing practic*, 406-411.
- Mintjens, J., Janssen, M., Kampshoff, C., & Poot, E. (2008). *Richtlijn triage op de Spoedeisende hulp*.
- NVSHV. (2005). *Richtlijn triage op de spoedeisende hulp*. van Zuiden communications: Alphen aan de Rijn.

- Pinto, D., Lunet, N., & Azevedo, A. (2010, no. 6). Sensitivity and specificity of the Manchester triage System for patients with acute coronary syndrome. *Rev Port Cardia*, pp. 961-987.
- Storm-Versloot, M., Vermeulen, H., Lammeren, N. van, Luitse, J., & Goslings, C. (2012). Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction: a before and after study. *Emergency Medicine*.
- The health boards executive. (2003). Measurement of patient satisfaction.
- Veld, C. in, & Hurkers, L. (2013, no. 2). Triage. *Bijblijven*, pp. 14-19.
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom uitgevers.
- Wollersheim, H., Bakker, P., Bijnen, A., Gouma, D., Wagner, C., & Weijden, T. van (2011). *Kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

BIJLAGE 1: IMPLEMENTATIEMODEL GROL EN WENSING



Bron: Grol, R., Wensing, M., (2011) Meest recente afbeelding mbt implementatieproces

BIJLAGE 2: TOPIC LIST INTERVIEWS ANDERE ZIEKENHUIZEN

Telefonisch interview andere ziekenhuizen.

1. Inleiding

- Waarom dit interview
- Inhoud van het interview
- Wat wordt me de verkregen informatie gedaan.

2. Met wel triage systeem werken jullie op de Spoedeisende hulp?

3 Informatievoorziening.

- a) Op welke manier voorzien jullie de patiënten van informatie omtrent triage?
- b) Welke informatie wordt er door jullie verstrekt aan de patiënten?
- c) Zijn de patiënten tevreden over de huidige informatievoorziening, en waaruit blijkt dat?
- d) Wordt er door iedereen een eenduidig beleid gehanteerd omtrent informatievoorziening naar de patiënt toe?

4. Patiënten doorstroom / wachttijd.

- a) Komt het voor dat patiënten op de Spoedeisende hulp onnodig lang moeten wachten totdat er een specialist komt, ze naar de CT-scan kunnen, of opgenomen worden?
- b) Hoe proberen jullie de wachttijden te verkorten / doorstroom te verbeteren?
- c) Worden de gestelde tijden bij de triage voor het starten van de behandeling altijd gehaald?
- d) Vindt er vaak her triage plaats bij de patiënten in de wachtkamer?
- e) Wordt voor de patiënten die met een ambulance binnen worden gebracht altijd plaats gemaakt?

5. Advanced triage.

- a) Welke handelingen voeren jullie uit tijdens de triage? (Urgentiebepaling, vitale parameters, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, maken ECG).
- b) Is er een eenduidig beleid afgesproken met betrekking tot het uitvoeren van handelingen in de triage kamer?

BIJLAGE 3: TOPIC LIST INTERVIEW VERPLEEGKUNDIGEN SEH.

Semi – gestructureerd interview SEH verpleegkundigen.

1. Inleiding

- Waarom dit interview
- Inhoud van het interview
- Privacy
- Wat wordt me de verkregen informatie gedaan.
- Toestemmingsformulier tekenen

2. Persoonsgegevens SEH verpleegkundige

- Functie
- Werkervaring.

3. Het interview

- Het huidige triage systeem. (Is triage zinvol?)
- Juist / consequent gebruik (Wordt de tijdslimiet gehaald?)
- Knelpunten
 - Individuele factoren
 - Sociale factoren
 - Organisatorisch factoren
 - Maatschappelijke factoren
- Verbeter mogelijkheden? (Waar zitten volgens u de grootste verbetermogelijkheden in het huidige systeem)
- Huidige rol van de triage verpleegkundige / verbetermogelijkheden?
- Bezetting?
- Belang van patiëntentevredenheid?
- Patiënten doorstroom? (Moeten patiënten naar u mening soms onnodig lang wachten in de wachtkamer en de behandelkamer. Met andere woorden zouden sommige onderzoeken sneller kunnen verlopen, of zou de wachttijd kunnen worden verkort).
- Huidige informatie voorziening aan patiënten? (Van welke informatie voorziet u de patiënten?)

- Verbetermogelijkheden?

4. Pilot studie.

- Mening over advanced triage.
- Functioneel?
- Mogelijke knelpunten?
 - Individuele factoren
 - Sociale factoren
 - Organisatorisch factoren
 - Maatschappelijke factoren
- Staat u open voor verandering?

5. Conclusie

- Vragen / opmerkingen
- Conclusie
- Dankwoord

BIJLAGE 4: CHECKLIST PILOT STUDIE.

Checklist mbt de pilot studie naar advanced triage en informatievoorziening op de SEH

1. De triage verpleegkundige geeft de patiënten uitleg over de functie van triage.

☐ Ja ☐ Nee

Aantekening:.....
.....

2. De triage verpleegkundige neemt zo nodig laboratoriumonderzoek af.

☐ Ja ☐ Nee ☐ NVT

Aantekening:.....
.....

3. De triage verpleegkundige maakt zo nodig een ECG.

☐ Ja ☐ Nee ☐ NVT

Aantekening:.....
.....

4. De triage verpleegkundige vraagt zo nodig röntgenonderzoek aan.

☐ Ja ☐ Nee ☐ NVT

Aantekening:.....
.....

5. De triage verpleegkundige deelt de informatie brochures uit aan de patiënten, en loopt zo nodig terug naar de wachtkamer voor aanvullende informatie.

☐ Ja ☐ Nee

Aantekening:.....
.....

6. De triage verpleegkundige snapt het principe van de pilot studie, en deelt de enquête uit.

☐ Ja ☐ Nee ☐ NVT

Aantekening:.....

BIJLAGE 5: ZOEKSTRATEGIE

Databank	Zoekvraag (inclusie & exclusie factoren)	Treffers	Gevonden Artikel
Pubmed	Manchester triage system AND Emergency department. (Inclusie: Jonger dan 10 jaar)	51	An overview of triage in the emergency department. (Gekozen naar aanleiding van het stuk geschreven bij abstract)
Pubmed	Manchester triage system AND Emergency department. (Inclusie: Jonger dan 10 jaar)	51	Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction, a before and after study. (Gekozen naar aanleiding van het stuk geschreven bij abstract, geciteerd door 3)
Pubmed	Consumer AND Emergency department. (Inclusie: Jonger dan 5 jaar, full text available)	51	What do consumers want to know in the emergency department.
Pubmed	Triage AND Improve patient flow (Inclusie: Jonger dan 5 jaar, free full text available)	5	A systematic review of triage related interventions to improve patients flow. (Gekozen naar aanleiding van het stuk geschreven bij abstract)
Springerlink	Emergency AND department (AND) triage. (Inclusie: Jonger dan 5 jaar, artikel, critical care and emergency medicine)	609	
	Uit de bronvermelding van: A systematic review of triage related interventions to improve patients flow.	-	Implementation of a point of care satellite laboratory in the emergency department of an academic medical centre. Impact on test turnaround time and patient emergency department length of stay.

	Uit de bronvermelding van: A systematic review of triage related interventions to improve patients flow.	-	Triage nurse requested x – ray are they worthwhile?
Pubmed	Triage AND Improve patient flow (<i>Inclusie: Jonger dan 5 jaar, free full text available</i>)	5	Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flow: a national update.
Springerlink	Emergency AND department (AND) triage (<i>Inclusie: Jonger dan 5 jaar, artikel, critical care and emergency medicine</i>)	609	Emergency department triage: an ethical analysis.
Springerlink	Improve triage (<i>Inclusie: Jonger dan 5 jaar, artikel, critical care and emergency medicine</i>)	409	Triage: what can we do to improve our practice.
Springerlink	Triage (<i>Inclusie: Jonger dan 5 jaar & Nederlands</i>)	260	Triage.
Invert	Manchester triage (<i>Inclusie: Jonger dan 10 jaar</i>)	6	Hoe betrouwbaar zijn triage systemen op de Spoedeisende hulp: Het Manchester triage system vergeleken met de emergency severity index.
Invert	Spoedeisende hulp. (<i>Inclusie: Jonger dan 5 jaar</i>)	88	Onderzoek naar advanced triage op spoedeisende hulp: Laat vrepleegkundige alvast onderzoeken aanvragen.

BIJLAGE 6: VOORSTEL BACHELOR THESIS

Student: Kristen Blanckers
Studentnummer: 1008234
Docentbegeleider: René Claassen
Tweede beoordelaar: Mariëtte van der Stap

Onderdeel	Uitwerking student
Voorbereiding Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	In de praktijk zijn er een aantal personen die mij kunnen ondersteunen bij het implementeren van mijn thesis. Een van deze personen is de praktijkbegeleidster Esther Steijvers. Naast dat zij praktijkbegeleidster is, is zij ook werkzaam op de afdeling als verpleegkundige. Hierdoor kan ze me ook adviseren vanuit verpleegkundige perspectief, en kan ze me steunen in de keuzes die gemaakt dienen te worden. De tweede persoon die mij kan steunen bij de implementatie van de thesis is de teamleider. Deze kan bijvoorbeeld kijken naar de organisatorische mogelijkheden binnen de afdeling en tevens haar professionele mening geven. Tot slot is er nog de afdelingsmanager opleidingen Pieter Slegers die bekend is met de opdrachten die uitgevoerd dienen te worden door de HBO-V verpleegkundige in opleiding. Hij kan me door zijn ervaring adviseren bij keuzes die gemaakt dienen te worden. Al deze personen worden gedurende het implementatieproces op de hoogte gehouden over de stand van zaken.

Titel

Zorg dat de voorlopige titel past bij de inhoud van de thesis. Eventueel titel met ondertitel.

Inleiding

Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk.

Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelor thesis. Als je een implementatie doet, laat dit dan ook blijken uit de hoofdvraag. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen kunnen maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.

Wachten op de Spoed.

Gebruik de wachttijd informatief en zinvol.

Aanleiding

Op een Spoedeisende hulp worden dagelijks een groot aantal patiënten gezien met zeer uiteenlopende klachten (NVSHV, 2005) In 2005 waren er in heel Nederland 1,8 miljoen spoedeisende hulp bezoeken, dit komt neer op een gemiddelde van 49 patiënten per dag per ziekenhuis. In 2009 was het aantal spoedeisende hulp bezoeken in heel Nederland al gegroeid naar 2,2 miljoen, dit komt neer op een gemiddelde van 60 patiënten per dag per ziekenhuis. (Gijzen, Kommer, Bos, & Stel, 2010) Er is dus een toenemende zorgvraag op de spoedeisende hulp in Nederland. Dit komt onder andere door de toenemende vergrijzing, het passeren van de huisarts en de ontwikkelingen tot een medische consumptie maatschappij. (Boel, Machielse, Lichtevelt, & Bierens, 2007) Om deze groeiende patiëntenstroom / de overbevolking van de spoedeisende hulp te managen is er een triage systeem ingevoerd. Het doel van een triage systeem is het managen van de patiëntenstroom. Het benoemt van de acuutheid van de patiënt en op basis hiervan worden beschikbare ruimte en middelen toebedeeld. (Veld & Hurkers, 2013). Daarnaast zorgt het triage systeem voor een ruimere informatievoorziening aan de patiënten over behandeling en wachttijd, waardoor de patiënttevredenheid vergroot wordt (Storm-Versloot,

Vermeulen, Lammeren, Luitse, & Goslings, 2012). De patiëntentevredenheid is een belangrijke maatstaaf om de kwaliteit van de zorg te bepalen. Het geeft weer waar verbeteringen in de zorg noodzakelijk zijn, en het bepaald mede of een patiënt een medisch advies en langdurige relatie met een arts wil (The health boards executive, 2003). Binnen het SJG in Weert is de patiëntentevredenheid een van de belangrijkste peilers van de organisatie. Op de Spoedeisende Hulp in Weert wordt dan ook gebruik gemaakt van het Manchester triage systeem. Maar ondanks dat er op de Spoedeisende hulp in Weert gebruikt gemaakt wordt van het Manchester triage systeem om de patiëntenstroom te managen, en de patiënten van informatie te voorzien komt patiënten ontevreden voor. De patiëntentevredenheid wordt op de Spoedeisende hulp in Weert gemeten door middel van een kwalitatieve patiënten enquêtes. De meest voorkomende klachten die hieruit naar voren komen gaan over lange wachttijden, de privacy en informatie voorziening.

De probleemstelling.

Op de Spoedeisende hulp in Weert wordt gebruik gemaakt van het Manchester triage systeem om de patiëntenstroom te managen. Ondanks dat er gebruik gemaakt wordt van het Manchester triage systeem blijkt uit de patiënten en enquêtes dat patiënten soms alsnog ontevreden zijn. De ontevredenheid wordt met name geuit over de informatie voorziening, de wachttijden en de privacy op de Spoedeisende hulp.

Literatuurstudie.

Voor de literatuurstudie is de volgende hoofdvraag gehanteerd: *Wat staat er in de literatuur beschreven over het optimaliseren van de patiëntentevredenheid en patiënten doorstroom binnen een SEH waar gebruik gemaakt wordt van het Manchester triage systeem.* Hieruit is gebleken dat het Manchester triage systeem een valide en betrouwbaar systeem is voor het managen van een grote patiëntenstroom mits het als een dynamisch systeem gehanteerd wordt. (Pinto, Lunet, & Azevedo, 2010) Hierbij is het van belang dat er altijd een verpleegkundige beschikbaar is voor triage, en dat alle patiënten getrieerd moeten worden. De triage verpleegkundige moet de patiënten in de wachtkamer in de gaten houden, en hen voorzien van informatie over de triage, de behandeling en het onderzoek. Mocht het nodig zijn dan kan de triage verpleegkundige de patiënten ook opnieuw triëren. (Mintjens, Janssen, Kampshoff, & Poot, 2008) Het is mogelijk de patiënten extra te informeren door de nuttige informatie over triage in een brochure weer te geven. (Kington & Short, 2010) Uit de literatuur is verder gebleken dat de patiënten doorstroom van patiënten op een SEH kan worden geoptimaliseerd door het hanteren van advanced triage. De triage verpleegkundige vraagt dan alvast aanvullend onderzoek aan zoals laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek en maakt eventueel een elektrocardiogram. (Beelen & Polder, 2010)

Doelstelling:

Door deze bachelorthesis zal de patiëntentevredenheid op de Spoedeisende hulp in Weert verbeterd worden door middel van het optimaliseren van de

	informatievoorziening en de patiëntendoorstroom. Dit zal worden bereikt door het uitbreiden van de advanced triage, en hierbij de patiënten te voorzien van goede informatie.
Beschrijf de stappen van Grol en Wensing in het kort Beschrijf de stappen van Grol en Wensing in het kort.	<u>Hoofdvraag</u> Op welke wijze kan de patiënten doorstroom en informatie voorziening op een Spoedeisende hulp, waar al gebruik gemaakt wordt van het Manchester triage systeem, worden verbeterd zodat de patiëntentevredenheid zal stijgen? De methode van Grol en Wensing bestaat uit 6 stappen en zal starten bij het opstellen van een concreet voorstel voor verandering. Hierbij zal de optimale zorg vast gelegd worden door middel van concrete inzichten uit wetenschappelijke literatuur, en zal een helder voorstel voor de gewenste verandering worden opgesteld. Vervolgens zal de feitelijk zorg geanalyseerd worden door middel van kwantitatief en/of kwalitatief onderzoek, waardoor de uitgangssituatie en knelpunten aan het licht komen. Daarna zullen de beïnvloedende factoren worden gemeten. Hierbij wordt gekeken welke factoren van invloed zijn op het al dan niet plaatsvinden van de gewenste zorg. Daarna zal een implementatiestrategie op maat ontwikkeld worden die aansluit op de huidige situatie, en zal er een proefimplementatie plaatsvinden. Tot slot zal de verbeterstrategie geëvalueerd en bijgesteld worden. (Grol & Wensing, 2011)
Voorstel voor verbetering: Keuze van het onderwerp	Op de Spoedeisende hulp in Weert wordt aan alle

Beschrijf de keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk.

patiënten die de spoedeisende hulp bezocht hebben een enquête toegestuurd. Deze enquêtes worden 6x per jaar bekeken en daar wordt een notule van gemaakt. Uit de afgenomen enquêtes blijkt dat de patiënten op de spoedeisende hulp in Weert ontevreden zijn over wachttijd, verblijftijd, behandeltime en informatievoorziening. Ook uit de observatie blijkt dat patiënten in Weert op de Spoedeisende hulp vaak lang wachten. (Op uitslagen van onderzoeken, behandeling en binnenkomst) Kortom de patiënten doorstroom verloopt niet optimaal. Vanuit de literatuur blijkt dat het hanteren van het Manchester triage systeem wel zorgt voor een stijgen in de patiëntentevredenheid, maar niet bijdraagt aan het bevorderen van de patiënten doorstroom. (Storm-Versloot, M., et al, 2013). Om de patiënten doorstroom te bevorderen zal er gebruik gemaakt moeten worden van andere interventies zoals advanced triage. Hierbij vraagt de triage verpleegkundige alvast aanvullende onderzoek aan zoals röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek en ecg. (Beelen, A., Polder, E., van de, 2010). Als de patiënten doorstroom bevordert wordt zal dit tevens de patiëntentevredenheid bevorderen. Tot slot blijkt uit de literatuur dat het van groot belang is om de patiënten goed in te lichten over triage, wachttijd en onderzoek. (Mintjens, Janssen, Kampshoff, & Poot, 2008)

Wenselijke situatie

Methode

Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze (methode). bv. middels een literatuurstudie, werkbezoeken,

Bij dit implementatietraject is ervoor gekozen de wenselijke situatie in beeld te brengen door middel van een literatuurstudie. De optimale zorg zal worden gedefinieerd door middel van concrete inzichten uit de wetenschappelijke literatuur. De wetenschappelijke artikelen zijn gevonden in de databanken Pubmed,

interviews.

Analyse feitelijke zorg

Methode

Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.

Probleemanalyse doelgroep en setting

Invert, Google Scholar en Springerlink. Als inclusie factoren zijn onder andere jonger dan 10 jaar, jonger dan 5 jaar en randomised controlled trial gebruikt. Tevens is er navraag gedaan bij andere ziekenhuizen naar hun manier van werken, en de zaken waar zij tegenaan lopen.

Om de huidige zorg in kaart te brengen zal er een cross sectioneel kwalitatief onderzoek plaatsvinden onder het verpleegkundig personeel. Het cross sectioneel kwalitatief onderzoek zal bestaan uit een semi gestructureerd interview. Het semi gestructureerd interview zal plaatsvinden bij 7 verpleegkundige die werken op de spoedeisende hulp in Weert. Deze verpleegkundige zullen worden geselecteerd op basis van purposive sampling.

Naar aanleiding van het literatuuronderzoek zal er een topiclijst geformuleerd worden van onderwerpen die aan bod dienen te komen tijdens het interview. De interviews zullen worden opgenomen, en daarna worden uitgeschreven op papier. De interviews zullen worden geanalyseerd door middel van gericht coderen. Om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten zal een mede onderzoeker de gegevens ook analyseren. (Baarda, et al., 2013) (Wollersheim, Bakker, Bijnen, Gouma, Wagner, & Weijden, 2011)

In verband met de beperkte personele bezetting op de spoedeisende hulp in Weert is het niet mogelijk om een focus interview af te nemen. Dit zou echter ook een goede optie zijn om de mening van de afdeling helder te krijgen.

Methode Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.	De probleemanalyse zal worden uitgevoerd door middel van de beschreven methode in Grol en Wensing. Er zal participerende observatie gaan plaatsvinden door met de verpleegkundige en artsen op de afdeling te praten. Hierbij wordt geprobeerd de problemen waar zij tegenaan lopen te ondervragen, en daarnaast te ondervragen hoe zij aankijken tegen de implementatie. Tevens zal er worden gekeken naar de uitgevoerde interviews onder de verpleegkundige. De bevorderende en belemmerende factoren zullen worden beschreven en kunnen worden geclusterd in individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. De individuele factoren kunnen nog onderverdeeld worden in cognitieve factoren, motivationele factoren en gedragsmatige factoren / persoonskenmerken. (Grol & Wensing, 2011)
Strategieën en interventies Methode Beschrijf hoe je tot de strategieën en interventies komt (methode). Bv dat je passende strategieën mbv EPOC (uit Grol en Wensing, 2011) kiest.	De verbeterstrategieën zullen worden ingedeeld volgens de methode EPOC die beschreven staat in Grol en Wensing. Hierbij zal rekening gehouden worden met alle betrokken professionals en patiënten. (Grol & Wensing, 2011)
Evaluatie Methode Beschrijf de evaluatiemethoden die je wilt gebruiken of die je adviseert.	Effectevaluatie door middel van niet gerandomiseerd experimenteel onderzoek. (Ongecontroleerd longitudinale follow up onderzoek met voor en na

metingen). De enquêtes bij de patiënten zijn afgenomen zullen opnieuw afgenomen worden om te kijken of de tevredenheid over wachttijd verbeterd is in de periode van de advanced triage.

BIJLAGE 7: TOESTEMMINGSFORMULIER BACHELOR THESIS

Naam werk/praktijkbegeleider: Esther Steijvers
Naam beoordelaar/docentbegeleider: René Claassen
Datum toestemming: 21Februari 2014

Naam student: Kristen Blanckers
Studentnummer: 1008234

Criteria:

- Positief advies over het werken van de student aan algemene- en beroepsspecifieke HBO competenties
- Assessmentprogramma is gereed en voldaan beoordeeld
- Voorstel bachelor thesis is goedgekeurd door praktijk en opleiding
- Randvoorwaarden vanuit praktijk (waaronder patiëntenzorg is als voldoende beoordeeld) zijn besproken en waarborgen de mogelijkheden om aan de implementatie te werken.

Handtekening:

Werk/praktijkbegeleider én beoordelaar/docentbegeleider én student:

1. Esther Steijvers

2. René Claassen

3. Kristen Blanckers

Evt. verdere afspraken:

-

BIJLAGE 8: BEOORDELINGSFORMULIER DOCENT BEGELEIDER.

Naam student:

Studentnummer:

Naam docentbegeleider (1^e beoordelaar): René Claassen

Datum beoordeling: 26 mei 2014

Naam 2^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelorthesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn.	Toegekende punten: 8 punten Feedback: fijne manier van rapporteren. Duidelijke lijn die te volgen is. Vermijd het woord 'je'. Apa gaat grotendeels goed.

Inhoud: Maximaal punten 90

Voorwoord: Maximaal 2 punten

Voorwoord is persoonlijk. Geeft inzicht in de positionering van de thesis (opleiding, in kader waarvan geschreven) en bevat een dankwoord.

Toegekende punten: **2punten**

Feedback:

Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten

De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelorthesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.

Toegekende punten: **4 punten**

Feedback: prima samenvatting. Op het eind, wat te veel detail voor een samenvatting.

Inleiding: Maximaal 10 punten

Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven.

Toegekende punten: **8 punten**

Feedback: prima inleiding. Het fundament voor je keuze is goed. Sterker zou het zijn om ook nog een voor/tegen beschrijving te geven. Wat pleit voor, wat pleit tegen. Maar wellicht wat te veel voor een bachelor thesis.

Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.

Implementatiemodel : Maximaal 2 punten

De stappen van het implementatiemodel zijn kort weergegeven.

Toegekende punten: **2 punten**

Feedback: goed geduid mbt je gekozen thema. Maakt onderwerpkeuze (volgende item) erg sterk.

Onderwerpkeuze: Maximaal 3 punten

De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven. Een aantal concrete doelen op outcome (patient) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.

Toegekende punten: **3 punten**

Feedback: je onderwerpkeuze en onderbouwing is heel erg goed beschreven. Complimenten daarvoor. Je krijgt hier 3 punten van me voor. De doelen, zijn een verbeterpunt. Ik zal deze in de beoordeling elders meenemen.

Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.

Analyse feitelijke zorg

Docent kan voor de analyse feitelijke zorg en probleemanalyse doelgroep en setting samen maximaal 15 punten verdelen

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Toegekende punten: **8punten**

Feedback:

Je krijgt hier feedback voor de gehele methode lijn → goed voorbeeld van hoe het zou kunnen/moeten. Een gedegen redeneer lijn die past binnen je beschreven doel. De hierin verwoorde analyse strategie en de onderbouwing daarvan is netjes.

Je resultaten weergave van kwantitatieve en kwalitatieve data doe je netjes.

Met name de interviews komen goed tot hun recht. De observaties zijn te volgen, de geboden evidence voor dit deel (outcome) is mager.

Je conclusie is passend binnen dit subthema en essentieel voor het vervolg.

Ook dit geldt voor de volgende items.....

Al heb je de neiging op conclusie niveau iets te verliezen in herhaling en details.

Toegekende punten: **13 punten**

Feedback: zie feedback hierboven.

Probleemanalyse doelgroep en setting <i>Methode</i> De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. <i>Resultaten</i> De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. <i>Conclusie</i> Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: Feedback: probleemanalyse is goed. Passend binnen de context waarin je moet opereren. Resultaten sectie is erg ruim. Is soms ook wat dubbel. Zie opmerkingen aldaar.
Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten <i>Methode</i> De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. <i>Resultaten</i> Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen. <i>Conclusie</i> Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: 8 punten Feedback: sterk onderdeel vind ik de koppeling tussen eerder verkregen data, de analyse van belemmerende en bevorderende factoren en de gemaakte keuze. Komt op mij heel solide over.
Implementatieplan: Maximaal 5 punten Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).	Toegekende punten: 4 punten Feedback:
Evaluatie: Maximaal 10 punten. <i>Methode</i> De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven. <i>Resultaten</i>	Toegekende punten: 7 punten Feedback: op dit onderdeel trek ik 1 punt extra af, omdat ik een heldere concrete formulering van de output criteria mis. Je beschrijft wel proces en product items, maar

Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

niet in de context van concreet meetbaar resultaat.

Overigens is het een goed solide onderdeel. Waarbij je terugkoppelt naar je startpunt, de aanleiding van dit onderzoek/plan. De redeneerlijn van start naar dit moment en de terugkoppeling daarvan in je scriptie is helder.

Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten

Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.

Toegekende punten: **8 punten**

Feedback: chapeaux.

Ingredienten → koppeling naar eventuele andere literatuur. Analyse validiteit en betrouwbaarheid, wat kon beter? En de weging van de gevonden evidence.

Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten

Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model.

Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

Toegekende punten: **8 punten**

Feedback: zelfstandig gewerkt. Af en toe onzeker, maar gerichte vragen nam je die zelf ook weer weg.

Je opereerde in een lastige omgeving met een zware wissel op bezetting en draagvlak ten gevolge van wisselend management.

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest

Integratie van overige rollen is goed.

Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel.

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Beoordeling bachelorthesis:**1^e beoordelaar:****2^e beoordelaar:**

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer 8,3 (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelorthesis =

Eventuele opmerkingen:

Het punt voor de bachelorthesis moet minimaal een 5,5 zijn, voordat de student de eindpresentatie en de onderbouwing van de thesis in de praktijk mag uitvoeren. Hierbij is de beoordeling van de 2^e beoordelaar meegenomen.

Voor de eindpresentatie en onderbouwing in de praktijk (beoordeeld door 1^e beoordelaar/docentbegeleider in overleg met de praktijk) kan de student een punt halen op een schaal van 0-10 punten. Het behaalde cijfer dient een voldoende te zijn en hierna gaat de beoordeling van de bachelorthesis naar Bureau Onderwijs. De student heeft dan een apart cijfer voor de bachelorthesis en een apart cijfer voor de presentatie.

Handtekening 1^e beoordelaar:**Datum:****Handtekening 2^e beoordelaar:****Datum:**

Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelorthesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.	Toegekende punten: Feedback:
Inleiding: Maximaal 10 punten Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven. Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Implementatiemodel : Maximaal 2 punten De stappen van het implementatiemodel zijn kort weergegeven.	Toegekende punten: Feedback:
Onderwerpkeuze: Maximaal 3 punten De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven. Een aantal concrete doelen op outcome (patient) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten <i>Methode</i> De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. <i>Resultaten</i> De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. <i>Conclusie</i> De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Analyse feitelijke zorg	Toegekende punten:

Docent kan voor de analyse feitelijke zorg en probleemanalyse doelgroep en setting samen maximaal 15 punten verdelen

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Feedback:

Probleemanalyse doelgroep en setting

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Implementatieplan: Maximaal 5 punten Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).	Toegekende punten: Feedback:
Evaluatie: Maximaal 10 punten. <i>Methode</i> De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven. <i>Resultaten</i> Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd. <i>Conclusie</i> Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.	Toegekende punten: Feedback:
Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model. Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.	Toegekende punten: Feedback:
Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en	

beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel.

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Beoordeling bachelorthesis:**1^e beoordelaar:****2^e beoordelaar:**

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelorthesis =

Eventuele opmerkingen:

Het punt voor de bachelorthesis moet minimaal een 5,5 zijn, voordat de student de eindpresentatie en de onderbouwing van de thesis in de praktijk mag uitvoeren. Hierbij de is beoordeling van de 2^e beoordelaar meegenomen.

Voor de eindpresentatie en onderbouwing in de praktijk (beoordeeld door 1^e beoordelaar/docentbegeleider in overleg met de praktijk) kan de student een punt halen op een schaal van 0-10 punten. Het behaalde cijfer dient een voldoende te zijn en hierna gaat de beoordeling van de bachelorthesis naar Bureau Onderwijs. De student heeft dan een apart cijfer voor de bachelorthesis en een apart cijfer voor de presentatie.

Handtekening 1^e beoordelaar:**Datum:****Handtekening 2^e beoordelaar:****Datum:**

BIJLAGE 10: BEOORDELINGSFORMULIER PRAKTIJKBEGELEIDER.

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider:

Zorginstelling:

Naam student:

Studentnummer:

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bruikbare bachelorthesis geleverd voor de praktijk	Voldaan Toelichting:	Niet voldaan Toelichting:
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelorthesis ontwikkeld en vorm gegeven	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
4. De student heeft voor overdracht gezorgd	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
5. De informatie in de bachelorthesis berust op	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:

een juiste weergave van de praktijk		
--	--	--

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Adviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelorthesis op de werkvloer: voldoende / niet voldoende (doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam beoordelaar:

Datum:

Persoonlijke toelichting (indien gewenst) werk- / praktijkbegeleider: