

Standaardisatie van Verpleegkundige Risicoscreening: in de Basis een Professioneel Hulpmiddel, in de Praktijk een Belemmering

*Een onderzoek naar het hoe en waarom van de toepassing van gestandaardiseerde
risicoscreening door verpleegkundigen*

Eline Wolswijk

Masterscriptie Publiek Management

september 2018

Abstract Gestandaardiseerde risicoscreening zou verpleegkundigen moeten helpen kwalitatieve patiëntenzorg te leveren. In de praktijk werd echter gesignaleerd dat er weerstand bestaat tegen gestandaardiseerde risicoscreening en de registraties die hiermee gepaard gaan. Ook in de literatuur blijkt kritiek te bestaan op standaardisatie van de verpleegkundige zorg, er worden zelfs nadelige gevolgen voor de patiëntenzorg genoemd. Om de spanning rondom dit probleemstuk te begrijpen en inzicht te verkrijgen in alternatieven werd daarom onderzocht hoe en waarom verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening wel of niet toepassen en hoe zij daarbij invulling geven aan de kwaliteit van zorg. Dit werd gedaan middels kwalitatief onderzoek onder verpleegkundigen werkzaam in een Nederlands academisch ziekenhuis. Verscheidene onderzoeken toonden al aan welke factoren van invloed zijn op de toepassing van standaarden. Deze kwalitatieve onderzoeksmethode vormt een aanvulling op bestaand onderzoek, omdat middels een verdiepende analyse verpleegkundige afwegingen konden worden doorgronden. Om de verpleegkundige afwegingen te kunnen duiden werden deze geanalyseerd aan de hand van drie managementlogica's van waaruit redenen om gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen konden worden begrepen: een professionele, politieke en prestatie-logica. Net als eerdere onderzoeken laat ook dit onderzoek een aantal nadelen van standaarden zien. Daar tegenover bleek dat verpleegkundigen vanuit hun professionele oogpunt gestandaardiseerde risicoscreening ook waardevol achten om kwalitatieve zorg te leveren. Het zijn echter de grote hoeveelheid aan standaarden, de verschillende opvattingen over wat kwaliteit van zorg inhoudt en hoe dit te meten is, die in de praktijk spanningen veroorzaken.

Kernwoorden: *standaardisatie, risicoscreening, verpleegkundigen, kwaliteit van zorg*

Standaardisatie van Verpleegkundige Risicoscreening: in de Basis een Professioneel Hulpmiddel, in de Praktijk een Belemmering

*Een onderzoek naar het hoe en waarom van de toepassing van gestandaardiseerde
risicoscreening door verpleegkundigen*

Masterscriptie Publiek Management
Bestuurs- en organisatiewetenschap

Auteur:

E.A. Wolswijk (3908429)

Begeleiders Universiteit Utrecht:

M. Kuiper, MSc
S. Douglas, DPhil

Begeleider Amsterdam UMC:

K. Scheerman, MSc

Datum:

17 september 2018



Voorwoord

Tot anderhalf jaar geleden heb ik naast mijn studie bijna vijf jaar met veel plezier in de zorg gewerkt. Waar ik af en toe nog twijfel over in wat voor een functie ik mijzelf na mijn afstuderen het liefst zie komen te werken weet ik één ding zeker: ik ga in de zorg werken. Het is deze affiniteit met de zorg – met de zorgverleners en met de patiënten – dat de aanzet heeft gegeven voor dit scriptieonderwerp. Tijdens mijn laatste bijbaan in de gehandicaptenzorg viel het mij op dat mijn collega's en ik steeds vaker met de rug naar de cliënten zaten en met het gezicht naar de computer. Registreren hoorde steeds meer tot de standaard werkwijze. Dit riep de vraag op in hoeverre de cliënten en de zorgverleners hier beter van werden.

Via mijn moeder die verpleegkundige is in Amsterdam AMC (voorheen VUmc) kwam ik in contact met een stafadviseur van het ziekenhuis en kreeg ik een stageplek. In Amsterdam UMC werd het probleemstuk dat ik herkende ook herkend. De verpleegkundigen in het ziekenhuis bleken een hoge registratielast te ervaren. In het bijzonder leek de standaardisatie van verpleegkundige risicoscreening hieraan bij te dragen. Ik wilde graag vat krijgen op dit probleem om te kunnen achterhalen waar de spanning rondom deze standaardisatie vandaan komt. Zo hoopte ik inzicht te krijgen in alternatieven ter vermindering van de registratielast en ten behoeve van de patiënt. Ik was dan ook erg enthousiast toen Amsterdam AMC en in het bijzonder mijn stagebegeleidster Kira Scheerman en zorgmanager Gerrie Hop, mij de mogelijkheid gaven om onderzoek te doen naar dit probleem.

Graag wil ik Amsterdam AMC daarom bedanken dat zij mij de mogelijkheid hebben gegeven om mijn onderzoeksstage daar uit te voeren. In het bijzonder wil ik de verpleegkundigen bedanken die ondanks de vaak aanwezige hoge werkdruk tijd voor mijn onderzoek vrijmaakten en mijn stagebegeleidster Kira Scheerman die mijn scriptie door haar kritische blik en goede ideeën naar een hoger niveau heeft getild.

Ook wil ik mijn tweede lezer Scott Douglas bedanken voor zijn inhoudelijke waardevolle bijdragen aan mijn onderzoek. En naast mijn tweede lezer wil ik ook zeker mijn eerste lezer Marlot Kuiper bedanken. Met haar kritische doch positieve feedback werd ik telkens weer geënthousiasmeerd om verder aan de slag te gaan met mijn stuk!

Tenslotte had ik deze zomer niet zo gemotiveerd door kunnen gaan zonder mijn lieve vrienden en familie die mij naast het harde werken de nodige steun en aangename ontspanning hebben gegeven. Mijn studiegenoten (a.k.a. 'hokkie') ben ik zowel erg dankbaar voor de mentale als de inhoudelijke support.

Veel leesplezier gewenst!

Utrecht, september 2018
Eline Wolswijk

Inhoudsopgave

1. Introductie	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Doel- en vraagstelling	7
1.4 Context gestandaardiseerde risicoscreening	8
1.5 Relevantie	10
2. Theoretisch kader	12
2.1 Introductie	12
2.2 Gestandaardiseerde risicoscreening	12
2.3 Standaardisatielogica's	13
2.4 Toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening	17
2.5 Deelconclusie	19
3. Methoden en technieken	20
3.1 Onderzoeksstrategie	20
3.2 Bekendwording met organisatie Amsterdam UMC	20
3.3 Literatuurverzameling	21
3.4 Onderzoeksdesign	21
3.5 Niet-WMO aanvraag bij Medische Ethische toelatingscommissie (METC)	23
3.6 Data-verzameling	23
3.7 Data-analyse	24
3.8 Kwaliteit van het onderzoek	24
4. Resultaten	27
4.1 Hoe verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen	27
4.2 Waarom verpleegkundige wel of niet gestandaardiseerde risicoscreening toepassen	30
4.3 Contextuele factoren voor de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening	35
4.4 Alternatieven voor gestandaardiseerde risicoscreening en bijbehorende voorwaarden	38
4.5 Samenvattende analyse	41
5. Conclusie & Discussie	42
5.1 Beantwoording deelvragen	42
5.2 Conclusie	44
5.3 Discussie	45
6. Literatuur	49
7. Bijlagen	53
Bijlage 1 Documenten onderzoeksaanvraag METC	53
Bijlage 2 Onderzoeksdesign (met observatie)	63
Bijlage 3 Onderzoeksdesign (zonder observatie)	77

Bijlage 4 Codeboom.....	88
Bijlage 5 Voorbeeld van risicoschattingen verpleegkundigen	90
Bijlage 6 Overzicht respondenten	91
Bijlage 7 Totaaloverzicht aangedragen alternatieven/ideeën en voorwaarden.....	92

1. Introductie

1.1 Aanleiding

Het identificeren van gezondheidsrisico's via risicoscreening is een van de kerntaken van verpleegkundigen (Hughes, 2008; V&V 2012). Risicoscreening is essentieel ter preventie van negatieve uitkomsten en ter stimulering van positieve uitkomsten voor patiënten en door middel van risicoscreening kunnen geschikte interventies worden ingezet (Stalpers, 2017). Risico's op het gebied van doorligplekken, fysieke beperkingen, ondervoeding, verwardheid en vallen worden gescreend. Gestandaardiseerde risicoscreening wordt in ziekenhuizen gebruikt om verpleegkundigen hierbij te ondersteunen. Een standaard beschrijft bijvoorbeeld dat een verpleegkundige bij elke patiëntopname screeninginstrument X moet toepassen om het valrisico te screenen, hoe zij dit moet doen en waar in het elektronisch patiëntendossier de bijbehorende vragen moeten worden geregistreerd.

Standaardisatie kan behulpzaam zijn voor verpleegkundigen en bijdragen aan een verbeterde kwaliteit van zorg (JCI, 2017; V&VN, 2014). In onzekere situaties kunnen standaarden bijvoorbeeld richting en houvast bieden (Cutrer & Ehrenfeld, 2017). Registratie van risicoscreening draagt bij aan de continuïteit van zorg doordat alle zorgverleners van de patiënt op de hoogte zijn van deze risico's (JCI, 2017). Continuïteit van zorg wordt gezien als structureel onderdeel van de kwaliteit van zorg (Campbell, Roland & Buetow, 2000). Hiernaast wordt gestandaardiseerdere risicoscreening van belang geacht voor organisatie- en politieke doeleinden, er wordt verwacht dat het leidt tot betere organisatieprestaties (Noordegraaf, 2015). Standaardisatie is namelijk een manier om risicoscreening te coördineren zodat verantwoording kan worden afgelegd aan externe partijen (DHD & IGZ, 2016; Keetelaar et al., 2011; Noordegraaf, 2015; Stalpers, van der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2016). Voorbeelden van externe partijen zijn verzekeraars, accreditatiecommissies en de inspectie.

Gebleken is echter dat gestandaardiseerde risicoscreening niet altijd goed aansluit bij de praktijk. Verpleegkundigen geven bijvoorbeeld aan problemen te moeten registreren die op dat moment niet aan de orde zijn (Meurs, 2014). Ook in de Nederlandse kranten is de afgelopen jaren aandacht besteed aan de landelijke regeldruk en registratielast onder verpleegkundigen (AD, 2016; NOS, 2017; Oelen, 2014; Dijkslag-Kluijver, 2018). Door verpleegkundigen wordt gesteld dat deze hoeveelheid regels en registraties ten koste gaan van de kwaliteit van zorg (Meurs, 2014). De professionele overtuigingen van verpleegkundigen lijken te botsen met de prestatie- en politieke doeleinden van het management en externe partijen (Noordegraaf, 2015). Er is vraag naar een verandering van de manier waarop de verpleegkundige risicoscreening nu wordt uitgevoerd. Dit kan zowel voor de verpleegkundige als de patiënt van belang zijn. Meerdere onderzoeken plaatsen kanttekeningen bij gestandaardiseerde werkwijzen binnen de gezondheidszorg (bv. Cutrer & Ehrenfeld, 2017; Grote, Weichbrodt, Günter, Zala-Mezö, & Künzle, 2009; Johannessen, 2017; Timmermans & Berg, 2003).

Timmermans en Berg (2003) stellen het volgende over standaarden: “They attempt to achieve the seemingly impossible: prescribe the behavior of professionals” (p. 26).

Uit eerdere onderzoeken is al gebleken dat verpleegkundigen regelmatig afwijken van standaarden (Johannessen, 2017; Rycroft-Malone, Fontenla, Seers, & Bick, 2009). Om meerdere redenen kunnen afwijkingen van standaarden van belang zijn. Verpleegkundigen voeren hun werk uit in situaties die onvoorspelbaar zijn en waarbij kwalitatieve beoordelingen over klinische condities van patiënten en hun omgeving belangrijk zijn (Johnstone & Kanitsaki, 2007). Zorgverleners worden in toenemende mate geconfronteerd met uitdagingen zonder gestandaardiseerde oplossingen (Cutrer & Ehrenfeld, 2017). Daarnaast kunnen standaarden ervoor zorgen dat een professional niet in staat wordt gesteld een eigen plan te bedenken, maar de focus op specifieke situaties alleen maar wordt geautomatiseerd (Grote et al., 2009). Door de hoeveelheid registraties die moeten worden uitgevoerd als onderdeel van standaarden kan er een zogeheten *information overload* optreden (Fari et al., 2012; Singh, Spitzmueller, Petersen, Sawhney & Sittig, 2013). Te veel informatie kan tot gevolg hebben dat belangrijke informatie wordt gemist en de te leveren zorg wordt vertraagd (Fari et al., 2012). Tenslotte werd in 2005 door de Hoge Raad bepaald dat afwijken van richtlijnen en protocollen onder voorwaarden mogelijk is wanneer dit goed onderbouwd is en is vastgelegd in het patiëntendossier (Hoge Raad, 2005).

1.2 Probleemstelling

Aan de ene kant draagt gestandaardiseerde risicoscreening bij aan de kwaliteit van zorg. Aan de andere kant blijkt de huidige werkwijze van risicoscreening niet altijd aan te sluiten bij de verpleegkundige praktijk en is uit onderzoek gebleken dat er meerdere redenen bestaan om af te wijken van gestandaardiseerde risicoscreening. Standaardisatie van risicoscreening wordt echter ook van belang geacht vanwege politieke en prestatiedoeleinden. Kortom, er bestaat een spanning rondom de mate van standaardisatie van verpleegkundige risicoscreening.

1.3 Doel- en vraagstelling

Doel van het onderzoek is om in kaart te brengen hoe verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen en waarom zij dit doen. Hierbij wordt nagegaan hoe verpleegkundige afwegingen invulling geven aan de kwaliteit van zorg. De hoofdvraag luidt daarom: *hoe en waarom passen verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toe en hoe wordt daarbij invulling gegeven aan de kwaliteit van zorg?*

Om te kunnen begrijpen hoe en waarom verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen wordt vanuit de literatuur het spanningsveld rondom standaarden uitgelegd aan de hand van verschillende managementlogica's. Het gaat hier om een professionele, prestatie- en politieke logica. Bijbehorende deelvragen luiden: *Waarom wordt standaardisatie (van verpleegkundige risicoscreening) toegepast, volgens het perspectief van verschillende managementlogica's? Hoe kan de dynamiek tussen deze logica's worden uitgelegd?* Door middel van de inzichten die hieruit volgen en eerdere

onderzoeken naar afwijkingen van verpleegkundige standaarden kan de derde deelvraag worden beantwoord: *Welke afwegingen om gestandaardiseerde risicoscreening toe de passen kunnen voorts worden onderscheiden?*

De hoofdvraag wordt niet alleen door middel van literatuur worden beantwoord, maar ook aan de hand van empirie wordt onderzocht hoe verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening in de praktijk toepassen en waarom zij dit wel of niet doen. Bijbehorende deelvragen zijn: *Hoe passen verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toe? Hoe komen verpleegkundigen tot de afweging om risicoscreening al dan niet toe te passen? Wat zijn volgens verpleegkundigen alternatieven voor gestandaardiseerde risicoscreening?*

Dit onderzoek is uitgevoerd in Amsterdam Universitair Medisch Centrum (locatie VU medisch centrum). Voor een goed begrip van gestandaardiseerde risicoscreening (in Amsterdam UMC) wordt onderstaand een contextschets gegeven.

1.4 Context gestandaardiseerde risicoscreening

Risicoscreening wordt vanuit verschillende partijen voor verschillende risicogebieden van belang geacht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vereist bijvoorbeeld dat ziekenhuizen jaarlijks cijfers moeten aanleveren over hoe ondervoede patiënten optimaal worden behandeld en vormen een onderdeel van prestatie-indicatoren van ziekenhuizen. Daarnaast is een aantal risicogebieden een verplicht onderdeel van zogeheten landelijk opgestelde veiligheidsmanagementsystemen (VMS). Veiligheidsmanagementsystemen bestaan uit elf thema's waarvan kwetsbare ouderen er één is. Binnen dit thema wordt risicosignalering op het gebied van vallen, ondervoeding, verwardheid en fysieke beperkingen van belang geacht bij oudere patiënten. In de richtlijnen wordt aanbevolen welke screeninginstrumenten voor welke thema's worden gebruikt. Zo bestaan er voor het risico op fysieke beperkingen bijvoorbeeld verschillende screeninginstrumenten. Tot slot kan een accreditatiecommissie risicoscreening voor bepaalde thema's vereisen.

In Amsterdam UMC is gekozen voor de Joint Commission International (JCI) als accreditatiecommissie. Deze organisatie verleent wereldwijd kwaliteitskeurmerken aan ziekenhuizen die voldoen aan de opgestelde eisen. Om een kwaliteitskeurmerk te verkrijgen moeten ziekenhuizen een proces implementeren om risico's te verminderen voor klinische en poliklinische patiënten. Vallen is als een van de zes International Patient Safety Goals (IPSG) van de JCI een uitgelicht risicothema. De JCI vereist een valpreventieprogramma dat bestaat uit periodieke risicoscreening voor een specifieke patiëntpopulatie of omgeving (bv. een afdeling waar veel materiaal/trappen op de afdeling aanwezig zijn). Ziekenhuizen mogen eigen screeninginstrumenten kiezen, maar deze moeten geschikt zijn voor de betreffende populatie. Een screeninginstrument om het risico op vallen bij kinderen te identificeren is bijvoorbeeld niet geschikt voor ouderen.

De vijf grootste risicogebieden waarop in het Amsterdam UMC gestandaardiseerde risicoscreening wordt toegepast zijn: doorligplekken, fysieke beperkingen, ondervoeding, verwardheid

en vallen. Binnen de zorg wordt bij doorligplekken doorgaans over decubitus gesproken en bij verwardheid over delier, voor het gemak zullen hierna deze medische termen worden gebruikt. Met gestandaardiseerde risicoscreening wordt specifiek bedoeld dat in protocollen staat beschreven (1) welke screeninginstrumenten verpleegkundigen wanneer en bij wie moeten gebruiken, (2) hoe en waar in het elektronisch patiëntendossier zij dit moeten registreren. De ingevulde screeninginstrumenten leveren vervolgens een risicoscore op. Ter illustratie betekent dit dat verpleegkundige 'X' bij patiënt 'Y' volgens de standaard het screeninginstrument voor ondervoeding moet toepassen: de verpleegkundige stelt de zes beschreven vragen van dit instrument aan de patiënt en registreert de antwoorden in het elektronisch patiëntendossier. Bij een risicoscore van drie of hoger is het gebruikelijk dat de diëtiste wordt ingeschakeld.

Het beleid in Amsterdam UMC is dat alle klinische patiënten van achttien jaar of ouder tijdens het patiëntopnamegesprek op gestandaardiseerde wijze worden gescreend op alle thema's, behalve op delier. Gestandaardiseerde risicoscreening op delier is enkel verplicht voor patiënten van zeventig jaar of ouder. Daarnaast gelden voor de poliklinische, kinder-, intensive- en medium zorgeenheden aparte richtlijnen voor risicoscreening. Risicoscreening is één van de onderdelen van het patiëntopnamegesprek en onderdeel van de verpleegkundige anamnese die doorgaans tijdens het opnamegesprek wordt afgenomen. Tijdens de verpleegkundige anamnese worden allerlei gegevens van de patiënt verzameld, bijvoorbeeld over medicatiegebruik, medische voorgeschiedenis, diëten, allergieën et cetera.

Standaard screeninginstrumenten kunnen per ziekenhuis verschillen. In Amsterdam UMC is voor de volgende screeninginstrumenten gekozen: Bradenscore voor decubitus, Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (KATZ) voor fysieke beperkingen, de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) voor ondervoeding, Johns Hopkins Valrisico-assessment tool voor vallen en voor risico op delier worden drie screeningvragen voorgeschreven, zoals 'Heeft u geheugenproblemen?'. Indien 'ja' dient de verpleegkundige een gevalideerd screeninginstrument (de DOS) toe te passen.

De organisatie van Amsterdam UMC is aan het kijken naar de mogelijkheden om verpleegkundigen te laten afwijken van gestandaardiseerde risicoscreening. Het idee bestaat om een 'bewust-afwijken-knop' in het elektronisch patiëntendossier te implementeren waarbij verpleegkundigen de mogelijkheid krijgen om aan te vinken dat zij (1) ervoor kiezen om een doorgaans verplicht screeninginstrument niet toe te passen en te registreren (2) ervoor kiezen om een screeninginstrument dat doorgaans niet voor de betreffende patiënt afgenomen hoeft te worden op basis van diens kenmerken, wel toe te passen en te registreren (bv. delier bij < 70 jaar). Het Amsterdam UMC wil nagaan wat verpleegkundigen van dit idee vinden. In dit onderzoek zal dit idee daarom worden voorgelegd aan verpleegkundigen.

1.5 Relevantie

Verpleegkundigen maken samen met patiënten het grootste deel van de gezondheidszorg uit. Verpleegkundigen vervullen daardoor een sleutelrol in het monitoren van de kwaliteit van patiëntenzorg en in de preventie en interventie van fouten (Ernstmann et al., 2009; Henry, 2000; Hughes & Clancy, 2005). Inzicht in de manier waarop en redenen waarom verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen, kan bijdragen aan de geleverde patiëntenzorg. Het belang van dit onderzoek wordt onderscheiden in de wetenschappelijke en maatschappelijk relevantie.

Wetenschappelijke relevantie

In verscheidene onderzoeken werd eerder al aandacht besteed aan de toepassing van standaarden door verpleegkundigen in verschillende settings (Erstmann et al., 2009; Francke, Smit, de Veer, & Mistiaen, 2008; Johannessen, 2017; Leistra, Visser, van der Hout, Langius, & Kruijenga, 2014; Rycroft-Malone et al., 2009; Thompson et al., 2009). Hieruit bleek bijvoorbeeld dat factoren als werkervaring, sociaal kapitaal en tijd van invloed zijn op de toepassing van standaarden. Toch is er nog weinig bekend over de manier waarop verpleegkundigen redeneren om klinische beslissingen te maken (Johannessen, 2017; Simmons, 2010). Eerdere onderzoeken zijn voornamelijk kwantitatief van aard. In methodologisch opzicht levert dit onderzoek een bijdrage, omdat door de kwalitatieve aanpak die hier wordt gehanteerd intensievere analyses gemaakt kunnen worden (Bryman, 2012). Hierdoor kan niet alleen inzicht gekregen worden in *hoe* verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen, maar ook in *waarom* zij dit doen. In recent onderzoek is hiervoor een aanzet gegeven waar door middel van een verdiepende analyse onderzoek is gedaan naar de verpleegkundige werkwijze bij de toepassing van standaarden op de spoedeisende hulp (Johannessen, 2017). Deze afdeling is echter niet te vergelijken met de afdelingen en patiënten in dit onderzoek. Dit onderzoek wordt namelijk uitgevoerd op de afdeling Neurochirurgie, Hematologie en kort verblijf. Het is denkbaar dat verpleegkundigen in dit onderzoek andere afwegingen maken dan verpleegkundigen op de spoedeisende hulp die onder een hoge tijdsdruk moeten handelen. Daarnaast wordt in dit onderzoek gericht gekeken naar de toepassing van standaarden rondom risicoscreening die een essentieel onderdeel van de verpleegkundige werkzaamheden vormt (Hughes, 2008; Stalpers, 2017; V&V 2012).

Dit onderzoek levert tevens een wetenschappelijke bijdrage doordat aan de hand van verpleegkundige afwegingen wordt geanalyseerd hoe zij met verschillende managementlogica's omgaan. Gezien standaardisatie in de zorg gepaard gaat met spanningen door de verschillende belangen die hierbij een rol spelen, is er grote behoefte naar onderzoek over hoe zorgverleners met spanningen tussen deze logica's omgaan (Mannion & Exworthy, 2017).

Maatschappelijke relevantie

Zowel landelijk als internationaal is er een trend zichtbaar waarbij het werk van zorgverleners wordt gestandaardiseerd en als onderdeel daarvan meer registraties worden vereist. In Nederland worden

steeds meer acties ingezet om standaarden en registraties (voor risicoscreening) in de zorg terug te dringen om de registratielast te verlagen (NVZ, 2018; V&VN, 2018). Inzicht in de verpleegkundige afwegingen om al dan niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen, draagt bij aan het vormgeven van alternatieven van risicoscreening waarbij de registratielast wordt verminderd. Hierdoor kan indirect een positieve bijdrage aan de patiëntenzorg worden geleverd.

2. Theoretisch kader

2.1 Introductie

Om de manier waarop verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen en het spanningsveld dat hieromheen bestaat te begrijpen, worden in dit hoofdstuk drie verschillende managementlogica's belicht. Het gaat hier om de *professionele*, *prestatie-* en *politieke logica*. Iedere logica heeft naast het behalen van kwalitatieve zorg een ander hoofddoel. Door deze verschillende doelen hebben de logica's verschillende redenen om verpleegkundige risicoscreening wel of niet te standaardiseren. Aan de hand van deze redenen zal de dynamiek tussen de logica's worden uitgelegd, van waaruit verschillende verpleegkundige afwegingen om gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen kunnen worden onderscheiden. Alvorens de logica's worden toegelicht, zullen de concepten *standaardisatie* en *kwaliteit van zorg* worden beschreven.

2.2 Gestandaardiseerde risicoscreening

“Standaardisatie is een proces waarbij verspreid over tijd en plaats heen uniformiteit wordt ontwikkeld, door het genereren van overeengekomen regels” (Timmermans & Epstein, 2010, p. 71). Standaardisatie gaat binnen de gezondheidszorg vaak samen met termen als (klinische) richtlijnen, protocollen, algoritmes en standaarden. Ondanks verschillende benamingen hebben deze termen allemaal gemeen dat ze een *procedurele standaard* vormen: een set van instructies die zorgverleners vertellen 'A' te doen in situatie 'B' (Johannessen, 2017; Timmermans & Berg, 2003). Standaarden voor risicoscreening beschrijven welke screeninginstrumenten verpleegkundigen wanneer en bij wie moeten gebruiken, en hoe en waar zij dit moeten registreren.

Gestandaardiseerde risicoscreening draagt bij aan kwalitatieve en verantwoorde zorg doordat verpleegkundigen worden geholpen bij het maken van beslissingen over de behandeling en diensten die de patiënt behoeft (JCI, 2017; V&VN, 2014). Onder kwalitatieve (ziekenhuis)zorg wordt verstaan: 'zorg die in medisch opzicht voor elke patiënt tot het best mogelijke resultaat leidt, zonder complicaties, dus veilig' (NVZ, 2014, p. 8). Continuïteit van zorg wordt daarbij gezien als structureel onderdeel van een goede kwaliteit van zorg (Campbell et al., 2000). Continuïteit van zorg verwijst naar *“zorg die over de tijd heen door een enkele zorgverlener of door een team van zorgverleners wordt geleverd en naar effectieve en tijdige communicatie van zorginformatie”* (Institute of Care, in Cabana & Jee, 2004, p. 975). Om continuïteit van zorg te waarborgen is het van belang dat alle zorgverleners van een patiënt beschikken over de informatie die nodig is om beslissingen te maken. Registratie van (verpleegkundige) handelingen draagt dan ook bij aan de continuïteit van zorg en vormt een onderdeel van standaarden (JCI, 2017). Zodra een verpleegkundige bijvoorbeeld zorgt voor een patiënt met een hoog valrisico en de dienst is afgelopen, weten collega's van de volgende diensten door de registratie van dit valrisico welke interventies zij hierop moeten inzetten om te voorkomen dat de patiënt valt.

2.3 Standaardisatielogica's

Elk van de drie logica's heeft zijn eigen bouwstenen, middelen en waarden van waaruit publieke organisaties kunnen worden gemanaged (Noordegraaf, 2015). Zo focust de professionele logica zich op de complexiteit van dienstverlening, interacties tussen professionals en cliënten en kennis en expertise wordt van belang geacht bij beleidvorming. De prestatielogica legt de aandacht op systematische en rationele organisatieprestaties. Waarden als effectiviteit en efficiëntie en de inzet van systematische tools zijn kenmerkend (Noordegraaf, 2015; Olakivi & Niska, 2017). Waar de prestatie- en professionele logica zich focussen op processen binnen organisaties, heeft de politieke logica aandacht voor de *arena's* die bestaan uit verscheidene organisaties, partijen en belanghebbenden, zoals 'het publiek'. De politieke logica heeft aandacht voor betwiste waarden, rechten, aanspraken en publieke verdelingen. De focus ligt op manipulatie van bestuurlijke en politieke omgevingen (Noordegraaf, 2015).

Het verschilt per organisatie en situatie welke logica het meest relevant is (Noordegraaf, 2015). In een ziekenhuis is de professionele logica van belang, omdat er veel verschillende professionals werken die tevreden moeten worden gehouden. Ook de prestatielogica komt van pas voor een efficiënte en effectieve bedrijfsvoering. Daarnaast heeft een ziekenhuis te maken met veel externe belanghebbenden die inspraak hebben over hoe kwalitatieve zorg geleverd moet worden waardoor de politieke logica relevant is.

Nu duidelijk is dat iedere logica een andere focus heeft, zal worden beschreven welke verschillende redenen er vanuit de logica's bestaan om risicoscreening te standaardiseren.

Prestatielogica

In de optiek van de prestatielogica zorgt gestandaardiseerde risicoscreening voor een efficiënte en effectieve coördinatie van verpleegkundige risicoscreening (Noordegraaf, 2015). Er wordt van uitgegaan dat hoe meer werknemers vertrouwen op standaarden, hoe meer prestaties kunnen worden behaald (Noordegraaf, 2015). De organisatie van het ziekenhuis moet zelf ook verantwoording afleggen aan externe partijen, zoals de overheid, verzekeraars, patiënten en belangenverenigingen. Aan zorginstanties- en verenigingen wordt bijvoorbeeld verantwoording afgelegd door middel van (verpleegkundige) kwaliteitsindicatoren, waar risicoscreening onderdeel van is (DHD & IGZ, 2016; Keetelaar et al., 2011; Stalpers et al., 2016). Op basis van de kwaliteitsindicatoren kunnen ziekenhuisprestaties worden vergeleken (Keetelaar et al., 2011). Naarmate een ziekenhuis vollediger screent wordt er door beleidsmakers van uitgegaan dat een ziekenhuis hoger presteert dan een ander ziekenhuis dat minder volledige screeningpercentages heeft (Stalpers et al., 2016). Doordat verpleegkundigen op een gecoördineerde wijze risicoscreening registreren, kan het handelen van verpleegkundigen dus makkelijker worden gecontroleerd en beoordeeld (Noordegraaf, 2015; V&VN, 2014).

Politieke logica

Het feit dat ziekenhuizen zich bevinden in een groot speelveld bestaande uit verschillende belanghebbenden, geeft aan dat management vanuit de politieke logica van groot belang is (Noordegraaf, 2015). Management vanuit de politieke logica is niet alleen van belang vanwege de grootte van het speelveld, maar ook vanwege de grote sociale impact die ziekenhuizen hebben. Er wordt gesteld dat vanaf de twintigste eeuw een steeds grotere nadruk is komen te liggen op publieke verantwoording van klinische werkzaamheden (Berg et al., 2000). Medische fouten die kunnen ontstaan door het missen van risico's kunnen veel publieke onrust opleveren, doordat hierover veel meningen kunnen worden gevormd vanuit het publiek (Noordegraaf, 2015). Dat standaarden van belang worden geacht om fouten te voorkomen blijkt ook uit het feit dat deze vaak worden ontwikkeld nadat een incident heeft plaatsgevonden (Grote et al., 2009). Daarnaast maken tuchtrechters gebruik van standaarden bij de behandeling van casussen als toetsingskader voor de handelingen en gedragingen van verpleegkundigen (Buijse & van Tol, 2005). Standaardisatie en daarmee coördinatie van risicoscreening kan een manier zijn voor ziekenhuizen om zich in deze complexe bestuurlijke en politieke omgeving te manoeuvreren (Poissant, Pereira, Tambyn, & Kawasumi, 2005).

Professionele logica

Uit het bovenstaande blijkt dat het standaardiseren van risicoscreening vanuit de politieke en prestatie logica zinvol is, zodat prestaties kunnen worden gecontroleerd en verantwoording kan worden afgelegd. Standaarden kunnen ook gewenst zijn vanuit de professionele logica, bijvoorbeeld doordat richtlijnen worden gegeven voor situaties waarin verpleegkundigen niet weten hoe te handelen (Cutrer & Ehrenfeld, 2017; Noordegraaf, 2015). Standaarden bieden dan ondersteuning aan de professional. Daarnaast werden standaarden vanaf eind jaren 1980 als middel gezien om de 'herkenbaarheid', 'status' en het 'zelfrespect' van de professie te laten stijgen (Timmermans & Berg, 2003; Timmermans, Bowker & Star, 1998; Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles & Grimshaw, 1999). Verpleegkundigen konden door middel van op wetenschap gebaseerde standaarden, laten zien dat zij over een solide basiskennis beschikken, zelfkritisch zijn en wetenschappelijk in hun werkwijzen (Timmermans & Berg, 2003). Het is juist vanwege professionele kenmerken van verpleegkundigen – dus vanuit de professionele logica gezien - dat standaarden weerstand kunnen opleveren. Het is juist vanwege professionele kenmerken van verpleegkundigen – dus vanuit de professionele logica gezien - dat standaarden weerstand kunnen opleveren. Om deze verklaring te kunnen uitleggen wordt het artikel van Wilensky (1964) besproken waarin kenmerkende professionele eigenschappen staan beschreven.

Ten eerste beschikken professionals volgens Wilensky (1964) over een *technische basis*. Een technische basis kan worden opgedaan door middel van systematische kennis, bijvoorbeeld aan de hand van een opleiding. Een technische basis kan ook worden verkregen door middel van minder aanwijsbare vaardigheden die bijvoorbeeld door middel van ervaring worden opgedaan. Dergelijke vaardigheden worden ook wel *taciete kennis* genoemd. Dit betekent letterlijk 'stilzwijgende kennis'. Taciete kennis

kan bestaan uit subjectieve inzichten, intuïties en ingevingen die diep geworteld zitten in individuele acties en ervaringen van een professional (Nonaka, Takeuchi, & Umemoto, 1996; Noordegraaf, 2015). Kijkend naar verpleegkundigen hebben ook zij systematische kennis opgedaan tijdens hun - in Nederland meestal vierjarige - opleiding en behoren zij te beschikken over belangrijke taciete kennis. Zo zijn sociale en communicatievaardigheden belangrijke verpleegkundige vaardigheden, vaardigheden die niet zomaar aangeleerd kunnen worden tijdens de opleiding (Bensing, 2000; Noordegraaf, 2015; Thompson, Parrott & Nussbaum, 2011). Ook uit het onderzoek van Johannessen (2017) en Rycroft-Malone et al. (2009) bleek dat verpleegkundigen hun intuïtie, emotie en interactie met collega's en patiënten gebruikten bij hun klinische besluitvorming in plaats van of naast het gebruik van standaarden. Volgens Wilensky (1964) zijn niet alleen deze kennis en vaardigheden genoeg om recht te doen aan een technische basis, binnen de maatschappij moet ook brede consensus bestaan over de kennis en beroepsleer die door de professional wordt toegepast. Hierbij speelt de aard van het werk een rol. Om dit te illustreren wordt een vergelijking gemaakt tussen een geestelijke en een verpleegkundige. Net als een verpleegkundige beschikt een geestelijke over systematische kennis en vaardigheden, maar een verpleegkundige die als doel heeft om patiënten te genezen en hun welzijn te verbeteren kan meer waardering krijgen dan een geestelijke die ook felle tegenstanders zal hebben door diens religieuze voorkeur (Wilensky, 1964).

Een tweede kenmerk van een professional betreft diens *service ideaal* (Wilensky, 1964). Hiermee wordt bedoeld dat een professional zich toewijdt aan de belangen van de cliënt in plaats van een persoonlijk of commercieel belang (Wilensky, 1964). Om toe te lichten dat verpleegkundigen hierover beschikken wordt de term *street-level professionals* gebruikt. Net als bijvoorbeeld agenten en leraren worden verpleegkundigen zo genoemd. Zij kenmerken zich door hun directe interactie met burgers en een sterke beroepsloyaliteit. Zo willen zij hun werkomgeving overeen laten komen met hun eigen voorkeuren (Lipsky, 2010). Ten opzichte van artsen heeft deze groep professionals een minder sterke technische basis en autonome expertise – verpleegkundigen volgen immers orders van artsen op –, maar ten opzichte van de meeste beroepen hebben zij relatief veel autonomie (Lipsky, 2010).

Het zijn dus deze technische basis en een service ideaal die ervoor zorgen dat het opleggen van standaarden voor verpleegkundige werkzaamheden lastig kan zijn (Wilensky, 1964). Op het moment dat standaarden gaan voorschrijven hoe verpleegkundigen patiënten moeten screenen op risico's, kan dit het gevoel geven dat hun professionele kennis en vaardigheden op de tweede plaats zijn komen te staan. Namelijk na wat volgens anderen is besloten dat het beste is (Timmermans & Berg, 2003). Daarnaast is het denkbaar dat gestandaardiseerde risicoscreening volgens verpleegkundigen niet ten goede komt aan de patiënt, maar toch moet worden uitgevoerd vanwege politieke en prestatiedoeleinden. De standaarden botsen dan met hun service ideaal (Noordegraaf, 2015). Het verlies aan verpleegkundige autonomie dat gepaard gaat met standaarden kan in dit opzicht worden gezien als een oneerlijk voordeel dat machtige 'outsiders' – managers, verzekeraars, overheden en andere professionals – hebben opgelegd aan machteloze 'insiders' (Timmermans & Berg, 2003).

Nog meer concurrentie tussen de logica's

Het blijkt dat de verschillende redenen die voortvloeien uit de logica's om verpleegkundige risicoscreening te standaardiseren elkaar deels aanvullen, maar ook botsen. Dit maakt de dynamiek tussen de logica's complex. Met name de politieke en prestatie logica lijken te concurreren met de professionele logica. Deze concurrentie lijkt versterkt te worden door de vervanging van het papieren patiëntendossier door het elektronisch patiëntendossier. De manier waarop dit gebeurt, zal hieronder worden toegelicht.

Onderdeel van gestandaardiseerde risicoscreening is dat risico's aan de hand van screeninginstrumenten worden uitgevraagd en geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier. Voordat het elektronisch patiëntendossier werd gebruikt in ziekenhuizen, werd patiëntinformatie in een papieren dossier geregistreerd. Voordelen van deze verandering zijn dat patiëntinformatie snel toegankelijk is voor de verpleegkundige en de patiënt, en door middel van 'big data' vroegtijdig waarschuwingen kunnen worden gegeven en geschikte interventies worden voorgeschreven (De Ruiter, Liaschenko, & Angus, 2016; Despins & Wakefield, 2018). Tegelijkertijd is coördinatie en controle van registraties middels statistieken makkelijker geworden voor het management en kan makkelijker verantwoording worden afgelegd aan externe partijen (De Ruiter et al., 2016; Erikson, 2012). Leidinggevendenden kunnen bijvoorbeeld controleren of verpleegkundigen van de avonddienst alle verplichte risicoscreening hebben geregistreerd, zoals van accreditatiecommissies gevraagd wordt.

Er wordt gesteld dat externe belanghebbenden hebben bijgedragen aan de toename van verplichte (verpleegkundige) registraties, wat heeft gezorgd voor een complex elektronisch patiëntendossier (Bloomrosen et al. 2011). Critici stellen dan ook dat door deze externe inmengingen een te grote focus is ontstaan op het bijhouden van data voor organisatieprioriteiten in plaats van op het monitoren van de patiënt (De Ruiter et al., 2016; Hunt, Bell, Baker, & Howard, 2017). Verpleegkundigen voelen zich hierdoor genoodzaakt om risicoscreening in kaart te brengen, omdat volledigheid van registratie een kwaliteitsindicator is geworden (De Ruiter et al., 2016). Kortom de redenen om gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen vanuit de politieke en prestatie logica zijn versterkt door de komst van het elektronisch patiëntendossier. Dit heeft echter ook nadelige gevolgen.

Zorgverleners die werken met het elektronisch patiëntendossier geven aan dat zij moeite hebben met het zoeken naar patiëntinformatie, slechte leesbaarheid en onbekende gespecialiseerde termen. De grote hoeveelheid verplichte registraties kan zorgen voor een zogeheten *information overload* (Singh et al., 2013). Daarnaast kunnen de hoeveelheid registraties als onderdeel van standaarden ervoor zorgen dat er een te grote focus het volgen van de standaard ligt (Grote et al., 2009; Sulmasy, López, & Horwitch, 2017): "*scrollen en vragen stellen als ze op de computer verschijnen, maar niet de huidige behoefte van de patiënt beoordelen*" (Sulmasy et al., 2017, p. 937). De grote hoeveelheid aan registraties kan zorgen voor het missen van belangrijke informatie (*alert fatigue*), vertraging van zorgverlening en 'valse documentatie' (Farri et al., 2012; Sulmasy et al., 2017). Er lijkt sprake te zijn van *red tape*: "*regels en procedures waarvan naleving leidt tot lasten, zonder bij te dragen aan de oorspronkelijke doelen*

waarvoor zij werden ingezet” (Bozeman, geciteerd in Tummers, Weske, Bouwman, & Grimmelikhuisen, 2016). Deze nadelen voor verpleegkundigen en patiënten kunnen zorgen voor een grotere botsing van de politieke en prestatielogica met de professionele logica.

2.4 Toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening

Aan de hand van de verschillende logica's en bijbehorende redenen om verpleegkundige risicoscreening wel of niet te standaardiseren, kunnen er verschillende verpleegkundige afwegingen worden onderscheiden om wel of niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen. Eerdere onderzoeken beschrijven bijvoorbeeld dat verpleegkundigen standaarden toepasten, omdat zij hierdoor verantwoording konden afleggen voor als hun handelingen bijvoorbeeld in twijfel werden getrokken (Johannessen, 2017; Rycroft-Malone et al., 2009). Indien het hier gaat om publieke verantwoording, dus verantwoording naar belanghebbenden buiten de organisatie, wordt de toepassing van standaarden meer gedreven vanuit een politieke logica. Indien gestandaardiseerde risicoscreening wordt toegepast om verantwoording af te leggen aan personen en/of organen binnen de organisatie is de prestatielogica meer aan zet (Noordegraaf, 2015). Het management kan bijvoorbeeld druk uitoefenen om gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen, omdat het ziekenhuis ge(her)accrediteerd wil worden of geld wil ontvangen van verzekeraars (De Ruiter et al., 2016). Daarnaast bleek dat verpleegkundigen in onderzoek van Johannessen (2017) soms wel standaarden toepasten, maar dat dit vaak na de uitvoering van hun klinische beoordeling werd gedaan, dus op reflectieve wijze.

Uit de onderzoeken van Johannessen (2017) en Rycroft-Malone et al. (2009) bleek tevens dat verpleegkundigen regelmatig geen standaarden toepasten tijdens hun werk. Deze hadden zij niet nodig, omdat zij van mening waren dat zij zonder ook de juiste zorg konden leveren of strikte naleving kon volgens hen zelfs een risico vormen voor patiënten. In tabel 1 is op basis van eerdere onderzoeken een overzicht van verwachte verpleegkundige afwegingen om wel of niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen weergegeven.

Tabel 1

Verpleegkundige afwegingen om wel/niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen

Logica	Aandachtspunten	Verpleegkundige afwegingen om wel/niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen
Professionele logica	Complexiteit van dienstverlening, interacties tussen professionals en cliënten, kennis en expertise (Noordegraaf, 2015).	<p>Wel toepassen: “Zorgt voor verhoging van professionele status.” (Timmermans & Berg, 2003; Timmermans et al., 1998; Woolf et al., 1999)</p> <p>“Behulpzaam als laatste check” (Johannessen, 2017)</p> <p>Niet toepassen: “Botst met het service ideaal van verpleegkundigen” (Wilensky, 1964)</p> <p>“Botst met de verpleegkundige autonomie: verpleegkundige kennis en ervaring is voldoende patiëntrisico’s in te schatten.” (Johannessen, 2017; Noordegraaf, 2015; Rycroft-Malone et al., 2009; Wilensky, 1964)</p> <p>“Strikte naleving van standaarden kan nadelig zijn voor de patiënt.” (Farri et al., 2012; Johannessen, 2017; Sulmasy et al., 2017)</p>
Prestatie logica	Organisatieprestaties, effectiviteit en efficiëntie, systematische tools (Noordegraaf, 2015; Olakivi & Niska, 2017).	<p>Wel toepassen: “Zorgt ervoor dat er wordt voldaan aan eisen vanuit het management (vanwege bv. de accreditatiecommissie/ verzekeraars/inspectie).” (De Ruiter et al. 2016; JCI, 2017; Noordegraaf, 2015; Stalpers et al., 2016)</p>
Politieke logica	Betwiste waarden, rechten, aanspraken en publieke verdelingen. Manipulatie van bestuurlijke en politieke omgevingen (Noordegraaf, 2015).	<p>Wel toepassen: “Om (publieke) verantwoording af te leggen” & “Om negatieve publieke aandacht te voorkomen.” (Johannessen, 2017; Noordegraaf, 2015; Rycroft-Malone et al., 2009)</p>

2.5 Deelconclusie

Aan de hand van de literatuur is gebleken dat gestandaardiseerde risicoscreening vanuit verschillende logica's, vanwege verschillende redenen wel of niet van belang kan worden geacht. De logica's hebben zowel aanvullende als concurrerende redenen. Vanuit de politieke en prestatie logica werden vooral redenen gevonden om wel gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen. Vanuit de professionele logica werden ook redenen gevonden om gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen, maar voornamelijk redenen om dit niet te doen. Dit maakt dat er een complexe dynamiek tussen de logica's bestaat. De dynamiek tussen de verschillende logica's lijkt ervoor te zorgen dat verpleegkundigen voor een lastige opgave worden gesteld. Om verscheidene redenen is gestandaardiseerde risicoscreening van belang, maar soms lijken deze standaarden tegen hun professionele kennis en instinct in te gaan.

Uiteindelijk heeft iedere managementlogica als doel om de best mogelijke kwaliteit van zorg te leveren aan de patiënt. De meningen over de manier waarop gestandaardiseerde risicoscreening daaraan bijdraagt verschillen per gehanteerde logica. Verpleegkundigen zijn degene die het meest dichtbij de patiënt staan en de standaarden uiteindelijk tot uitvoering moeten brengen. De manier waarop zij gestandaardiseerde risicoscreening toepassen en hun redenen om dit wel of niet te doen ten behoeve van de kwaliteit van zorg kunnen bepalend zijn voor de geleverde patiëntenzorg. Daarom wordt in het hoofdstuk 4 door middel van empirie onderzocht hoe verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen en hoe zij tot de afwegingen komen om dit wel of niet te doen. Voorafgaand zullen de methoden en technieken van in onderzoek in hoofdstuk 3 worden besproken.

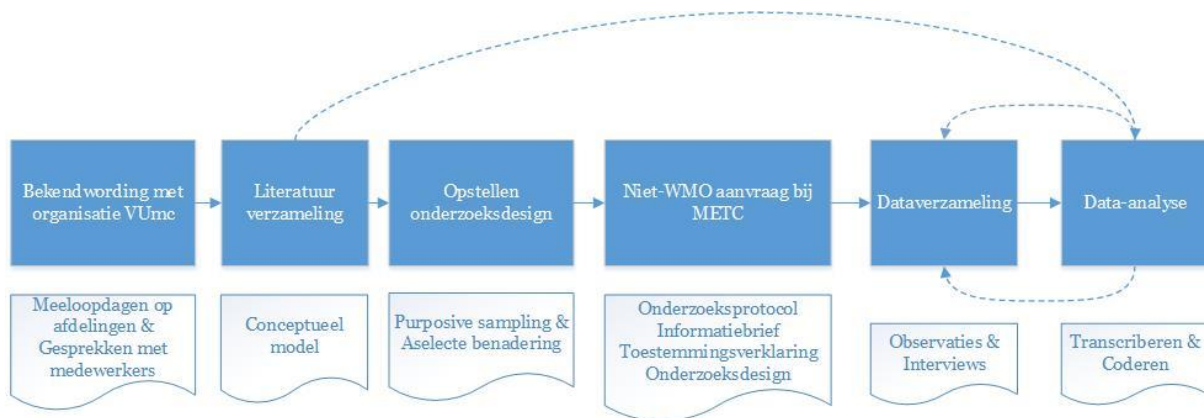
3. Methoden en technieken

3.1 Onderzoeksstrategie

Het doel van dit onderzoek was om te begrijpen hoe en waarom verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen. Hiervoor is een verdiepende analyse waarbij verpleegkundige afwegingen kunnen worden doorgronden geschikt. In tegenstelling tot kwantitatief onderzoek leent kwalitatief onderzoek zich hier goed voor, waar de nadruk onder andere ligt op de ontwikkeling van concepten die helpen sociale verschijnselen te begrijpen in hun natuurlijke context (Boeije, 2014). Er werd hiermee getracht om door middel van empirie bij te dragen aan nieuwe theorievorming.

Om de verpleegkundige afwegingen te kunnen duiden werd het van belang geacht om naast empirisch onderzoek ook literatuuronderzoek te doen. Er is getracht om de verpleegkundige afwegingen te begrijpen aan de hand van drie managementlogica's. Het grootste deel van het literatuuronderzoek werd vooraf uitgevoerd, maar ook tijdens en na de dataverzameling is nog literatuuronderzoek gedaan. Aan de hand van de data werden nieuwe inzichten verkregen waardoor aanvullende literatuur van belang werd geacht om de verpleegkundige afwegingen te duiden. Dit onderzoek kent door deze aanpak zowel een inductieve als deductieve component (Deetz, 1996; van Thiel, 2010).

Figuur 1 geeft in grote lijnen de verschillende fases van het onderzoek weer. De methoden en technieken van dit onderzoek zullen vanuit deze de fases verder toegelicht worden.



Figuur 1. Onderzoeksfases van methoden onderzoek

3.2 Bekendwording met organisatie Amsterdam UMC

De onderzoeker heeft gedurende het onderzoek stage gelopen in Amsterdam UMC op de stafafdeling van het ziekenhuis. Er is gekozen om onderzoek uit te voeren in Amsterdam UMC, omdat uit tevredenheidsonderzoeken onder medewerkers gebleken was dat verpleegkundigen een hoge werkdruk ervaren. Uit de gesprekken met verpleegkundigen bleek dat zij een hoge registratielast ervaren en gestandaardiseerde risicoscreening regelmatig als onnodig wordt ervaren. Om de invalshoek van het onderzoek te bepalen heeft de onderzoeker op twee klinische afdelingen meegelopen en met verschillende verpleegkundigen gesprekken gevoerd. Ook heeft de onderzoeker met verscheidene

mensen van de organisatie samengewerkt aan projecten (verpleegkundigen hoofden, stafadviseurs zorg, zorgmanagers divisie-eenheden) en zijn gesprekken over het onderzoek gevoerd. Door de stagewerkzaamheden werd een goed begrip vergekregen van de organisatieprocessen binnen Amsterdam UMC en de verpleegkundige werkzaamheden.

3.3 Literatuurverzameling

Parallel aan de bekendwording met de organisatie werd wetenschappelijke literatuur verzameld om richting te geven aan het onderzoek. Om de verpleegkundige afwegingen in perspectief te kunnen plaatsen werd een theoretisch kader opgesteld waarbij drie managementlogica's als leidraad werden gebruikt. Volgens de literatuur kunnen organisatiekeuzes zoals standaardisatie van risicoscreening vanuit die drie logica's worden begrepen (Noordegraaf, 2015). Aan de hand van de logica's en eerdere onderzoeken naar het gebruik van verpleegkundige standaarden is in tabel 1 een operationalisering van de logica's weergegeven, zodat de logica's zo meetbaar mogelijk konden worden gemaakt.

3.4 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is ervoor gekozen om verpleegkundigen uit één ziekenhuis te onderzoeken. Hoewel het denkbaar is dat verpleegkundigen uit verschillende ziekenhuizen een completer beeld kunnen geven van verpleegkundige afwegingen, maakt een casusstudie als deze het mogelijk om afwegingen intensiever te analyseren en theoretisch sterkere conclusies te kunnen trekken (Bryman, 2012). Het verkrijgen van relevante theorieën uit verzamelde data is hierbij meer van belang dan generalisering van resultaten (Bryman, 2012). Doordat de onderzoeker ook stage kon lopen in het ziekenhuis waarin onderzoek werd uitgevoerd konden de verpleegkundige afwegingen nog beter worden begrepen.

Wel is ervoor gekozen om drie verschillende specialismen binnen Amsterdam UMC te selecteren, omdat het er tijdens de oriëntatiefase van het onderzoek op leek dat de visie op het belang van gestandaardde risicoscreening verschilde per afdeling. Dit leek vooral te maken te hebben met de patiëntenpopulatie, op interne geneeskunde liggen gemiddeld bijvoorbeeld veel meer oudere patiënten dan op Hematologie waardoor risico's als fysieke beperkingen eerder werden verwacht. Er werd gekozen voor een snijdende (Neurochirurgie) en een beschouwende (Hematologie) afdeling en de afdeling kort verblijf. Dit onderzoek bevat daardoor ook elementen van een cross-sectioneel design.

Medium en Intensive Care en kinderafdelingen werden niet geïncludeerd. Op deze afdelingen worden aangepaste risicoscreening gehanteerd ten opzichte van het overgrote deel van het ziekenhuis. Hetzelfde geldt voor de poliklinische eenheden. De gekozen manier van steekproeftrekking waarbij onderzoekseenheden op strategische wijze worden geselecteerd heet *purposive sampling* en is kenmerkend voor kwalitatief onderzoek. Dit maakt het mogelijk dat de probleemstelling goed kan worden bestudeerd (Bryman, 2012; Coyne, 1997).

Respondentkeuze

Om zo min mogelijk ongewenste effecten op de resultaten te hebben is randomisatie van participanten gewenst, maar dit was - zoals in veel verpleegkundige settingen het geval is - niet mogelijk vanwege ethische overwegingen, institutionele regels en andere situationele factoren (Maas, Buckwalter, Reed, & Pringle Specht, 1989). Per afdeling werden verpleegkundigen daarom op aselechte wijze benaderd.

Toewijzing van opnames aan verpleegkundigen zijn afhankelijk van tijd en zorgzwaarte van de patiënten van die dag. Welke verpleegkundigen een patiëntopnamegesprek zouden uitvoeren was daarom pas op het begin van de dag waarop het gesprek gepland stond bekend. Om deze redenen ging de onderzoeker aan het begin van de dag langs op de afdeling om te vragen of er nog opnames waren die geobserveerd konden worden. Soms was de week van tevoren al bekend of er opnames gepland stonden, maar soms waren er acute opnames. Het is een paar keer voorgekomen dat ondanks dat er opnames op een afdeling gepland stonden deze niet konden worden geobserveerd in verband met een te hoge werkdruk. In tabel 2 staan de inclusie- en exclusiecriteria van respondenten weergegeven.

Tabel 2

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none">• Werkzaam op klinische zorgenheid• Leerling- of afgestudeerd verpleegkundige• Neemt risicoscreening af bij patiëntopname	<ul style="list-style-type: none">• Werkzaam op medium en intensive care zorgenheden• Werkzaam op kinderafdeling

In totaal zijn zestien verpleegkundigen geïnterviewd, waarvan elf verpleegkundigen werden geobserveerd tijdens een patiëntopnamegesprek. Na één van de observaties heeft geen interview plaatsgevonden, dit was wegens persoonlijke omstandigheden van de verpleegkundige niet mogelijk. In één van de interviews werden tegelijk twee verpleegkundigen geïnterviewd, een leerling verpleegkundige die het patiëntopnamegesprek leidde en een begeleidend afgestudeerd verpleegkundige. Tenslotte werd door een miscommunicatie pas na één van de interviews duidelijk dat de geïnterviewde verpleegkundige niet voldeed aan de inclusiecriteria. Hierdoor is dit interview niet meegenomen is in de data-analyse. In bijlage 6 staat een overzicht van de respondenten en hun kenmerken weergegeven.

3.5 Niet-WMO aanvraag bij Medische Ethische toelatingscommissie (METC)

WMO staat voor de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek. Dit onderzoek valt niet onder deze wet, omdat er geen sprake is van onderwerpen van proefpersonen aan handelingen dan wel het opleggen van een gedragswijze. Dit onderzoek valt niet onder de WMO, maar dient wel rekening te houden met andere regels waardoor een niet-WMO-verklaring is aangevraagd bij de Medische Ethische Toelatingscommissie van Amsterdam UMC (locatie VUmc). De belangrijkste documenten van de aanvraag waren een onderzoeksprotocol, informatiebrief, toestemmingsverklaring en het onderzoeksdesign (zie bijlage 1) Daarnaast is het onderzoek aangemeld bij het Centraal Meldpunt Gegevensbescherming Amsterdam UMC (locatie VUmc).

Ten behoeve van de privacy kregen participanten codes toegekend waarvan de sleutel enkel inzichtelijk was voor de onderzoeker en begeleidende onderzoeker vanuit Amsterdam UMC.

3.6 Data-verzameling

De data in dit onderzoek is verzameld door middel van observaties van patiëntopnamegesprekken en interviews. Door deze triangulatie van onderzoeksmethodes werd een vollediger beeld verkregen van de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening. In een interview komen bijvoorbeeld minder duidelijk de interacties tussen verpleegkundigen en patiënten naar voren. Onderzoek dat relevant is voor de praktijk en wetenschap moet volgens Maas et al. (1989) plaatsvinden in een natuurlijke omgeving. Daarnaast was het denkbaar dat de onderzoeker bepaalde aspecten opvallend zou vinden die voor de verpleegkundige misschien voor zich spreken en daarom niet worden besproken in een interview.

Gestructureerde observaties patiëntopnamegesprekken

Voorafgaand aan het onderzoek werd een aantal onderdelen van de verpleegkundige risicoscreening van belang geacht om een beter begrip te krijgen van de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening. Zo werd gekeken naar het verloop van het gesprek, de manier van uitvragen van risicoscreening en de manier waarop risico's ter sprake kwamen. Dit maakt dat de observaties op een gestructureerde wijze waren ingestoken. Voordeel van deze wijze is dat observaties op een systematische manier mogelijk worden gemaakt en de resultaten daardoor minder onderhevig zijn aan visies van verschillende personen. Het vergoot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Booth, Davidson, Winstanley, & Waters, 2001). Indien de onderzoeker van mening was dat er ook andere aspecten bepalend waren voor de manier waarop gestandaardiseerde risicoscreening werd toegepast, werd dit wel opgeschreven. Om dit te kunnen nagaan is een logboek bijgehouden. Daarnaast werden niet-herleidbare kenmerken van de patiënt genoteerd, zoals bijvoorbeeld spraakzaamheid, aanwezigheid van familie, jong of oud. Van tevoren werd verwacht dat dit mogelijk invloed kon hebben op de manier waarop verpleegkundigen risicoscreening toepasten. De onderzoeker deed niet actief mee in het opnamegesprek, maar communiceerde wel met de patiënt indien die zijn/haar aandacht op de onderzoeker richtte.

Semigestructureerde interviews

De geobserveerde patiëntcasussen werden gebruikt als input voor de interviews. Per risicothema werd gevraagd waarom de verpleegkundige ervoor had gekozen om wel of niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen bij de betreffende patiënt. Verwacht werd dat vragen op deze manier makkelijker konden worden ingebeeld en zo realistisch mogelijke antwoorden konden worden gegeven. Om deze reden werd getracht om voorafgaand aan elk interview een patiëntopnamegesprek te observeren van de betreffende verpleegkundige en deze kort op elkaar te laten plaatsvinden. In verband met praktische beperkingen en werkdrukte werd voorzien dat het niet altijd mogelijk was om voorafgaand aan het interview een opnamegesprek te observeren. Hierom is een onderzoeksdesign met en zonder observatie gemaakt (zie bijlage 2 en 3). Indien geen observatie plaatsvond werd aan de verpleegkundige gevraagd diens meest recente patiëntopnamegesprek in gedachte te nemen.

Er is gekozen voor kwalitatieve interviews, omdat hierdoor de mogelijkheid bestond voor verpleegkundigen om hun afwegingen en hun perspectief goed te kunnen verduidelijken (Maso, in Boeije, 2014). Bij kwantitatieve interviews wordt de visie van de onderzoeker meer benadrukt (Bryman, 2012), terwijl in dit onderzoek vooral de verpleegkundige mening van belang werd geacht. Er is gekozen voor een semigestructureerde in plaats van een ongestructureerde aanpak, omdat de interviews hierdoor in voldoende mate gestructureerd waren om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, maar tegelijk genoeg ruimte boden voor het perspectief van respondenten (Galletta, 2013). Van tevoren werden daarom onderwerpen en vragen opgesteld, maar afhankelijk van wat de geïnterviewde als belangrijk zag werd hier soms vanaf afgeweken.

3.7 Data-analyse

Om de interviews te analyseren zijn de gesprekken opgenomen en daarna getranscribeerd. Transcripten werden open, axiaal en selectief gecodeerd. Er bestond overlap tussen de open en axiale codering. Pas als laatste werden op selectieve wijze de logica's aan de data toegekend. Afwegingen, factoren en alternatieven werden letterlijk uitgevraagd door de onderzoeker in de interviews, waardoor het 'eerstepersoonsperspectief' dat beoogd wordt met open codering minimaal in gevaar kwam (Boeije 2014). Zie bijlage 4 voor de codeboom. Codering vond plaats met behulp van het programma atlas.ti (ATLAS.ti, 2013).

3.8 Kwaliteit van het onderzoek

Er bestaan verschillende visies over de kwaliteit van kwalitatief onderzoek waarin verschillende accenten op nadelen van kwalitatief onderzoek worden gelegd (Seale 1999; Ravenek & Rudman, 2013). In dit onderzoek worden vier kwaliteitseisen van *trustworthiness* gehanteerd, namelijk geloofwaardigheid (credibility), overdraagbaarheid (transferability), overtuigingskracht (confirmability) en afhankelijkheid (dependability) (Guba, 1981; Lincoln & Guba, 1985). Hieronder is beschreven hoe in dit onderzoek rekening werd gehouden met deze criteria.

Credibility

Credibility is vergelijkbaar met interne validiteit: *hoe geloofwaardig is het onderzoek?* (Bryman, 2012) De stage in Amsterdam UMC droeg bij aan het kweken van begrip van de organisatie(cultuur) en vertrouwen bij participanten. Aanwezigheid in de organisatie maakte het mogelijk dat verpleegkundigen de onderzoeker genoeg vertrouwden om zo eerlijk mogelijke antwoorden te geven (Guba, 1981; Shenton, 2004). Om diezelfde redenen werd voorafgaand aan het onderzoek benadrukt aan verpleegkundigen dat de vragen en observaties niet bedoeld waren ter controle van werkzaamheden, maar om begrip te krijgen van de verpleegkundige risicoscreening.

Om intersubjectiviteit na te streven werden resultaten en interpretaties tussentijds besproken met verpleegkundigen en begeleiders vanuit de organisatie. Zo konden eventuele vooroordelen van de onderzoeker worden voorkomen (Boeije, 2014; Shenton, 2004). Tot slot is voorafgaand aan de dataverzameling een oefeninterview uitgevoerd bij een verpleegkundige uit een ander ziekenhuis om na te gaan of vraagstellingen juist geformuleerd waren, zodat begrepen werd wat hiermee werd bedoeld.

Transferability

Transferability komt overeen met externe validiteit: *is het onderzoek overdraagbaar naar andere settings?* (Bryman, 2012) Het is belangrijk dat de lezer veel informatie heeft over de context van het onderzoek (Guba, 1981; Shenton, 2004). Door Geertz (1973) wordt dit ook wel omschreven als een *thick description*. Om deze reden is een logboek bijgehouden met daarin een contextbeschrijving van het onderzoek, zoals tijdens interviews en observaties. Ook de contextbeschrijving van Amsterdam UMC in de inleiding van dit onderzoek en deze uitgebreide methodensectie dragen bij aan de overdraagbaarheid.

Belangrijk is dat bij *purposive sampling*, zoals in dit onderzoek, voorzichtig moet worden omgegaan met generalisatie van resultaten. Ondanks dat het geen willekeurige steekproef is, is het ook geen gemakssteekproef. Bij *purposive sampling* wordt namelijk wel een steekproef getrokken op basis van gerichte doelen (Bryman, 2012). Daarnaast zijn participanten op afdelingsniveau op aselecte wijze geselecteerd.

Dependability

Dependability sluit aan op betrouwbaarheid: *is het waarschijnlijk dat onderzoek op andere momenten in tijd op dezelfde manier kan worden toegepast?* (Bryman 2012) Om onderzoek herhaalbaar te maken is een gedetailleerde beschrijving van het onderzoeksproces van belang waarbij de lezer begrijpt welke methodes zijn toegepast en welk effect dit had (Shenton, 2004). Om deze reden zijn de onderzoekstrategie, -methoden en -technieken beschreven.

Confirmability

Confirmability komt overeen met objectiviteit: *heeft de onderzoeker onafhankelijk gehandeld?* (Bryman, 2012) Volledige objectiviteit is onmogelijk binnen sociale wetenschappen (Shenton, 2004).

Zo kon bekendwording en inmenging met de organisatiecultuur van Amsterdam UMC het gevaar met zich meebrengen dat professionele oordelen van de onderzoeker werden beïnvloed. Bepaalde antwoorden van participanten konden bijvoorbeeld te snel als vanzelfsprekend worden gezien. Het is daarom vooral van belang om onafhankelijkheid ten doel te stellen (Lincoln & Guba, 1985). Onafhankelijkheid werd nagestreefd door tussen de interviews door, tijdens het transcriberen, kritisch te reflecteren op de rol van de onderzoeker. Waar nodig werd de werkwijze in interviews aangepast.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zal worden beschreven en geanalyseerd hoe en waarom verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen. In paragraaf 1 zal een algemene indruk worden gegeven van *hoe* de patiëntopnamegesprekken verliepen aan de hand van observaties. In paragraaf 2 wordt beschreven *waarom* verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening wel of niet toepassen. Dit werd tijdens de interviews aan hen gevraagd. In paragraaf 2 wordt daarbij nagegaan hoe de logica's een rol spelen bij de verpleegkundige afwegingen. In paragraaf 3 worden alternatieven van gestandaardiseerde risicoscreening beschreven, waaronder de reacties op de bewust-afwijken-knop. Tenslotte zullen de resultaten geïnterpreteerd worden door middel van een afsluitende analyse. Hierbij zal worden nagegaan hoe de verpleegkundige afwegingen invulling geven aan de kwaliteit van zorg.

4.1 Hoe verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen

Om een algemene indruk te geven van hoe verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen, worden onderstaand twee van de geobserveerde patiëntopnamegesprekken uit dit onderzoek geschetst. Er zijn fictieve namen toegekend aan de patiënten.

Voorbeeld observatie 1

Ron kwam zich 's ochtends aanmelden voor een geplande operatie. De verpleegkundige had zich al voorgesteld aan Ron en zijn familieleden vooraf aan het opnamegesprek. Ongeveer een uur nadat Ron was aangekomen op de afdeling en de verpleegkundige zich had voorgesteld, begon het opnamegesprek in de patiëntenkamer. Het anamnesegegesprek duurde ongeveer 20 minuten en vond plaats in een patiëntkamer met de familieleden erbij. Al vrij snel na de start van het gesprek kwam de behandelend arts binnen waardoor het patiëntopnamegesprek werd onderbroken, de verpleegkundige de kamer verliet en even later het gesprek weer voortzette. Tijdens het gesprek zat de verpleegkundige achter de computer. De patiënt kwam erg vlot en scherp over en antwoordde uitgebreid. Tussendoor werden regelmatig grapjes gemaakt door Ron en zijn familie. Terwijl Ron en zijn familie antwoorden gaven, luisterde de verpleegkundige aandachtig, vroeg soms door, ging soms in op de grapjes, registreerde ondertussen antwoorden en stelde daarna weer een nieuwe vraag van achter de computer. De risicoscreening kwam rond het einde van het gesprek aan bod: "Bent u afgevalen? Heeft u verminderde eetlust?" (ondervoeding), "En qua fysieke beperkingen? U kan gewoon lopen? Ergens hulp bij nodig? Qua douchen/toiletgang?" (fysieke beperkingen). Screeningvragen voor de thema's delier en decubitus werden niet besproken. De verpleegkundige rondde het gesprek af met de vraag of Ron nog vragen had.

Voorbeeld observatie 2

Nora werd vandaag opgenomen. Ze was nog niet lang geleden opgenomen geweest op dezelfde afdeling als waar zij nu was. De verpleegkundige die het opnamegesprek leidde kende Nora nog van de vorige opname. Het gesprek vond plaats in een patiëntkamer. De verpleegkundige had Nora en haar echtgenoot voorafgaand aan het opnamegesprek al even gesproken en hen een anamnesevragenlijst gegeven om in te vullen. De verpleegkundige begon het gesprek open door te vragen hoe het thuis was gegaan het afgelopen jaar. Nora en haar echtgenoot vertelden hierover en de verpleegkundige haakte daar hier en daar op in, er vond een vloeiend gesprek plaats. Ook vroeg de verpleegkundige hoe Nora de vorige opname had ervaren. Nora vertelde haar persoonlijke ervaring en zei dat het soms moeilijk was geweest. De verpleegkundige gaf de ruimte om het hier over te hebben en antwoordde dat zij zich dit goed voor kon stellen. Daarnaast stelde de verpleegkundige tussendoor vragen als “Eten en drinken ging goed? En plassen en douchen? Nog gefietst?” Na ongeveer 20 minuten werd het opnamegesprek afgerond.

Uit de observaties bleek dat ieder patiëntopnamegesprek waaronder de risicoscreening, anders verliep. Dat ieder opnamegesprek weer anders verliep wordt ook geïllustreerd aan de hand van de twee voorbeeldcasussen. Onderstaand volgt een samenvatting van wat voornamelijk is opgevallen.

Meestal hielden verpleegkundigen de volgorde van het opnameformulier zoals weergegeven in het elektronisch patiëntendossier aan, waarbij de risicoscreening op het einde aan bod kwam (andere onderwerpen die in het opnameformulier staan zijn bijvoorbeeld ‘allergieën’, ‘medicijnen’, ‘dieet’). Sommige verpleegkundigen hielden daarentegen meer een eigen volgorde aan, net als in voorbeeldcasus 2. Soms werden meer algemene en open vragen gesteld en soms meer gesloten vragen, zoals de vragen die beschreven staan bij de screeninginstrumenten. Voorbeelden van meer open vragen waren: “Hoe kijkt u tegen de opname aan?”, “Zijn er nog dingen waarvan je zegt “naam verpleegkundige, dit is belangrijk?”. Meer gesloten vragen aan de hand van de screeninginstrumenten waren bijvoorbeeld: “Eten gaat goed he? Bent u afgevallen?” (ondervoeding), “Decubitus aanwezig. Heeft u nog plekken?” (decubitus), “Bent u wel eens in de war geweest bij andere opnames?” (delier), “U heeft wel een risico op vallen he?” (vallen). Sommige verpleegkundigen lazen de vraag daarnaast letterlijk op volgens het screeninginstrument: “Ben je de afgelopen 6 maanden nog gevallen?”. Anderen gaven er een eigen draai aan: “Ben je op een afgelopen maandag nog een keer gevallen?” of impliceerde in de vraag dat er geen sprake van het risico was: “Niet gevallen nog thuis?”. Ook zeiden een paar verpleegkundigen direct achter het stellen van een vraag dat zij verplicht zijn om dit te vragen.

Verder verschilde het per afdeling of verpleegkundigen de computer voor zich hielden tijdens het opnamegesprek - om ter plekke antwoorden te registreren in het patiëntendossier - of niet. Op één van de afdelingen kregen de patiënten voorafgaand aan het opnamegesprek een papieren vragenlijst om in te vullen. Na het opnamegesprek nam de verpleegkundige de antwoorden over in het elektronisch patiëntendossier. Verpleegkundigen die dit zo deden vertelden mij dat zij vooraf aan het opnamegesprek het ingevulde formulier bekeken om te zien of er opvallende antwoorden voorkwamen. Zo ja, dan zou

de verpleegkundige deze bespreken in het opnamegesprek zo nee, dan kwamen deze vragen in principe niet meer aan bod.

Net als bij Ron het geval was, werd geobserveerd dat veel verpleegkundigen niet alle vragen die behoorden tot het standaard screeninginstrument bespraken met de patiënt. Soms werden alle vragen van het screeninginstrumenten gesteld, soms een paar en soms helemaal geen. Niet besproken vragen vulden de verpleegkundigen meestal zelf in en registreerden dit in het dossier. Waarom verpleegkundigen risicoscreening toepasten op de manier zoals in deze paragraaf beschreven staat, wordt in de volgende paragraaf besproken.

Tabel 3

Toepassing gestandaardiseerde risicoscreening patiëntopnamegesprekken per risicothema (wel/niet besproken en geregistreerd)

Risicothema	Wel besproken	Wel besproken	Niet besproken	Niet besproken
	Wel geregistreerd	Niet geregistreerd	Wel geregistreerd	Niet geregistreerd
Decubitus (Bradenscore)	5	0	4	2
Fysieke beperkingen (KATZ)	8	0	1	2
Ondervoeding (SNAQ)	10	0	0	1
Delier (drie screeningvragen)	3	0	5	3
Vallen (Johns Hopkins)	9	0	1	1

4.2 Waarom verpleegkundige wel of niet gestandaardiseerde risicoscreening toepassen

Uit de observaties blijkt dat de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening op verschillende manieren kan plaatsvinden. Waar de standaard beschrijft dat alle vragen besproken en geregistreerd worden, blijkt dat hier in de praktijk verschillende variaties op zijn. Door middel van interviews met de verpleegkundigen is inzicht verkregen in waarom gestandaardiseerde risicoscreening op verschillende manieren verloopt. De redenen die werden gegeven zijn aan de hand van de drie managementlogica's gecategoriseerd. In de analyses wordt dieper ingegaan op de verpleegkundige afwegingen en logica's en wordt nagegaan hoe de verpleegkundige afwegingen invulling geven aan de kwaliteit van zorg.

Prestatie- en politieke logica

Binnen deze logica werden redenen gegeven om gestandaardiseerde risicoscreening *wel* toe te passen. Verpleegkundigen gaven aan dat zij regelmatig gestandaardiseerde risicoscreening toepassen, terwijl zij dit onnodig vinden. Zij doen dit dan toch, omdat het (ziekenhuisbreed) verplicht is [V1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18]. Enkele keren werd hierbij genoemd dat dit verplicht is vanuit de accreditatiecommissie, vanuit landelijke regels of dat dit op de afdeling zo is afgesproken. Er werd een paar keer genoemd dat naast ondervoeding en de MRSA¹, vallen altijd wordt gescreend ook al gaat het om een spoedopname. Dit doen zij, omdat dit verplicht is [V1, 2, 15]: *“Nou ik begreep wel dat vallen moet vanuit de JCI” V1.*

Ook noemden verpleegkundigen dat als zij twijfelen of een bepaald risicothema wel of niet verplicht is, zij dit toch maar bespreken en/of registreren [V15, 16]: *V: “Eigenlijk bij deze persoon vond ik het niet nodig om te vragen, maar ik twijfelde opeens dat ik dacht ‘oh god, moet ik nou wel of niet die decubitus vragen van weet je wel, zit het nou in het pakket risicoscreening van deze patiënt.’ O: Ja, qua leeftijd ook? V: Ja precies, toen dacht ik nou weet je, ik kan het maar beter wel vragen dan niet.” V15.* Hierop aansluitend noemden sommige verpleegkundigen dat de registratie van risicoscreening een manier was om zichzelf te verantwoorden, tegenover de patiënt en/of aan ‘bovenaf’ [V4, 6, 13]: *“(…) stel dat er wat gebeurt, dan vind ik dat een lastige keuze, omdat EPIC² nu, ik vind het niet overzichtelijk, maar je hebt wel zeg maar al de verantwoordelijk ligt ook meer dan, klinkt heel stom, maar ligt ook meer dan bij EPIC, omdat je het dan toch invult, dan bij mij.” V13* Daarbij werd door een verpleegkundige verteld dat patiënten tegenwoordig mondiger zijn dan vroeger en er daardoor sneller klachten worden ingediend.

Analyse

Afgaande op de resultaten lijken de verpleegkundigen meer vanuit de prestatielogica dan de politieke logica te beredeneren: het moet van het ziekenhuis, de accreditatiecommissie en of vanuit landelijke regels. De verpleegkundigen die zeggen dat zij risicoscreening toepassen om verantwoording af te

¹ MRSA is een ziekenhuisbacterie

² Met EPIC wordt verwezen naar het elektronisch patiëntendossier. EPIC is het systeem dat hierachter zit.

leggen aan de patiënt en/of bovenaf lijken meer een politieke logica toe te passen. ‘Stel dat er wat gebeurt’ verwijst naar een mogelijke medische fout.

Opvallend is nog dat een paar keer expliciet aan bod kwam dat ongeacht de omstandigheden, screening op vallen altijd wordt toegepast. Het is denkbaar dat dit komt doordat vallen een van de uitgelichte veiligheidsdoelen van de accreditatiecommissie van Amsterdam UMC is. Tijdens mijn stage in het ziekenhuis bleek dat de accreditatie een belangrijk aandachtspunt is. Ook tijdens de observaties was te zien dat screeningvragen voor vallen naast ondervoeding het meest werden besproken. In dit onderzoek is een relatief klein aantal observaties uitgevoerd, daarom kunnen op basis van de observaties hierover geen harde conclusies worden getrokken.

Professionele logica

Vanuit de professionele logica werden er redenen gegeven om *wel* gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen en om dit *niet* te doen. Daarnaast zijn de redenen om niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen opgedeeld in twee categorieën, namelijk redenen die impliceerden dat het niet toepassen van gestandaardiseerde risicoscreening (1) niet uitmaakt voor de geleverde zorg, (2) in het belang van de patiënt is.

‘Wel gestandaardiseerde risicoscreening toepassen’

Ten eerste werd gezegd dat gestandaardiseerde risicoscreening helpt bij het inschatten van patiëntrisico's [V2, 4, 7, 8, 9, 13, 14] en helpt bij het bepalen van de benodigde zorg/interventie [V1, 3, 7, 11, 15]. Op het moment dat er volgens verpleegkundigen signalen zijn die wijzen op een (verhoogd) risico passen zij eerder gestandaardiseerde risicoscreening toe [V1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15]. Als een patiënt bijvoorbeeld verward overkomt, zal de verpleegkundige eerder het standaard screeninginstrument voor delier toepassen. In bijlage 5 staat een totaaloverzicht van verpleegkundige afwegingen weergegeven waarin per risicothema beschreven staat welke patiëntkenmerken ervoor kunnen zorgen dat gestandaardiseerde risicoscreening eerder worden toegepast of juist niet. Verpleegkundigen gaven daarbij aan dat zij risicothema's soms voor de zekerheid uitvragen, ook al achten zij de kans klein dat er sprake is van het risico [V1, 2, 3, 5, 6, 11, 13, 15]: “*Je weet maar nooit*” V1, “*Voor het geval dat, maar de kans dat je zo iemand treft die is wel héél erg klein.*” V2 Screeninginstrumenten leken met name behulpzaam te worden gevonden bij het inschatten van het ondervoedingsrisico [V1, 2, 8, 9, 13, 14, 15]. Verpleegkundigen geven aan dat dit een belangrijk thema is, omdat bekend is dat ondervoeding vaak voorkomt in ziekenhuizen en omdat ondervoeding lastig te herkennen is aan de ‘buitenkant’. Eén verpleegkundige noemde dat iemand bijvoorbeeld obesitas kan hebben, maar alsnog ondervoed kan zijn. Sommige verpleegkundigen gaven ook aan dat zij het screeninginstrument voor ondervoeding altijd invullen, ongeacht de omstandigheden, zoals bijvoorbeeld een hoge tijdsdruk [V2, 10, 14, 18].

Risicoscreening werd van belang geacht door verpleegkundigen, omdat collega's dan weten welke zorg zij moeten verlenen [V1, 2, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 18]: “(...) mijn collega's die kennen haar helemaal niet en die kunnen dan natuurlijk wel handig zien van joh, ja aan de hand van die punten van die risicothema's kun je wel inschatten van 'oké is iemand fysiek beperkt natuurlijk'. Dat is handig om te weten, zodat je zelf ook weet van 'oké daar heb ik wat meer zorg aan nodig'.” V7 Er werd hier door de verpleegkundigen voornamelijk verwezen naar de registratie van risicoscreening in plaats van het bespreken van vragen. Verpleegkundigen vonden de registratie van risicoscreening met name van belang voor het screeninginstrument voor ondervoeding, omdat de diëtist dan weet welk voedingsbeleid er moet worden ingezet [V, 1, 10, 11, 14, 15, 18]. Registratie werd relevant geacht vanwege het hebben van een nulmeting waarmee patiëntrisico's in de loop van de tijd vergeleken kunnen worden [V2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 18]. Dit kan volgens verpleegkundigen van belang zijn voor henzelf en hun collega's om de juiste zorg te kunnen leveren. Tenslotte werd gezegd dat registratie van risicoscreening van belang is zodat collega's weten dat risico's zijn ingeschat en zij het dus niet meer hoeven te screenen [V1, 9, 10]. Anders kan het bijvoorbeeld voorkomen dat een patiënt dubbel vragen moet beantwoorden.

'Niet gestandaardiseerde risicoscreening toepassen, omdat het niet uitmaakt voor de geleverde zorg'

De eerste redenen om niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen die worden beschreven, gaan in tegen de laatst genoemde redenen om dit wel te doen om collega's op de hoogte te brengen. Een aantal verpleegkundigen stelde namelijk dat, omdat er toch niet wordt teruggekeken naar de ingevulde screeninginstrumenten door verpleegkundige collega's, de registratie van risicoscreening als onnodig wordt ervaren [V1, 6, 10, 16, 18]. Indien collega's wel op de hoogte moesten zijn van risico's zou dit elders in het patiëntendossier staan [V1, 4, 6, 7, 16, 18]. Er werd bijvoorbeeld verwezen naar zorgzwaarteplannen, de tractus (een anamnese specifiek voor Neurochirurgie) en de verpleegkundige rapportage. Sommige verpleegkundigen zeiden dat het gebruikelijk is dat er iedere dienst naar de verpleegkundige rapportage wordt gekeken, in tegenstelling tot de ingevulde risicoscreening die in een ander tabblad in het patiëntendossier staat. Door anderen werd nog gezegd dat collega's hoogstwaarschijnlijk eenzelfde risicoschatting maken [V9, 15, 18] of een voorzichtigere inschatting [V6]. Hierdoor werd de kans dat het niet toepassen van gestandaardiseerde risicoscreening invloed heeft op de geleverde zorg klein geacht.

Hiernaast gaven verpleegkundigen aan dat zij soms risico's in kunnen schatten zonder screeninginstrument toe te passen [V1, 2, 3, 4, 6, 8, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18]. Met het niet toepassen van gestandaardiseerde risicoscreening werd voornamelijk het niet (volledig) bespreken van screeninginstrumenten bedoeld. Vaak werden screeninginstrumenten wel in het patiëntendossier ingevuld (zie tabel 3). Inschattingen konden vaak al gemaakt worden op basis van patiëntkenmerken die bleken uit de medische voorgeschiedenis, verpleegkundige observaties, informatie van collega's en/of antwoorden op andere anamnesevragen. Er werd gezegd dat gestandaardiseerde risicoscreening minder snel nodig is bij heropnames (vanaf de polikliniek) en hematologiepatiënten [V6, 7, 8, 9, 16, 18]. Bij

heropnames zouden risico's meestal al goed in kaart zijn gebracht. Over hematologiepatiënten werd gezegd dat die herhaaldelijk terugkomen voor een behandeling (heropnames dus) en hun patiënten doorgaans hetzelfde ziekteverloop hebben. Hierdoor wordt risicoscreening bij opname onnodig geacht: *"(...) Ik kan het al weer helemaal uittekenen, als jij nu morgen met leukemie komt kan ik zeggen: 'oké over 10 dagen vallen je haren uit, krijg je koorts en dan die dag ervoor heb je diarree, ga je antibiotica krijgen, word je een beetje in de war en dan ga je weer naar huis en voel je je goed."* V9 Er werd benoemd dat hematologiepatiënten vitaal genoeg zijn om te worden opgenomen, omdat zij anders de behandeling niet mogen aangaan. Daardoor werd de kans op risico's erg klein geacht door hematologieverpleegkundigen.

Verder noemden verpleegkundigen dat zij gestandaardiseerde risicoscreening soms niet nodig vinden, omdat interventies/benodigde zorg al standaard zijn [V1, 2, 4, 6, 8, 16]: *"Want de SNAQ-score bijvoorbeeld daar heb je een 2 of een 3 en dan zeg je daar moet een diëtiste bij. Nou en dan heb je een diëtiste erbij en als de score 0 wordt dan is die diëtiste er nog steeds bij totdat iemand met ontslag gaat. Dus de uitkomst van de SNAQ-score gaat niet interessanter worden, hoe hoger of lager de score."* V4. Een ander voorbeeld is dat er standaard voor een veilige omgeving gezorgd wordt als een patiënt terug van OK komt om het risico op vallen te voorkomen. In het bijzonder werd er verwezen naar onnodige gestandaardiseerde risicoscreening bij dagopnames [V2, 4, 6, 9, 14, 18] en bij patiënten en familie die niet adequaat kunnen antwoorden door een laag bewustzijn (op Neurochirurgie) [V4]. Bij dagopnames is vaak van tevoren al bekend dat een patiënt dezelfde dag nog weg mag, bijvoorbeeld bij katheterverwijderingen die regelmatig plaatsvinden.

Ook gaven verpleegkundigen aan dat de patiënt constant wordt gemonitord waardoor het toepassen van gestandaardiseerde risicoscreening niet nodig wordt geacht [V1, 4, 7, 9, 10, 11, 15, 16, 18]: *"Ja, maar je bent als verpleegkundige, je bent heel actief de hele dag. Dus of je nou moet screenen, je houdt in de gaten 'Drinkt iemand genoeg? Is ie misselijk ja of nee? Waarom is ie misselijk? Omdat ik hem een infuus geef, vocht.' Die SNAQ-score heeft niks met vocht te maken, maar ik zet het infuus dan wat harder als ik zie hij transpireert heel erg, snap je? Dan hoef ik niet die SNAQ te hebben. Dat zit gewoon in mijn systeem van werken."* (...) *"Je bent toch verpleegkundige? Natuurlijk hoort dat toch bij je zorg dat je inspecteert 'hoe is die huid' en of het nou op plopt of niet, vroeger plopte er helemaal niks op. Dat hoort bij je werk, natuurlijk."* V9

'Niet gestandaardiseerde risicoscreening toepassen, omdat het in het belang van de patiënt is'

Verpleegkundigen stelden dat er soms andere prioriteiten dan risicoscreening van belang zijn om de juiste zorg te kunnen leveren aan de patiënt [V7, 8, 9, 10, 16, 18]. Dit werd met name aangegeven door hematologieverpleegkundigen, die veelal te maken hebben met doodzieke patiënten (die acuut worden opgenomen): *"Bij die acute mensen ben ik gewoon medisch bezig en heb ik geen tijd (...). Ik ben dan gewoon bezig om die patiënt in leven te houden en niet naar de intensive care te gaan."* V16

Hiernaast werd genoemd dat de uitkomst van een screeninginstrument soms misleidend kan zijn [V4, 9, 13, 14, 16]. Een van de geobserveerde patiënten was tijdens het opnamegesprek bijvoorbeeld niet bedlegerig en kwam voor een rug-OK, de risicoscore voor decubitus bleek laag te zijn. De verpleegkundige heeft echter toch een interventie toegepast voor een hoge decubituscore, omdat hij

wist dat de patiënt na de operatie een week lang op zijn rug zou gaan liggen en daardoor het risico op decubitus hoog was.

Verpleegkundigen antwoordden regelmatig dat het niet toepassen van gestandaardiseerde risicoscreening patiëntvriendelijker is [V1, 8, 9, 13, 14, 16, 18]. Soms werd dit als antwoord gegeven op de vraag wat het niet toepassen van gestandaardiseerde risicoscreening voor een invloed heeft op de kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen gaven aan dat zij het ongepast vinden om bepaalde standaardvragen te stellen aan patiënten: *“We hebben een patiënt op de afdeling die is 40. Die wordt helemaal moe van al onze vragen steeds weer, ‘heeft u gegeten?’. Weet je, heel veel vragen die we moeten stellen; pijn, plassen, etc. Die wordt er helemaal kriegelig van.”* V8 Bij het stellen van ongepaste vragen werd met name verwezen naar vitale patiënten (bijvoorbeeld een sporter die voor een armbreukoperatie komt) waarbij de kans op het risico door hen erg onwaarschijnlijk wordt geacht of naar vitaal ogende, emotionele patiënten. Hematologiepatiënten die vrij acuut worden opgenomen en net te horen hebben gekregen dat zij doodziek zijn, kunnen daardoor erg emotioneel binnenkomen. Een verpleegkundige zei dat zij het opvolgen van de orders van de arts op dat moment belangrijker vindt dan het uitvragen en invullen van risicoscreening. Wel gaf ze aan dat ze ‘in haarzelf scoort’ en met haar klinische blik naar de patiënt kijkt. Verder werd gezegd dat sommige vragen zelfs onrust kunnen veroorzaken, omdat de patiënt op extra mogelijke risico’s wordt gewezen. Dit werd als patiëntonvriendelijk ervaren.

Verder werd genoemd dat op het moment dat er mag worden afgeweken van standaarden en meer tijd overblijft om aandacht te besteden aan de patiënt in plaats voor registraties, bijvoorbeeld door middel van psychosociale zorg [V16, 18]: *“Ja ik vind het een heel groot positief ding, want nu besteed ik tijd aan dingen waar ik en mijn collega’s zeer weinig mee zullen doen eigenlijk hierna. (...) O: En hoe zou je die tijd dan bijvoorbeeld besteden? V: Informatie geven, advies, een luisterend oor, psychisch-sociale zorg is heel belangrijk. Wat ze allemaal meemaken dat is niet zomaar wat, dus...”* V18, *“Maar als ik met oude verpleegkundigen, die zeggen, nou ja mensen kijken nu veel minder naar hoe hun patiënt is, omdat ze bezig zijn met allerlei dingen wat ze moeten registreren en invullen. Omdat het verplicht is.”* V16

Analyse

Uit de redenen om wel gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen komt naar voren dat verpleegkundigen vinden dat dit hen ondersteuning biedt (Cutrer & Ehrenfeld, 2017). Waar uit onderzoek van Johannessen (2017) naar voren kwam dat standaarden vooral na de uitvoering van een klinische beoordeling werden toegepast, blijkt in dit onderzoek dat de standaarden ook tijdens de screening behulpzaam worden gevonden. Het blijkt dat dit vooral geldt voor het inschatten van ondervoedingsrisico’s. Dit verklaart mogelijk waarom ondervoeding het meest besproken risicothema was, zoals uit de observaties bleek.

De redenen om wel gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen om collega’s op de hoogte te brengen leken vooral betrekking te hebben op de continuïteit van zorg. Door middel van registratie zouden hun collega’s namelijk weten welke zorg zij moeten verlenen en ook kunnen zij daardoor zelf

de voortgang van de patiënt in de gaten houden (Institute of Care, in Cabana & Jee, 2004; JCI, 2017). Vervolgens bleek echter dat hier ook tegenargumenten op werden gegeven, omdat er niet zou worden gekeken naar de registraties of dat er niet op de standaard plek wordt geregistreerd. Deze tegenstrijdigheid lijkt gedeeltelijk verklaard te kunnen worden doordat de registratie van risicoscreening voor ondervoeding vooral van belang werd geacht voor de diëtist. De diëtist is niet zoveel op de afdeling aanwezig en kijkt waarschijnlijk niet altijd naar de verpleegkundige rapportage en andere verpleegkundige verslagleggingen, zoals collega verpleegkundigen wel zijn en doen.

Net als uit eerder onderzoek naar voren kwam, blijkt ook uit dit onderzoek dat standaarden soms overbodig worden geacht omdat verpleegkundigen van mening zijn dat hun kennis en ervaring voldoende zijn (Johannessen, 2017; Noordegraaf, 2015; Rycroft-Malone et al., 2009). De stelling ‘dat zit gewoon in mijn systeem van werken’ is een mooi voorbeeld van taciete kennis. De verpleegkundige impliceert dat risicoscreening diep geworteld zit in zijn manier van werken (Nonaka et al., 1996; Noordegraaf, 2015).

Waar tenslotte ook in de literatuur naar voren kwam dat een te grote focus op registraties nadelig kan zijn voor de patiënt (Farri et al., 2012; Sulmasy et al., 2017), werd dit ook benoemd door een paar verpleegkundigen.

4.3 Contextuele factoren voor de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening

Tijdens de interviews werd niet alleen gevraagd naar verpleegkundige afwegingen om wel of niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen. Ook werd gevraagd of er factoren zijn die invloed hebben op de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening. De factoren zijn ingedeeld in vier categorieën, namelijk de gebruiksvriendelijkheid van het elektronisch patiëntendossier, werkervaring, werkomgeving en de hoeveelheid aan registratie-eisen.

Gebruiksvriendelijkheid elektronisch patiëntendossier

Een van de verpleegkundige antwoordde letterlijk dat de onoverzichtelijkheid van het elektronisch patiëntendossier een belemmerende factor voor haar is bij de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening [V10]. Andere verpleegkundigen gaven gedurende het interview aan dat zij het elektronisch patiëntendossier onoverzichtelijk en onlogisch vinden [V2, 13, 15]. Zij antwoordden dus niet dat dit ervoor zorgt dat zij sneller of minder snel tot de toepassing van screeninginstrumenten leiden, maar zagen dit wel graag anders, omdat dat prettiger werkt: *“Het zit zo ongeorganiseerd in elkaar dat het niet een logisch iets is. (...) Dit is dan vrij kort voor ons te doen, maar als ik vier keer ergens anders heen moet en dan nog meerdere keren moet klikken; de ene keer rechts en de andere keer links, daar word je niet blij van.”* V2 Ook werden positieve aspecten van het elektronisch patiëntendossier genoemd [V1, 4, 9, 10, 13, 14, 18]. De onlangs geïntroduceerde optie om ‘alles nee’ aan te klikken bij de risicoscreening in plaats van ‘nee’ per vraag aan te klikken werd als prettiger ervaren. Over het tabblad ‘verplichte documentatie’

in het patiëntendossier werd gezegd dat in één oogopslag een verhelderend overzicht wordt gegeven, al zouden niet alle verpleegkundigen hiervan af weten.

Ondanks dat het registreren van risicoscreening als onnodig wordt ervaren, antwoordden verpleegkundigen dat het een kleine moeite is om in het patiëntendossier een paar vinkjes aan te klikken waardoor zij dit toch doen [V4, 6, 7, 16]: V: *“Die zit gewoon in dat standaardlijstje, nee die vul ik in 1 keer van boven naar beneden”*. O: *“Oké en doe je dat dan, om ja...?”* V: *“Ja ik kijk dan wel wat het is, maar ja, ik ben dan vaak sneller als ik hem door enter.”* V16. Volgens een verpleegkundige kost het toepassen van gestandaardiseerde risicoscreening bij herbeoordelingen (dus tijdens opname) wel moeite [V7].

Werkervaring

Er werd benoemd dat verpleegkundigen met weinig werkervaring screeninginstrumenten op een meer letterlijke wijze toepassen dan verpleegkundigen met meer werkervaring [V1, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15]. Dat wil zeggen dat alle vragen van het screeninginstrument worden afgegaan, in plaats van een paar of geen. Ervaren verpleegkundigen zouden meer afgaan op hun eigen inschatting, antwoorden op andere anamnesevragen of informatie uit de medische voorgeschiedenis gebruiken om meerdere vragen tegelijk in te vullen.

Werkomgeving

Volgens sommigen zorgt hun leidinggevende ervoor zorgt dat zij eerder gestandaardiseerde risicoscreening toepassen [V1, 14, 15]. Met toepassen werd hier vooral verwezen naar het registreren in plaats van bespreken van screeninginstrumenten. Soms worden de verpleegkundigen er nog dezelfde dag op aangesproken als zij niet aan de verplichte registratie hebben voldaan. Een enkele verpleegkundige noemde dat de open cultuur op hun afdeling waarbij collega's elkaar herinneren aan registraties, en weergaves van invulpercentages in de koffiekamer bevorderend zijn om gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen [V15]. Daarnaast kwam nog ter sprake dat een risico-incident dat in het verleden op de afdeling heeft plaatsgevonden ervoor heeft gezorgd dat de afdeling oplettender is op het toepassen van risicoscreening, om een dergelijke situatie in de toekomst te voorkomen [V4, 13].

Een hoge werk-/tijdsdruk kan er volgens verpleegkundigen voor zorgen dat zij minder snel gestandaardiseerde risicoscreening toepassen [V1, 2, 6, 7, 10, 14, 16]. Het was voornamelijk onder deze omstandigheden dat verpleegkundigen andere prioriteiten van belang achten dan gestandaardiseerde risicoscreening. Er lijkt vooral sprake te zijn van een hoge werk-/tijdsdruk bij acute en spoedopnames [V1, 7, 10, 16]. Verpleegkundigen passen bij spoedopnames de volgens hen belangrijkste screening toe, zoals ‘contactpersoon’, ‘MRSA’, ‘vallen’, ‘ondervoeding’ en ‘allergieën’.

Hoeveelheid aan registratie-eisen

Verpleegkundigen gaven aan dat zij over het geheel gezien aan te veel registraties moeten voldoen wat hen belemmert in de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening [V1, 4, 6, 8, 9, 13, 16]: *“Nou het is niet alleen maar dat we dit moeten registreren, we moeten heel veel registreren.”* V9 De hoeveelheid werd zelfs als beangstigend ervaren: *“Ik snap wel dat hoe meer we lijsten gaan lopen afnemen, hoe meer tijd bij de patiënt weggaat. En dat is wel eng. Dan moet je nog efficiënter en sneller werken om... (...) Nu lukt het me, maar het wordt steeds meer heb ik het idee.”* V1 Een deel geeft aan dat ze de vraag om standaardisatie (van verpleegkundige risicoscreening) wel begrijpen: *“Maar ik begrijp dat je gewoon een regel doet van je doet het gewoon bij iedereen”* V2. Er lijkt echter te veel gevraagd te worden van verpleegkundigen: *“Dus het is niet dat we het niet belangrijk vinden..., we zijn alleen maar bezig met patiënten en kijk we krijgen nu weer de JCI vrijdag met pff... Ja een audit en weet ik veel wat... We worden ermee doodgegooid.”* V6. Er werd gesteld dat er kritischer moet worden gekeken naar de mate van standaardisatie van de verpleegkundige risicoscreening: *“Je bent geneigd om alles gewoon alles eenheid, dus we doen voor alles, iedereen hetzelfde. Alleen ik denk dat we zoveel moeten invullen dat we ook kritisch kunnen kijken van wat moet er nou precies ingevuld worden.”* V8 *“Dus ik moet dan iemand een infuus geven en dan moet ik helemaal een score invullen, ‘weet u wat ik ga doen?’ en de juiste arm, hou toch op zeg. Dat is voor net wat ik zeg, voor sommige afdelingen zal het echt wel relevant zijn, het is heel goed dat het er is, maar niet voor, je moet ze niet allemaal over één kam scheren.”* V9

Analyse

Net als uit de literatuur bleek dat het elektronisch patiëntendossier door een informatie overload erg complex is geworden (Bloomrosen et al. 2011; Singh et al., 2013), komt dat ook in dit onderzoek naar voren. Opvallend daarbij is dat een aantal verpleegkundigen de vraag om registraties wel begrijpt. Het is volgens hen dus niet zozeer de inhoud van de registraties die zij als een belemmering ervaren, maar de hoeveelheid registraties die van hen worden gevraagd zorgen ervoor dat de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening moeilijk te hanteren en zelfs beangstigend is. De hoeveelheid registraties die vanuit politieke en prestatiedoeleinden toegenomen lijkt te zijn, kan er dus inderdaad voor zorgen dat er meer botsing met de professionele logica wordt ervaren (De Ruiter et al., 2016; Erikson, 2012; Hunt et al., 2017).

Dat er over verpleegkundigen met minder werkervaring wordt gezegd dat zij gestandaardiseerde risicoscreening op een meer letterlijke wijze toepassen, kan ermee te maken hebben dat hun taciete kennis en hun service ideaal mogelijk ook nog minder ontwikkelt zijn (Nonaka et al., 1996; Noordegraaf, 2015; Wilensky, 1964). Opvallend was dat tijdens de observatie van een patiëntopnamegesprek door een verpleegkundige in opleiding die dit voor het eerst deed, ook te zien was dat zij alle vragen één voor één stelde aan de patiënt. De begeleidende ervaren verpleegkundige gaf aan dat hij veel kon invullen zonder dit uit te vragen. Ervaren verpleegkundigen gaven in de interviews ook aan dat zij soms afgaan op hun eigen inschatting en informatie vanuit verschillende informatiebronnen integreren waardoor zij

niet alle vragen volgens screeninginstrument stellen. Het is denkbaar dat er vanwege deze redenen door onervaren verpleegkundigen minder botsing met de prestatie- en politieke logica wordt ervaren, aangezien de standaarden voor hen meer ondersteunend zijn (Rycroft-Malone et al., 2009).

Er werd aangegeven dat op het moment dat er risico-incidenten hebben plaatsgevonden, er aandachtiger wordt gescreend. Het is denkbaar dat er dan meer vanuit een politieke logica wordt beredeneerd. Incidenten kunnen namelijk publieke onrust opleveren en standaarden kunnen gebruikt worden om te laten zien dat gebruikelijke procedure is gevolgd mocht er verantwoording moeten worden afgelegd bij fouten (Buijse & van Tol, 2005; Noordegraaf, 2015).

4.4 Alternatieven voor gestandaardiseerde risicoscreening en bijbehorende voorwaarden

Naar aanleiding van de problemen die worden ervaren met gestandaardiseerde risicoscreening, droegen verpleegkundigen zelf alternatieven aan. Voordat deze alternatieven worden besproken, zullen eerst de reacties op de zogeheten bewust-afwijken-knop worden beschreven. De bewust-afwijken-knop is een alternatief voorstel van Amsterdam UMC waarbij verpleegkundigen in het elektronisch patiëntendossier de mogelijkheid zouden krijgen om door middel van een knop in het dossier legitiem af te wijken van gestandaardiseerde risicoscreening (zie paragraaf 1.4 voor een uitgebreidere beschrijving). Hierbij werd gevraagd of verpleegkundigen vonden dat er bij een dergelijke knop een reden moet worden gegeven in het dossier als er wordt afgeweken van de standaard.

Bewust-afwijken-knop: meningen en voorwaarden

De meningen over de bewust-afwijken-knop zijn uiteenlopend. Een paar verpleegkundige waren geen voorstander van dit voorstel, zeker niet als er verantwoording moet worden afgelegd wanneer er wordt afgeweken [V1, 16]: *“Maar ik ben bang dat er heel veel standaard antwoorden zullen komen, want het kost weer tijd om een argument te verzinnen”* V1, *“Ik denk dat hoe meer ik moet gaan invullen, hoe makkelijker ik word met dingen invullen, qua korter en onduidelijker.”* V16 Indien er niet verplicht een reden voor afwijken hoeft te worden gegeven, waren beide verpleegkundigen van mening dat de onlangs geïmplementeerde optie om per screeninginstrument ‘alles laag risico’ aan te klikken, makkelijker is dan de bewust-afwijken-knop.

Het merendeel van de verpleegkundigen was gematigd positief [V2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18]. Gematigd positief wil zeggen dat zij aan de ene kant de voordelen ervan inzagen, maar niet overtuigd waren van de optie. Een paar verpleegkundigen vonden het beter dan de huidige vorm van gestandaardiseerde risicoscreening, maar zagen het liefst dat er geen knop nodig was om aan te geven dat je afwijkt [V9, 18]: *“Maar het liefst heb ik ze er allemaal uit en dat ik ze pas aanvink is het nodig, niet dat ik ze weer allemaal uit moet vinken. Dus je moet het omdraaien.”* V9 Sommige verpleegkundige vonden dit alternatief een goed voorstel, omdat zij verwachtten dat een dergelijke knop verpleegkundigen bewuster maakt van hun keuzes [V6, 10, 14, 18]: *“Nou, omdat je dan inderdaad wel toch even de dingen nakijkt van ‘o’, het herinnert je van: klopt het echt dat bij deze persoon geen bijzonderheden zijn of mis ik wat of over het hoofd van ‘o ja het klopt dat diegene dit gezegd heeft’.”* V18

Sommigen waren van mening er wel verantwoording moet worden afgelegd over waarom je afwijkt, omdat mensen anders bijvoorbeeld ‘te makkelijk’ zullen afwijken [V2, 8, 11, 14, 15]: “V: *Ja dat kost extra tijd, maar wil jij je kwaliteit bewaken waarom je iets doet dan is het zinnig om te zeggen waarom je het doet. Je kan niet zeggen ‘ik doe het gewoon niet’. Maar waarom dan niet? Dan moet je wel kunnen beargumenteren waarom je afwijkt van het systeem. O: Want wat denk je dat de gevolgen zouden kunnen zijn als er geen...? V: Nou mensen worden gemakkelijk, gemakzucht: ‘dan klink ik dit aan en dan ben ik klaar’.*” V2 Door een reden te geven voor afwijkingen kan de verpleegkundige zich ook ‘indekken’: “(...) *dus dan heb je jezelf wel ook een soort van ingedekt, mocht er toch iets fout gaan bij wijze van spreken, dat er wel goed wordt nagedacht over de reden waarom je het niet hebt gedaan*” V15 Ook al kan er verantwoording worden afgelegd, een verpleegkundige blijft het risicovol vinden: “*Ik vind dat tricky, zeg ik gelijk, want niet dat het nu altijd gebeurt, dat is wat anders he.. Stel je voor dat er straks iemand wel valt, jij hebt dan gekozen dat je dit niet wou afnemen.*” V8 Daarnaast is het de vraag of de bewust-afwijken-knop waarbij verantwoording moet worden afgelegd een gewenste werkwijze is, omdat het misschien meer tijd en registraties kost (in vergelijking met de optie om alles in één keer ‘nee’ aan te klikken) [V4, 5, 8, 13], zoals de ‘tegenstanders’ van de optie ook al noemden: “*Ik zou het niet verplicht stellen, want anders ga je alsnog net zoveel moeten invullen als dat je gaat overslaan.*” V4, “*Ik denk ook dat sommigen dat op een gegeven moment niet meer gaan doen.*” V13

Een deel vond daarom dat er geen reden hoeft te worden gegeven wanneer er wordt afgeweken [V1, 4, 9, 16, 18] of wel, maar dan zouden er al gegeven redenen moeten staan in het patiëntendossier die zij kunnen aanklikken in plaats van een open veld waarin zij zelf een reden moeten typen [V2, 14]. Anderen waren nog van mening dat de knop enkel van toepassing moet zijn bij herbeoordelingen en screenen bij opname dus verplicht moet zijn [V3, 7].

Het werd als positief gezien dat er kan worden afgeweken van de standaard, maar collega’s door de knop wel weten dat de risicoscreening niet simpelweg vergeten is [V7, 13, 15]. Tenslotte is het noemenswaardig dat een deel van de verpleegkundige het lastig vond om met zekerheid te stellen of zij wel of niet voorstander van de bewust-afwijken-knop waren, vanwege de verschillende genoemde voor- en nadelen.

Zelf aangedragen ideeën en voorwaarden

Verpleegkundigen droegen veelal praktische aanbevelingen aan als alternatief, bijvoorbeeld dat het elektronisch patiëntendossier ‘slimmer’ wordt ingericht [V1, 15, 18]. Als in het patiëntendossier bekend is dat een patiënt valrisico-verhogende medicatie slikt zou het dossier automatisch al kunnen berekenen dat de patiënt een verhoogd valrisico heeft bijvoorbeeld. Daarnaast werd benoemd dat risico’s vaker op basis van indicatie zouden moeten worden gescreend [V4, 6, 7] en niet bijvoorbeeld standaard op maandagochtend en donderdagochtend om 8:00 uur: “(...) *dat zou gek zijn als je op maandagochtend om 8:00 uur denkt ‘nee nu ga ik de patiënt draaien in bed om te kijken of die geen decubitus heeft’. Als iemand een heel groot risico heeft, moet je ook in de nachtdiensten op een stuit kijken om te kijken of alles nog allemaal oké gaat.*” V7 Dit idee werd met name voorgesteld voor screening op decubitus en de meningen verschilden

over of risicoscreening alleen bij herbeoordelingen niet verplicht moest worden gesteld of ook bij patiëntopnamegesprekken.

Door verschillende verpleegkundigen werd benoemd dat indien het is toegestaan om af te wijken, het van belang is dat er genoeg duidelijkheid is over het gewijzigde beleid [V1, 2, 7, 10, 14, 15, 18]: *“Zodra het onduidelijk wordt dan ben je weg. Dan kan je er beter mee kappen.”* V7 Met duidelijkheid werd bedoeld dat nieuw beleid helder en herhaaldelijk wordt gecommuniceerd, dat de criteria op basis waarvan mag worden afgeweken duidelijk zijn en de plek waar wordt geregistreerd, omdat er nu veel overlap is van registraties. Om draagvlak te creëren en goede afwijkingscriteria op te stellen werd het betrekken van verpleegkundigen bij de beleidsvorming van belang geacht, bijvoorbeeld door middel van werkgroepen [V7, 18]. Verder werd genoemd dat afdelingen niet afgerekend mogen worden op afwijkingspercentages [V14]. En een expliciete voorwaarde die werd genoemd is dat er meer moet worden vertrouwd op de professionaliteit van de verpleegkundige door de organisatie [V9, 14].

Tenslotte werd genoemd dat het goed zou zijn als er vaker wordt gekeken naar de risicoscreening, omdat daar volgens verpleegkundigen meer winst te behalen valt [V6, 10]: *“Kijk, weet je wat het is. Die impact is eigenlijk nu, we doen het en we doen er eigenlijk te weinig mee met die informatie die we zien of vinden. Dat is denk ik sowieso all over. We doen het, maar als de uitslag dan wat afwijkt doe je er wel wat mee? Ik vind eigenlijk die vraag belangrijker, waarom doen we daar niet wat meer mee?”* V6 Een uitgebreider overzicht van voorgestelde ideeën en voorwaarden staat weergegeven in bijlage 7.

Analyse

Afgezien van een paar verpleegkundigen valt uit de resultaten over alternatieven op dat verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening zeker ook waardevol lijken te achten. Waar een deel meer professionele vrijheid van belang vindt en dus geen voorstander is van een bewust-afwijken-knop is, zijn meerdere verpleegkundigen van mening dat er niet zomaar kan worden afgeweken van gestandaardiseerde risicoscreening. De reden dat er verpleegkundigen gematigd positief zijn over de knop, is omdat zij vooral bang zijn dat de knop alleen maar meer registratielast oplevert. De eigen alternatieven die worden voorgesteld zijn er ook vooral op gericht dat gestandaardiseerde risicoscreening hanteerbaarder wordt gemaakt en in mindere mate dat gestandaardiseerde risicoscreening volledig wordt afgeschaft. Sommige verpleegkundigen stellen zelfs dat er meer winst te behalen valt op het gebied van gestandaardiseerde risicoscreening.

Het is wel opvallend dat de verpleegkundigen verdeeld zijn over de mate waarin er meer professionele vrijheid moet zijn. Waar deze verdeeldheid aan ligt, is op basis van dit onderzoek lastig te zeggen. Een paar verpleegkundigen vonden ook dat er meer op hun professionaliteit moet worden vertrouwd, maar vonden de bewust-afwijken-knop tegelijkertijd wel een goed idee. Wel werd hierbij gezegd dat afdelingen dan niet afgerekend mogen worden op hun afwijkingspercentages. Dit impliceert dat er sprake is van een te grote focus op organisatiedoelinden in plaats van doelinden ten behoeve van de patiënt (De Ruiter et al., 2016; Hunt et al., 2017). Anderen vonden de knop ook ‘tricky’, omdat

zij er als verpleegkundige zelf op afgerekend kunnen worden als ze afwijken. Al met al bleek uit de interviews ook dat meerdere verpleegkundigen het lastig vonden om zelf alternatieven te bedenken en te bepalen of zij wel of geen voorstander van de knop zijn. Verpleegkundigen lijken zich hiermee in een spagaat te bevinden. Ze zien in dat gestandaardiseerde risicoscreening van belang is, maar tegelijk levert de manier waarop het in de praktijk wordt gebruikt ook frustratie en angst op.

4.5 Samenvattende analyse

Samengevat blijkt ten eerste dat verpleegkundigen risicoscreening op vele verschillende manieren toepassen. De observaties en interviews lieten zien dat de verpleegkundige omgeving onvoorspelbaar is – er kan opeens een arts binnenkomen of een spoedopname plaatsvinden –, wat ervoor zorgt dat verpleegkundigen verschillende afwegingen maken in verschillende situaties (Johnstone & Kanitsaki, 2007). De afwegingen om wel of niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen worden vooral gemaakt op basis van de professionele logica. Enerzijds is dit terug te zien in de uitvoering van de risicoscreening. Op basis van hun ervaring en kennis besluiten verpleegkundigen regelmatig om slechts een paar of geen vragen van een standaard screeninginstrument te stellen. Desondanks laten zij zich in de uitvoering ook erg sturen door de prestatie logica en deels door de politieke logica. Verpleegkundigen geven namelijk aan screeninginstrumenten wel te registreren vanwege politieke en organisatiedoelstellingen, ook al vinden zij dit onnodig.

Uit de verpleegkundige afwegingen komt daarentegen naar voren dat vanuit de professionele logica gestandaardiseerde risicoscreening niet alleen maar onnodig wordt geacht, maar ook behulpzaam om een goede kwaliteit van zorg te leveren. De drie logica's zitten hier op één lijn. De reden dat verpleegkundigen vanuit de professionele logica verschillende geluiden laten horen, lijkt er onder andere mee te maken te hebben dat er in zijn geheel te veel standaarden en registraties bestaan. De voorgestelde alternatieven laten zien dat er vooral ideeën worden voorgesteld waarbij gestandaardiseerde risicoscreening hanteerbaarder is en in mindere mate dat deze moeten worden geschrapt. Daarnaast lijken er verschillende opvattingen te bestaan over de betekenis van kwaliteit van zorg. Zo definieert de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen kwaliteit van zorg als zorg die in medisch opzicht tot het beste resultaat leidt (NVZ, 2014). Volgens verpleegkundigen is naast medische zorg ook patiëntvriendelijkheid en psychosociale zorg belangrijk om een goede kwaliteit van zorg te leveren, daarom vinden zij afwijkingen soms van belang. Vanuit de prestatie- en politieke logica wordt echter gesteld dat volledigheid van risicoscreening een belangrijke kwaliteitsindicator is (Noordegraaf, 2015; Stalpers et al., 2016).

5. Conclusie & Discussie

Aanleiding voor dit onderzoek was de standaardisatie van verpleegkundige risicoscreening en de registratielast die hiermee gepaard gaat. Daarnaast bleek er vanuit de literatuur veel kritiek te bestaan op standaardisatie. Centraal stond de vraag hoe en waarom verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen en hoe daarbij invulling wordt gegeven aan de kwaliteit van zorg. Op deze manier kon inzicht worden verkregen in hoe verpleegkundigen omgaan met bestaande spanningen rondom standaardisatie van risicoscreening en inzicht worden verkregen in eventuele alternatieven. Met behulp van de theoretische en empirische resultaten zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op de onderzochte deelvragen. Van hieruit zal de conclusie worden beschreven. Daaropvolgend wordt ingegaan op de beperkingen, relevantie en aanbevelingen van dit onderzoek.

5.1 Beantwoording deelvragen

Theoretische deelvragen

Allereerst werd aan de hand van literatuur nagegaan waarom gestandaardiseerde risicoscreening vanuit verschillende managementlogica's wel of niet van belang kon worden geacht. Iedere logica blijkt een andere focus te hebben. Binnen de prestatie logica ligt de focus op ziekenhuisprestaties, binnen de politieke logica op publieke verantwoording en de professionele logica focust op de verpleegkundige professionaliteit. Vervolgens werd de vraag gesteld hoe de dynamiek tussen deze logica's verklaard kan worden. Deze dynamiek blijkt complex. Dit komt doordat iedere logica naast het leveren van een goede kwaliteit van zorg een ander doel nastreeft waardoor er verschillende redenen bestaan om risicoscreening te standaardiseren. Redenen die elkaar aanvullen, maar ook botsen.

Op basis van de logica's werden verschillende verpleegkundige afwegingen om gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen onderscheiden. Vanuit de politieke en prestatie logica werden alleen redenen verwacht om wel gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen. Respectievelijk om publieke verantwoording af te leggen en om aan management- en accreditatie-eisen te voldoen. Vanuit de professionele logica werden redenen verwacht om zowel niet als wel gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen. Verwachte redenen om het wel toe te passen, waren dat dit de verpleegkundige professionaliteit verhoogd en het helpt als laatste controle. Er werd verwacht dat gestandaardiseerde risicoscreening niet werd toegepast, omdat verpleegkundigen genoeg kennis en ervaring zouden hebben om risico's in te schatten. Daarnaast werd verwacht dat de standaarden zouden botsen met hun beroepsloyaliteit, omdat standaarden bijvoorbeeld nadelig kunnen zijn voor de patiënt. Deze afwegingen zijn vervolgens aan de hand van empirie onderzocht.

Empirische deelvragen

Om te beginnen werd er gekeken hoe verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening toepassen. De observaties lieten zien dat de manier waarop gestandaardiseerde risicoscreening wordt toegepast

situatieafhankelijk is. Verpleegkundigen bleken hun vraagstelling af te stemmen op de patiënt en regelmatig niet alle standaard screeningvragen van een risicogebied te bespreken of helemaal geen. Zodra niet alle of geen van de vragen van een screeninginstrument worden gesteld aan de patiënt, bleek dat verpleegkundigen de vragen vaak alsnog zelf beantwoorden en registreren in het patiëntendossier.

Aan de hand van de tweede deelvraag werd duidelijk waarom verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening op deze manier toepassen. Verpleegkundigen gaven aan antwoorden op sommige vragen zelf al in te schatten aan de hand van andere informatie, zoals onder andere medische voorgeschiedenis en antwoorden die patiënten al eerder in het opnamegesprek geven. Hierin laten zij zich door de professionele logica sturen. Hiernaast bleek de registratie van risicoscreening regelmatig niet nodig te worden geacht op de gestandaardiseerde wijze. Registraties worden toch uitgevoerd op de gestandaardiseerde manier, omdat dit verplicht is. Verplicht vanuit het management, de accreditatiecommissie en/of vanuit landelijke regels. Hierin laten verpleegkundigen zich sturen door de prestatie logica. In iets mindere mate laten verpleegkundigen zich ook sturen vanuit een politieke logica. Indien er bijvoorbeeld fouten worden gemaakt, wordt registratie als verantwoordingsmiddel gezien.

Over het geheel gezien is gebleken dat verpleegkundigen vooral beredeneren op basis van een professionele logica bij de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening. Er kwam naar voren dat verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening regelmatig niet nodig vinden, omdat toepassing volgens hen geen verschil uitmaakt in de geleverde zorg of soms in het belang van de patiënt is. Daarbij viel op dat afwijkingen van de standaard volgens verpleegkundigen soms belangrijk worden gevonden, omdat hierdoor meer aandacht voor de patiënt is in plaats van voor de registraties. In tegenstelling tot wat er door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2014) wordt verstaan onder kwalitatieve zorg, is volgens verpleegkundigen naast medische zorg ook patiëntvriendelijkheid en psychosociale zorg belangrijk om een goede kwaliteit van zorg te leveren. Daarom vinden verpleegkundigen afwijkingen van gestandaardiseerde risicoscreening soms nodig, maar vanuit de prestatie logica wordt echter gesteld dat volledigheid van risicoscreening een belangrijke kwaliteitsindicator is (Noordegraaf, 2015; Stalpers et al., 2016). Op dit punt botsen de standaarden met de beroepsloyaliteit van verpleegkundigen (Lipsky, 2010; Wilensky, 1964).

Ondanks dat gestandaardiseerde risicoscreening soms onnodig wordt geacht, is gebleken dat verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening regelmatig ook als professioneel hulpmiddel zien bij risicoschattingen. Gestandaardiseerde risicoscreening wordt het meest van belang geacht voor risicoschattingen op ondervoeding. Ook wordt de registratie van risicoscreening van belang geacht voor de continuïteit van zorg. Verpleegkundigen hebben echter het idee dat er niemand terugkijkt naar de plek waar er volgens de standaard geregistreerd moet worden. Als collega's van de risico's moeten afweten, registreren zij dit ook op een plek waarvan zij weten dat daarnaar gekeken wordt door collega's. Registratie wordt dan dus niet onnodig geacht, maar wel op de plek die de standaard voorschrijft.

Aan de hand van de derde deelvraag werd gekeken welke alternatieven er volgens verpleegkundigen zijn voor gestandaardiseerde risicoscreening. Waar een deel van de verpleegkundigen

meer professionele vrijheid van belang vindt en dus niet voor een bewust-afwijken-knop is, is gebleken dat een groter deel van mening is dat er niet zomaar kan worden afgeweken van gestandaardiseerde risicoscreening. De meesten zijn gematigd positief over de knop. Positief, omdat het voor extra bewustwording kan zorgen en collega's kunnen zien dat een risicoscreening niet simpelweg vergeten is. Het belangrijkste commentaar op de knop is dat het waarschijnlijk alleen maar meer registratielast oplevert, vooral als er in het elektronisch patiëntendossier een reden moet worden gegeven over waarom iemand afwijkt. Indien er mag worden afgeweken van de standaard stellen verpleegkundigen dat duidelijkheid hierover erg belangrijk is. Daarnaast lieten de voorgestelde alternatieven zien dat er vooral ideeën worden aangedragen waarbij gestandaardiseerde risicoscreening hanteerbaarder is en in mindere mate dat deze moeten worden geschrapt. Een gebruiksvriendelijker en 'slimmer' patiëntdossier wordt als bevorderend ervaren voor de risicoscreening. Risicoscreening gebeurt dan alsnog, maar het scheelt verpleegkundigen registratietijd, omdat het elektronisch patiëntendossier dit automatisch doet door patiëntinformatie te integreren. Volgens sommige verpleegkundigen is er door een gebruiksvriendelijker patiëntendossier zelfs meer winst uit de risicoscreening te halen, want zij achten het wel behulpzaam.

5.2 Conclusie

Verpleegkundigen blijken zich te bevinden in een complexe onvoorspelbare omgeving. Gestandaardiseerde risicoscreening wordt lang niet altijd precies op de manier toegepast zoals de standaard voorschrijft. De toepassing wordt aangepast op de omgeving. Verpleegkundigen beredeneren dat gestandaardiseerde risicoscreening soms niet nodig is op de precieze manier zoals de standaard voorschrijft, omdat dit volgens geen verschil uitmaakt voor de zorg of in het belang van de patiënt is. Hier tegenover is de belangrijkste conclusie uit dit onderzoek dat verpleegkundigen - vanuit hun professionele logica - toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening ook zeker wel van belang achten. Het wordt gezien als hulpmiddel en volgens sommige verpleegkundigen valt hieruit zelfs nog meer winst te behalen. Deze uiteenlopende opvattingen over gestandaardiseerde risicoscreening kunnen verklaard worden aan de hand van twee redenen. Het zijn de grote hoeveelheid aan standaarden, de verschillende opvattingen over wat kwaliteit van zorg inhoudt en hoe dit te meten is, die in de praktijk spanningen veroorzaken. Kwaliteit van zorg draait volgens verpleegkundigen niet alleen om de beste medische zorg, maar ook om psychosociale zorg en patiëntvriendelijkheid. Het is de hoeveelheid standaarden en registraties die ervoor zorgt dat verpleegkundigen geen tijd meer hebben om de patiënt een luisterend oor te bieden en zij zoveel vragen moeten stellen dat dit niet meer patiëntvriendelijk is. Kwaliteitsindicatoren houden daarnaast geen rekening met deze onderdelen van zorg. Kortom, in de basis is gestandaardiseerde risicoscreening een professioneel hulpmiddel, maar in de praktijk blijkt het vaak een belemmering. In het belang van zowel de patiënt als de verpleegkundige moet hier wat aan worden gedaan.

5.3 Discussie

Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Met deze beperkingen dient in vervolgonderzoek rekening te worden gehouden. Ten eerste kan niet volledig worden uitgesloten dat een zogeheten *Hawthorne effect* is opgetreden. Daarmee wordt bedoeld dat niet kan worden uitgesloten dat de participerende rol van de onderzoeker een effect heeft gehad op de uitkomsten (Wickström & Bendix, 2000). De deelnemende verpleegkundigen wisten dat er onderzoek werd gedaan naar gestandaardiseerde risicoscreening. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat verpleegkundigen tijdens de observatie gestandaardiseerde risicoscreening toepasten, omdat de onderzoeker aanwezig was, terwijl zij dit anders niet hadden gedaan. Ten tweede kan niet worden uitgesloten dat er sprake was van *ex post rationalisaties*. Hiermee wordt verwezen naar een cognitief proces waarin in dit geval redenen om wel of niet af te wijken na een gebeurtenis worden toegeschreven. Doordat verpleegkundigen pas na de patiëntopnamegesprekken werd gevraagd naar hun afwegingen is het bijvoorbeeld denkbaar dat zij op dat moment bewust gaan nadenken over hun afweging en hun antwoord bijvoorbeeld afwijkt van wanneer voor of tijdens het patiëntopnamegesprek naar hun afweging werd gevraagd. Op de vraag waarom een screeninginstrument niet werd toegepast zou een antwoord kunnen worden gegeven dat de verpleegkundige in een minder slecht daglicht stelt. Om zowel het *Hawthorne effect* als *ex post rationalisaties* zoveel mogelijk te beperken, is voorafgaand aan het onderzoek aan de verpleegkundigen verteld dat het onderzoek ten doel had om een zo goed mogelijk beeld van de werkelijkheid te krijgen en dus niet bedoeld was ter controle. Gezegd werd dat in dat geval zo goed mogelijke aanbevelingen ten behoeve van de verpleegkundige praktijk konden worden gedaan. Daarnaast is zoveel als mogelijk geprobeerd om de interviews te laten plaatsvinden na de observaties, zodat de afwegingen nog zo vers mogelijk in het geheugen zaten en daardoor geloofwaardiger waren.

Het is van belang dat er voorzichtig wordt omgegaan met de generalisatie van de resultaten naar andere verpleegkundige settingen. Doel van dit onderzoek was ook niet om de resultaten te generaliseren, maar door middel van kwalitatief onderzoek een diepgaandere analyse te maken, zodat een sterkere theoretische conclusie kon worden getrokken (Tijmstra & Boeije, in Boeije, 2014). Om resultaten met meer zekerheid te generaliseren zou vervolgonderzoek meer respondenten kunnen includeren en verschillende casussen (ziekenhuizen en afdelingen) kunnen onderzoeken. Eventuele verschillen in verpleegkundige afwegingen tussen verschillende settingen kunnen dan tevens worden nagegaan.

Onderstaand wordt een aantal aanbevelingen gedaan over hoe gestandaardiseerde risicoscreening kan worden vormgegeven, zodat hieromheen minder spanning bestaat en er rekening wordt gehouden met de kwaliteit van zorg. In vervolgonderzoeken dient te worden onderzocht in hoeverre verschillende verpleegkundige standaarden daadwerkelijk bijdragen aan de kwaliteit van zorg en welke dus geschrapt kunnen worden.

Implicaties

De resultaten uit dit onderzoek bieden een aantal wetenschappelijke en maatschappelijke implicaties voor de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening.

Wetenschappelijke implicaties

Waar eerdere onderzoeken negatieve kanten van standaardisatie benadrukken, laat dit onderzoek zien dat verpleegkundigen gestandaardiseerde risicoscreening op zichzelf niet negatief achten (Cutrer & Ehrenfeld, 2017; Grote et al., 2009; Johannessen, 2017; Mannion & Exworthy, 2017; Timmermans & Berg, 2003). Zoals beschreven wordt de spanning die hieromheen bestaat echter veroorzaakt door de hoeveelheid aan standaarden en registraties en verschillende opvattingen over hoe de juiste kwaliteit van zorg kan worden geleverd.

Ten tweede levert dit onderzoek een wetenschappelijke bijdrage, doordat er nog weinig onderzoek is gedaan naar verpleegkundige afwegingen als het gaat om de toepassing van standaarden en de omgang met spanningen die hieromheen bestaan (Johannessen, 2017; Mannion & Exworthy, 2017). Dit onderzoek geeft daarbij inzicht in hoe verpleegkundigen in de praktijk omgaan met de verschillende organisatie-, politieke en professionele belangen rondom standaardisatie. Voor beleidsmakers kan dit waardevolle inzichten bieden.

Anders dan in eerdere onderzoeken werd de toepassing van standaarden als tweedelig gezien. Net als eerdere onderzoeken aantonden, blijkt ook in dit onderzoek dat verpleegkundigen regelmatig afwijken van de standaard (Johannessen, 2017; Rycroft-Malone et al., 2009), maar voornamelijk van de manier waarop screeninginstrumenten besproken worden. Dit is minder goed controleerbaar door bijvoorbeeld het management. Registraties bleken doorgaans wel te worden toegepast, maar screeninginstrumenten worden dan ook wel eens zelf ingevuld in plaats van (volledig) besproken met de patiënt.

Maatschappelijke implicaties

De maatschappelijke implicaties worden vormgegeven aan de hand van aanbevelingen voor de praktijk. Aanbevelingen worden gericht op Amsterdam UMC en er zullen algemene aanbevelingen worden gedaan.

Aanbevelingen aan Amsterdam UMC

De meningen over de bewust-afwijken-knop bleken erg uiteenlopend. Sommigen denken dat de knop inderdaad voor meer bewustwording zorgt en een goede verandering is, maar een groot deel denkt ook dat de knop averechts werkt en dat het juist alleen maar meer tijd en registraties oplevert.

In plaats van het invoeren van een bewust-afwijken-knop zou er per risicogebied kunnen worden bekeken in hoeverre dit verplicht moet zijn op een afdeling. In dit onderzoek bleek dat de toepassing van gestandaardiseerde risicoscreening verschilde per risico. Er moet voorzichtig worden omgegaan met

deze stelling, omdat een klein aantal verpleegkundigen werd onderzocht, maar de resultaten kunnen ook niet genegeerd worden. In dit onderzoek viel bijvoorbeeld op dat gestandaardiseerde risicoscreening voor ondervoeding bijna altijd van belang werd geacht en ook besproken werd met de patiënt. Er werd aangegeven dat ondervoeding in tegenstelling tot fysieke beperkingen en decubitus lastig te herkennen was. Met name decubitus bleek in dit onderzoek een stuk minder vaak besproken met de patiënt, maar wel geregistreerd. Risicoscreening op decubitus lijkt vanuit externe partijen daarentegen ook enkel verplicht te worden gesteld voor patiënten ouder dan zeventig jaar.

Het is niet met volledige zekerheid uit te sluiten dat door het niet verplicht stellen van bepaalde risicoscreening, een enkele keer een risico over het hoofd wordt gezien. Echter, zoals dit onderzoek laat zien kan door het schrappen van verplichte standaarden – waar Amsterdam UMC niet het eerste ziekenhuis in zal zijn – in zijn geheel waarschijnlijk meer winst op de kwaliteit van zorg worden behaald. Zowel verpleegkundigen in dit onderzoek als eerdere wetenschappelijke onderzoeken laten immers zien dat een te grote hoeveelheid aan verplichte registraties nadelig kan zijn voor de kwaliteit van zorg (Farri et al., 2012; Sulmasy et al., 2017).

Bij veranderingen in beleid rondom gestandaardiseerde risicoscreening is duidelijkheid erg belangrijk volgens verpleegkundigen (ook indien de bewust-afwijken-knop toch wordt ingevoerd). Door de hoeveelheid verschillende regels en verplichte registraties geven zij aan dat zij soms niet meer weten wat wel en wat niet verplicht is. Het gebruik van meerdere informatiebronnen en herhaling van een nieuwe belangrijke verandering lijken essentieel volgens verpleegkundigen. Aankondigen dienen volgens hen niet alleen per mail te worden gedaan, maar ook op de afdeling zelf en tijdens klinische lessen. Indien de bewust-afwijken-knop toch wordt ingevoerd, kan het ondersteunend zijn om op afdelingsniveau regelmatig te kunnen reflecteren op de knop: ‘Wie hebben er afgeweken en waarom?’.

Algemene aanbevelingen

Zowel aan Amsterdam UMC als aan andere ziekenhuizen wordt aanbevolen om te investeren in de gebruiksvriendelijkheid van het elektronisch patiëntendossier. Uit dit onderzoek blijkt dat gestandaardiseerde risicoscreening waardevol wordt bevonden, maar de hoeveelheid registraties en daardoor de onoverzichtelijkheid in het patiëntendossier ervoor zorgen dat er nadelige gevolgen worden ondervonden aan standaarden. Indien het systeem verschillende antwoorden aan elkaar kan linken, zou het systeem automatisch al antwoorden kunnen invullen. Als in het patiëntendossier bijvoorbeeld staat dat een patiënt medicatie slikt die valrisico-verhogend blijkt te zijn, kan bij de risicoscreening automatisch al ingevuld worden dat de patiënt een verhoogd risico op vallen heeft. Ook werd bijvoorbeeld gesteld dat bij vragen over het dieet al overlappende informatie automatisch ingevuld kan worden voor het ondervoedingsrisico. In bijlage 7 staan alle voorstellen van verpleegkundigen uit Amsterdam UMC weergegeven die kunnen worden meegenomen.

Zowel op nationaal als internationaal niveau is het van belang om kritisch te blijven kijken naar verplichte registraties. Gestandaardiseerde risicoscreening kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg, maar

moet wel hanteerbaar zijn in de praktijk wil het bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen gaven aan dat bepaalde standaarden die voor heel het ziekenhuis verplicht worden gesteld voor de ene afdeling veel relevanter is dan voor de ander. Doordat er op internationaal niveau eisen worden gesteld aan verpleegkundige standaarden en registraties, zoals de Joint Commission International doet, is het denkbaar dat er eerder overbodige standaarden en registraties worden opgelegd dan wanneer deze op nationaal niveau worden vastgesteld.

Tenslotte zou het van toegevoegde waarde zijn als er bij het publiek, vooral bij externe belanghebbenden, meer aandacht uitgaat naar wat wordt verstaan onder kwaliteit van zorg en de manieren waarop standaarden daaraan bijdragen. Zo worden psychosociale zorg en patiëntvriendelijkheid van groot belang geacht door verpleegkundigen, maar deze onderdelen van zorg worden weinig opgenomen in kwaliteitsindicatoren.

6. Literatuur

- ATLAS.ti. Scientific Software Development (2013). GmbH, Berlijn.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient education and counseling*, 39(1), 17-25.
- Berg, M., Horstman, K., Plass, S., & Van Heusden, M. (2000). Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardisation and the professionalism of insurance medicine. *Sociology of health & illness*, 22(6), 765-791.
- Bloomrosen, M., Starren, J., Lorenzi, N. M., Ash, J. S., Patel, V. L., & Shortliffe, E. H. (2011). Anticipating and addressing the unintended consequences of health IT and policy: a report from the AMIA 2009 Health Policy Meeting. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18(1), 82-90.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (Tweede druk. ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Booth, J., Davidson, I., Winstanley, J., & Waters, K. (2001). Observing washing and dressing of stroke patients: nursing intervention compared with occupational therapists. What is the difference? *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 98-105.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford University Press.
- Buijse, A. M., & van Tol, M. V. (2005). Dossier actueel deel I. Tuchtrect en de verpleegkundige standaard. *TVZ-Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, (9), 18-23.
- Cabana, M. D., & Jee, S. H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *The Journal of family practice*.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine*, 51(11), 1611-1625.
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of advanced nursing*, 26(3), 623-630.
- Cutrer, W. B., & Ehrenfeld, J. M. (2017). Protocolization, Standardization and the Need for Adaptive Expertise in our Medical Systems. *Journal of Medical Systems*, 41(12), 3-4.
- De Ruiter, H. P., Liaschenko, J., & Angus, J. (2016). Problems with the electronic health record. *Nursing Philosophy*, 17(1), 49-58.
- Deetz, S. (1996). Crossroads—Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. *Organization Science*, 7(2), 191-207.
- Despins, L. A., & Wakefield, B. J. (2018). The Role of the Electronic Medical Record in the Intensive Care Unit Nurse's Detection of Patient Deterioration: A Qualitative Study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(6), 284-292.

- Ernstmann, N., Ommen, O., Driller, E., Kowalski, C., Neumann, M., Bartholomeyczik, S., & Pfaff, H. (2009). Social capital and risk management in nursing. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 340–347.
- Farri, O., Pieckiewicz, D. S., Rahman, A. S., Adam, T. J., Pakhomov, S. V., & Melton, G. B. (2012). A qualitative analysis of EHR clinical document synthesis by clinicians. *AMIA Annual Symposium Proceedings, 2012*, 1211-1210.
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*, 8, 38.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures* (Vol. 5043). Basic books.
- Grote, G., Weichbrodt, J. C., Günter, H., Zala-Mezö, E., & Künzle, B. (2008). Coordination in high-risk organizations: the need for flexible routines. *Cognition, Technology & Work*, 11(1), 17-27.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Ectj*, 29(2), 75.
- Henry, B. (2000). Quality of care, health system errors, and nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(4), 773-5.
- Hughes, R. (Ed.). (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 3). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Hughes, R. G., & Clancy, C. M. (2005). Working conditions that support patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 289-292.
- Hunt, L. M., Bell, H. S., Baker, A. M., & Howard, H. A. (2017). Electronic Health Records and the Disappearing Patient. *Med Anthropol Q*, 31(3), 403-421.
- Johannessen, L. E. F. (2017). Beyond guidelines: discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Sociol Health Illn*, 39(7), 1180-1194.
- Joint Commission International (2017). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Including Standards for Academic Medical Center Hospitals (6e editie)*. Oak Brook: Joint Commission International.
- Johnstone, M. J., & Kanitsaki, O. (2007). Clinical risk management and patient safety education for nurses: A critique. *Nurse Education Today*, 27(3), 185–191.
- Leistra, E., Visser, M., van der Hout, A., Langius, J. A., & Kruizenga, H. M. (2014). Systematic screening for undernutrition in hospitals: predictive factors for success. *Clinical Nutrition*, 33(3), 495-501.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75).
- Maas, M.L., Buckwalter, K.C., Reed, D. & Pringle Specht, J.K (1989). Quasi-experimental designs. In Brink, P. & Wood, M. (Eds.), *Advanced Design in Nursing Research*. Sage.
- Meurs, P. (2014). Van regeldruk naar passende regels: vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid vrijheid, 1–14.

- Mannion, R., & Exworthy, M. (2017). (Re) Making the Procrustean Bed? Standardization and Customization as Competing Logics in Healthcare. *Int J Health Policy Manag*, 6(6), 301-304.
- Nonaka, L., Takeuchi, H., & Umemoto, K. (1996). A theory of organizational knowledge creation. *International Journal of Technology Management*, 11(7-8), 833-845.
- Noordegraaf, M. (2015). *Public Management: Performance, Professionalism and Politics*. London: Palgrave Macmillan.
- Poissant, L., Pereira, J., Tamblyn, R., & Kawasumi, Y. (2005). The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(5), 505-516.
- Ravenek, M. J., & Rudman, D. L. (2013). Bridging conceptions of quality in moments of qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 12(1), 436-456.
- Rycroft-Malone, J., Fontenla, M., Seers, K., & Bick, D. (2009). Protocol-based care: the standardisation of decision-making? *J Clin Nurs*, 18(10), 1490-1500.
- Seale, C. (1999). Quality in qualitative research. *Qualitative inquiry*, 5(4), 465-478.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, 63-75.
- Simmons, B. (2010) Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1151-1158.
- Singh, H., Spitzmueller, C., Petersen, N. J., Sawhney, M. K., & Sittig, D. F. (2013). Information overload and missed test results in electronic health record-based settings. *JAMA internal medicine*, 173(8), 702-704.
- Stalpers, D. (2017). De effectiviteit en bruikbaarheid van kwaliteitsindicatoren en de rol van de verpleegkundige aan het bed. *TVZ-Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(3), 14-16.
- Stalpers, D., Van Der Linden, D., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Using publicly reported nursing-sensitive screening indicators to measure hospital performance: the Netherlands experience in 2011. *Nursing research*, 65(5), 362-370.
- Sulmasy, L. S., López, A. M., Horwitch, C. A. (2017). Ethical implications of the electronic health record: In the service of the patient. *Journal of General Internal Medicine*, 32(8), 935.
- Thompson, C., Bucknall, T., Estabrookes, C. A., Hutchinson, A., Fraser, K., De Vos, R. & Saunders, J. (2009). Nurses' critical event risk assessments: a judgement analysis. *Journal of clinical nursing*, 18(4), 601-612.
- Thompson, T. L., Parrott, R., & Nussbaum, J. F. (Eds.). (2011). *The Routledge handbook of health communication*. Routledge.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The Gold Standard: the Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Timmermans, S., & Epstein, S. (2010). A world of standards but not a standard world: Toward a sociology of standards and standardization. *Annual review of Sociology*, 36, 69-89.

- Tummers, L., Weske, U., Bouwman, R., & Grimmelikhuijsen, S. (2016). The impact of red tape on citizen satisfaction: An experimental study. *International Public Management Journal*, 19(3), 320-341.
- Van Thiel, S. (2010). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Wickström, G., & Bendix, T. (2000). The "Hawthorne effect"—what did the original Hawthorne studies actually show?. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 363-367.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137–158.

Grijze literatuur

- AD (2016, 5 september). 'Registratielast in de zorg schiet door'. AD. Geraadpleegd van <https://www.ad.nl/nieuws/registratielast-in-de-zorg-schiet-door~afef75f2/>
- DHD, & IGZ (2016, z.d.). Publicatie IGZ indicatoren 2016. Geraadpleegd van <https://www.ziekenhuizentransparant.nl/>
- Dijkslag-Kluijver, B. (2018, 30 januari). 'Schrapessies: zorgverleners gaan regeldruk actief te lijf.' *Nursing*. Geraadpleegd van <https://www.nursing.nl/schrapessies-zorgverleners-gaan-regeldruk-actief-te-lijf/>
- NOS (2017, 19 november). 'Verpleegkundigen in actie om papierwerk: "ik voel mij soms meer een boekhouder".' NOS. Geraadpleegd van <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2203645-verpleegkundigen-in-actie-om-papierwerk-ik-voel-me-soms-meer-een-boekhouder.html>
- NVZ (2014). Kwaliteit op de kaart. Geraadpleegd van https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/14124/Rapport%20Kwaliteit%20op%20de%20kaart.pdf
- NVZ (2018, 12 maart). Ziekenhuizen willen minder registreren. Geraadpleegd van <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/actueel/huidig-artikel/3656-ziekenhuizen-willen-minder-registreren>
- Oelen, M. (2014, 27 januari). 'Verpleegkundigen lijden onder registratielast'. *Nursing*. Geraadpleegd van <https://www.nursing.nl/verpleegkundigen-lijden-onder-registratielast-1451717w/>
- V&V (2012). V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige. Geraadpleegd van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profieel%20verpleegkundige_def.pdf
- V&VN (2014). De professionele standaard, een uitwerking (concept). Geraadpleegd van <http://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/20141204%20De%20professionele%20standaard%20een%20uitwerking.pdf>
- V&VN (2018, 14 juni). Afschaffing van de standaardrisicosignalering. Geraadpleegd van <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/2504629/Afschaffing-van-de-standaard-risicosignalering>

7. Bijlagen

Bijlage 1 Documenten onderzoeksaanvraag METC

Onderzoeksprotocol

(voor aanvraag niet-WMO verklaring)

Algemene gegevens

Titel	Bewuste afwijkingen van gestandaardiseerde risicoscreening door verpleegkundigen
Datum	24-05-2018
Versienummer	2
Indiener	Eline Wolswijk, e.wolswijk@vumc.nl, 06-42525721
Coördinerende onderzoeker	n.v.t.
Hoofdonderzoeker(s)	Kira Scheerman, k.scheerman@vumc.nl, 020-4440335
Opdrachtgever (verrichter)	VUmc

Onderzoekgegevens

Rationale	<p>Het identificeren van gezondheidsrisico's is één van de kerntaken van verpleegkundigen (Hughes, 2008). Standaardisatie van risicoscreening wordt in ziekenhuizen gebruikt om verpleegkundigen hierbij te ondersteunen, bijvoorbeeld bij het vaststellen van een verhoogd risico op decubitus, fysieke beperkingen, ondervoeding, delier en vallen. Standaardisatie kan behulpzaam zijn voor verpleegkundigen en bijdragen aan een verbeterde kwaliteit van klinische besluitvorming, doordat zeker in onzekere situaties gewenste vervolgstappen worden gegeven (Cutrer & Ehrenfeld, 2017). Gebleken is echter dat de huidige manier van werken van risicoscreening niet altijd goed aansluit bij de praktijk en zorgt voor een hoge registratielast. Verpleegkundigen geven bijvoorbeeld aan problemen te moeten registreren die op dat moment niet aan de orde zijn, zoals voedingstoestand, valrisico, decubitus, pijn en delier (Meurs, 2014).</p> <p>Er bestaat landelijk de opvatting dat afwijken van richtlijnen en protocollen onder voorwaarden is toegestaan (V&VN, 2014, p. 5). Om meerdere redenen kan het van belang zijn dat verpleegkundigen</p>
------------------	---

	<p>kunnen afwijken gestandaardiseerde risicoscreening. Verpleegkundigen voeren hun werk uit in situaties die onvoorspelbaar zijn en waarbij kwalitatieve beoordelingen over klinische condities van patiënten en hun omgeving belangrijk zijn (Johnstone & Kanitsaki, 2007). Geen één regel kan grondig elk aspect van de praktijk kan beschrijven (Johannessen, 2017). Factoren zoals onder andere intuïtie, opleidingsniveau, overleg met collega's, organisatiecultuur en tijd blijken van invloed te zijn op klinische besluitvorming van verpleegkundigen (Gerdtz & Bucknall, 2001; Manias, Bucknall & Botti, 2004; Manojlovich, Sidani et al., 2011; Rycroft-Malone, Fontenla, Seers & Bick, 2009; Ernstman et al., 2009; Thompson et al., 2009). Daarnaast kunnen protocollen en richtlijnen er voor zorgen dat een professional niet in staat wordt gesteld een eigen plan te bedenken, maar de focus op specifieke situaties alleen maar wordt geautomatiseerd (Grote, Weichbrodt, Günter, Zala-Mezö, & Künzle, 2009). Tot slot kan het gebruik van EPD samen gaan met een <i>information overload</i>, dat tot gevolg kan hebben dat belangrijke informatie wordt gemist (Fari et al., 2012; Singh, Spitzmueller, Petersen, Sawhney & Sittig, 2013).</p> <p>Er is weinig bekend over in welke situaties verpleegkundigen bewust afwijken van gestandaardiseerde risicoscreening. Meer inzicht in de afwegingen die verpleegkundigen maken bij het bewust afwijken van gestandaardiseerde risicoscreening en factoren die hierop van invloed zijn, draagt bij aan het vormgeven van alternatieven van risicoscreening binnen het werkproces zodat de risicoscreening goed aansluit bij de praktijk en registratielast wordt verminderd.</p>
<p>Doel</p>	<p>Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de afwegingen die verpleegkundigen maken en de factoren die hierop van invloed zijn bij het toepassen van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's op het gebied van decubitus, fysieke beperkingen, ondervoeding, delier en vallen. Daarnaast wordt onderzocht hoe volgens verpleegkundigen afwijkingen van gestandaardiseerde risicoscreening kunnen worden vormgegeven binnen het werkproces zodat de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg blijft gewaarborgd.</p>
<p>Studie design</p>	<p>Kwalitatief onderzoek bestaande uit observaties en semi gestructureerde interviews. Uitvoering van de observaties en de interviews wordt verspreid over een periode van 1,5 maand.</p> <p><u>Observaties van verpleegkundigen bij patiëntopnamegesprekken</u></p> <p>Vooraf aan de interviews worden verpleegkundigen geobserveerd tijdens patiëntopnamegesprekken. Tijdens de patiëntopnamegesprekken wordt doorgaans door verpleegkundigen de anamnese inclusief risicoscreening afgenomen. Observatie van verpleegkundigen tijdens deze gesprekken komt ten goede aan onderzoeksuitkomsten, doordat een beter begrip van het werkproces rondom risicoscreening wordt verkregen. Tijdens de observatie wordt</p>

	<p>gekeken naar het verloop van het gesprek, manier van uitvragen van de risicoscreening en de manier waarop risico's ter sprake komen. Aansluitend op het opnamegesprek wordt de verpleegkundige geïnterviewd.</p> <p><u>Semi gestructureerde interviews</u></p> <p>Tijdens het interview (±30 minuten) worden verpleegkundigen door de onderzoeker gevraagd welke afwegingen zij maken bij het afnemen en registreren van screeningsinstrumenten (in EPIC) om patiëntrisico's te identificeren. Aan de hand van het geobserveerde patiëntopnamegesprek wordt gevraagd aan de verpleegkundige of hij/zij haar motivaties om af te wijken wil toelichten. Indien er geen observatie van een patiëntopnamegesprek van de geïnterviewde verpleegkundige heeft plaatsgevonden, wordt de verpleegkundige gevraagd de meest recente patiëntopname te bespreken.</p> <p>Daarnaast wordt gevraagd naar alternatieve ideeën voor de registratie van risicoscreening in EPIC. Eerst wordt gevraagd of de verpleegkundige eigen suggesties heeft, daarna wordt een idee voorgesteld; de zogeheten bewust-afwijken-knop. Dit is een optie die die mogelijk geïmplementeerd wordt in VUmc. Suggesties van verpleegkundigen hierover worden bevestigd.</p>
Studie populatie	Verpleegkundigen werkzaam in VUmc op chirurgische, beschouwende of kortverblijf-afdelingen, die risicoscreening op één van de volgende vijf thema's bij de opname van patiënten uitvoeren: decubitus, ondervoeding, fysieke beperkingen, delier en vallen.
Inclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> - Werkzaam op klinische zorgeenheid - Leerling- of afgestudeerd verpleegkundige - Neemt risicoscreening af bij patiëntopname
Exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> - Werkzaam op medium en intensive care zorgeenheden - Werkzaam op kinderafdeling
Aantal proefpersonen/ sample grootte	<p>Om voldoende diversiteit in de studiepopulatie te bereiken wordt beoogt minimaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N=15 verpleegkundigen tijdens patiëntopnamegesprekken te observeren - N=15 verpleegkundigen te interviewen <p>Verwacht wordt dat bij deze grootte saturatie wordt bereikt.</p>
Werving proefpersonen	<p>De verpleegkundig hoofden van de zorgeenheden worden geïnformeerd over het onderzoek en om toestemming gevraagd. Per afdeling zullen vijf verpleegkundigen, geselecteerd middels een aselectieve steekproef, worden geobserveerd en geïnterviewd. De onderzoeker zal de verpleegkundigen benaderen voor het inplannen van een interview. De informatiebrief wordt voorafgaand aan het interview per mail toegestuurd.</p> <p>Aan patiënten zal vooraf aan het patiëntopnamegesprek mondeling om toestemming worden gevraagd voor observatie van het gesprek door de onderzoeker.</p>

Interventie	<ul style="list-style-type: none"> • Observaties van patiëntopnamegesprekken • Semi gestructureerde interviews
Standaardzorg / Standaardbehandeling	n.v.t.
Studie parameters	<ul style="list-style-type: none"> • Afdeling • Functie • Opleidingsniveau • Leeftijd • Soort dienstverband (parttime of fulltime) • Werkervaring • Frequentie afname patiëntopnamegesprek • Geslacht • Afwegingen voor het toepassen van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's • Factoren van invloed op afwegingen met betrekking tot het toepassen van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's • Alternatieven voor registratie risicoscreening in het dossier met bijbehorende voorwaarden om kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg te waarborgen
Studie eindpunten	<ul style="list-style-type: none"> - Inzicht in de afwegingen die verpleegkundigen maken en de factoren die hierop van invloed zijn, voor de toepassing van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's. - Inzicht in alternatieven voor de registratie van risicoscreening door verpleegkundigen, inclusief voorwaarden om kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg te waarborgen.
Statistische analyses	Bij toestemming van verpleegkundigen worden interviews opgenomen om analyse van de kwalitatieve data te bevorderen. Daarna worden de interviews getranscribeerd. De opnames worden gecodeerd (axiaal en selectief) m.b.v. het programma Atlas.ti.
Belasting voor de proefpersoon	<ul style="list-style-type: none"> • 1x ±30 minuten interview en/of • Observatie van patiëntopnamegesprek door onderzoeker
Risico voor de proefpersoon	Laag tot geen
Voordelen deelname aan het onderzoek	<p>Er zijn geen directe voordelen voor de deelnemers van dit onderzoek.</p> <p>De resultaten van dit onderzoek geven inzicht in hoe werkprocessen rondom risicoscreening verbeterd kunnen worden ten behoeve van de verpleegkundige praktijk en patiëntzorg. Verwacht wordt dat dit onderzoek inzicht biedt in mogelijkheden om bewust af te wijken van gestandaardiseerde risicoscreening, rekening houdend met kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg. Bewuste afwijkingen van gestandaardiseerde risicoscreening kunnen samengaan met minder registraties.</p>

Nadelen deelname aan het onderzoek	Tijdsinvestering, zoals aangegeven bij het kopje 'belasting voor de proefpersoon'.
Vergoeding voor de proefpersoon	Geen
Administratieve aspecten	Tijdens de observaties en interviews worden antwoorden opgeschreven die in één map worden bewaard door de onderzoeker. Bij toestemming worden interviews opgenomen op een voice-recorder. Audio-opnames zullen na het interview op een versleutelde wijze in een beveiligde schijf van VUmc worden geplaatst. Enkel de uitvoerende en hoofd- onderzoeker hebben toegang tot deze schijf. Participanten krijgen een code toegewezen die op het antwoordformulier zal staan. Een aparte sleutel wordt gemaakt voor en door de onderzoeker om de naam van de participant via de code te achterhalen. Na afronding van het onderzoek wordt de sleutel vernietigd. Alle gegevens worden vertrouwelijk verwerkt. De onderzoeksgegevens zijn bij publicatie in een (wetenschappelijk) tijdschrift en binnen VUmc niet te herleiden naar de verpleegkundigen.
Publicatiebeleid en amendementen	Onderzoek leidt tot afstudeerscriptie (Universiteit Utrecht) en peer reviewed publicatie.
Overige punten van belang voor de METc	-

Literatuur

- Cutrer, W. B., & Ehrenfeld, J. M. (2017). Protocolization, Standardization and the Need for Adaptive Expertise in our Medical Systems. *Journal of Medical Systems*, 41(12), 3–4.
<https://doi.org/10.1007/s10916-017-0852-y>
- Ernstmann, N., Ommen, O., Driller, E., Kowalski, C., Neumann, M., Bartholomeyczik, S., & Pfaff, H. (2009). Social capital and risk management in nursing. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 340–347. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181b14ba5>
- Farri, O., Pieckiewicz, D. S., Rahman, A. S., Adam, T. J., Pakhomov, S. V., & Melton, G. B. (2012). A qualitative analysis of EHR clinical document synthesis by clinicians. In *AMIA Annual Symposium Proceedings* (Vol. 2012, p. 1211). American Medical Informatics Association.
- Gerdtz, M. F., & Bucknall, T. K. (2001). Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *Journal of advanced nursing*, 35(4), 550-561.
- Grote, G., Weichbrodt, J. C., Günter, H., Zala-Mezö, E., & Künzle, B. (2009). Coordination in high-risk organizations: The need for flexible routines. *Cognition, Technology and Work*, 11(1), 17–27. <https://doi.org/10.1007/s10111-008-0119-y>

- Hughes, R. (Ed.). (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 3). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Johannessen, L. E. F. (2017). Beyond guidelines: discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Sociology of Health and Illness*, 39(7), 1180–1194. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12578>
- Johnstone, M. J., & Kanitsaki, O. (2007). Clinical risk management and patient safety education for nurses: A critique. *Nurse Education Today*, 27(3), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.04.011>
- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2004). Assessment of patient pain in the postoperative context. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 751-769.
- Manojlovich, M., Sidani, S., Covell, C. L., & Antonakos, C. L. (2011). Nurse dose: linking staffing variables to adverse patient outcomes. *Nursing research*, 60(4), 214-220.
- Meurs, P. (2014). Van regeldruk naar passende regels: vertrouwen, veerkracht, verantwoordelijkheid vrijheid, 1–14. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/07/18/van-regeldruk-naar-passende-regels>
- Rycroft-Malone, J., Fontenla, M., Seers, K., & Bick, D. (2009). Protocol-based care: the standardisation of decision-making?. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1490-1500.
- Singh, H., Spitzmueller, C., Petersen, N. J., Sawhney, M. K., & Sittig, D. F. (2013). Information overload and missed test results in electronic health record–based settings. *JAMA internal medicine*, 173(8), 702-704.
- V&VN (2014). De professionele standaard, een uitwerking (concept). Verkregen via <http://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/20141204%20De%20professionele%20standaard%20een%20uitwerking.pdf>

Proefpersoneninformatie voor deelname aan onderzoek

Bewuste afwijkingen van gestandaardiseerde risicoscreening door verpleegkundigen

Inleiding

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek

Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door VU medisch centrum (VUmc). De toetsingscommissie van de METc van VUmc heeft beoordeeld dat dit onderzoek niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U kunt er ook over praten met uw partner, vrienden of familie.

1. Doel van het onderzoek

Er is landelijk sprake van een registratielast onder verpleegkundigen. Gestandaardiseerde screeningsinstrumenten, welke worden gebruikt voor het in kaart brengen van patiëntrisico's, sluiten niet altijd goed aan bij de praktijk en dragen bij aan een hoge registratielast. Om deze redenen wordt onderzocht of de huidige vorm van risicoscreening, optimaler kan worden ingericht waarbij de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg blijven gewaarborgd. Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de afwegingen die verpleegkundigen maken en de factoren die hierop van invloed zijn bij het toepassen van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's. Daarnaast wordt gekeken naar alternatieven voor de registratie van risicoscreening in patiëntendossiers. Mogelijk kunnen bewuste afwijkingen van risicoscreenings bijdragen aan een vermindering van de registratielast onder verpleegkundigen.

2. Wat meedoen inhoudt

Indien u meedoet aan dit onderzoek zal de onderzoeker een patiëntopnamegesprek van u bijwonen en wordt u geïnterviewd.

Bijwonen van patiëntopname

Indien de patiënt hier toestemming voor geeft zal de onderzoeker een patiëntopnamegesprek dat u voert in zijn geheel bijwonen, tenzij u of de patiënt wenst dat de onderzoeker eerder vertrekt. Door het bijwonen van een patiëntopnamegesprek krijgt de onderzoeker meer inzicht in het proces van risicoscreening door verpleegkundigen. Indien het niet mogelijk is om een patiëntopnamegesprek bij te wonen, wordt alleen het interview afgenomen.

Interview (±30 minuten)

Tijdens het interview zal gevraagd worden naar welke afwegingen u maakt bij het afnemen en registreren (in EPIC) van screeningsinstrumenten om patiëntrisico's te identificeren. Aan de hand van het geobserveerde opnamegesprek wordt gevraagd om een toelichting van de motivaties om af te wijken. Indien observatie niet mogelijk is, zal gevraagd worden het meest recente patiëntopnamegesprek in gedachten te nemen. Daarnaast wordt gevraagd naar alternatieve ideeën voor de registratie van risicoscreening in EPIC.

Dit onderzoek is niet bedoeld ter controle van werkzaamheden, maar om te achterhalen waarom bepaalde screeningsinstrumenten in de praktijk wel of niet worden toegepast en welke belemmeringen ervaren worden door verpleegkundigen.

3. Mogelijke voor- en nadelen

Meedoen aan dit onderzoek levert niet direct iets op voor u als verpleegkundige. Wel levert u een *positieve bijdrage* aan:

- Verbetering van patiëntenzorg
- De ontwikkeling van alternatieve vormen van registratie van risicoscreening

Het *nadeel* van deelname aan het onderzoek kan zijn:

- Een tijdsinvestering van 30 minuten voor het interview. Het bijwonen van het patiëntopnamegesprek door de onderzoeker gebeurt tijdens uw dagelijkse werk.

U krijgt geen onkostenvergoeding voor deelname aan de vragenlijst of het interview.

4. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig.

Doet u mee aan het onderzoek? Dan kunt u zich altijd bedenken. U mag tijdens het onderzoek stoppen. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek.

5. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Uw gegevens

De onderzoeker bewaart uw gegevens maximaal 15 jaar. Daarna worden de onderzoeksgegevens vernietigd. Gegevens worden bewaard d.m.v. een onderzoeksnummer, zodat uw gegevens gecodeerd verwerkt worden en niet te herleiden zijn naar uw persoonlijke gegevens. Al uw gegevens blijven vertrouwelijk. Alleen de onderzoeker weet welke code u heeft. De onderzoeksgegevens zijn bij publicatie in een (wetenschappelijk) tijdschrift en binnen VUmc niet te herleiden naar u. Gegevens worden uitsluitend gebruikt voor

wetenschappelijk onderzoek. Als u de toestemmingsverklaring ondertekent, geeft u toestemming voor het verzamelen, bewaren en inzien van uw persoonsgegevens.

Dit onderzoek zal komen te staan in het scriptiearchief van de Universiteit Utrecht voor nieuwe studenten (<http://studenttheses.library.uu.nl/search.php?language=nl>). Deze website bevat geen informatie die herleidbaar is tot u als persoon. Wel kan de website een samenvatting van de resultaten tonen. U vindt dit onderzoek onder de naam 'Eline Wolswijk'.

6. Heeft u vragen?

Voor vragen of opmerkingen over het onderzoek, kunt u terecht bij de contactpersonen van het onderzoek, Eline Wolswijk (uitvoerend onderzoeker), email: e.wolswijk@vumc.nl of (supervisor) Kira Scheerman, email: k.scheerman@vumc.nl.

7. Ondertekening

Als u besluit mee te werken dan zullen wij u vragen een formulier te ondertekenen die u voorafgaand aan het patiëntopnamegesprek of interview wordt overhandigd. Hiermee bevestigt u uw voornemen om aan het onderzoek mee te werken. U blijft de vrijheid behouden om wegens voor u relevante redenen uw medewerking te stoppen.

De onderzoeker zal het formulier eveneens ondertekenen en bevestigt daarmee dat hij u heeft geïnformeerd over het onderzoek, de informatiebrief heeft overhandigd en bereid is om waar mogelijk in te gaan op nog opkomende vragen.

Toestemmingsformulier proefpersoon

'Bewuste afwijkingen van gestandaardiseerde risicoscreening door verpleegkundigen'

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens op de manier en voor de doelen die in de informatiebrief staan.
- Ik geef toestemming om het interview op te nemen om data analyse te bevorderen.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens nog 15 jaar na dit onderzoek te bewaren.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : __/__/__

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Naam onderzoeker: Eline Wolswijk

Handtekening:

Datum : __/__/__

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

De proefpersoon krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Observatie & interview design

Bewuste afwijkingen van gestandaardiseerde risicoscreening door
verpleegkundigen

Uitvoerend onderzoeker: Eline Wolswijk

Supervisor: Kira Scheerman

Introductietekst

Goedendag,

Ik ben Eline, masterstudent aan de faculteit bestuur- en organisatiewetenschappen in Utrecht en ik loop stage bij Divisiebureau I in VUmc. Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen en beschrijven van de afwegingen die verpleegkundigen maken en factoren die hierop van invloed zijn, bij het toepassen van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's. Daarnaast wordt gekeken naar alternatieven voor de registratie van risicoscreening in patiëntendossiers. Aanleiding hiervoor is de ervaren registratielast onder verpleegkundigen. Om mijn onderzoek uit te voeren zal ik een patiëntopnamegesprek bijwonen en (aansluitend) interviews afnemen.

Al uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Dat betekent dat de gepubliceerde resultaten niet naar u te herleiden zijn. U heeft reeds een informatiebrief van mij ontvangen (kopie overhandigen als deze niet is gelezen) met meer informatie over dit onderzoek.

Heeft u hier nog vragen over? Dan wil ik u vragen de toestemmingsverklaring te ondertekenen.

Heeft u verder nog vragen?

1) Observatie verpleegkundige tijdens patiëntopnamegesprek

Introductietekst

Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. Door mee te kijken met dit patiëntopnamegesprek hoop ik meer inzicht te krijgen in het proces van risicoscreening van verpleegkundigen. Het opnamegesprek van een patiënt woon ik geheel bij, tenzij u of de patiënt wenst dat ik eerder vertrek. Deze patiëntopname dient als gesprekstof bij het interview dat hierna plaatsvindt. Indien het interview niet aansluitend plaatsvindt, zal ik u na de opname kort nog een paar vragen stellen.

Graag wil ik nog een keer benadrukken dat dit onderzoek niet bedoeld is ter controle van werkzaamheden, maar om te achterhalen waarom bepaalde screeningsinstrumenten in de praktijk wel of niet worden toegepast en welke belemmeringen ervaren worden door verpleegkundigen.

Mag ik de patiënt vragen of hij/zij het goed vindt dat ik tijdens het gesprek aantekeningen maak? Ik zal geen persoonsgegevens opschrijven.

Heeft u verder nog vragen?

Observaties van onderzoeker

- Verloop gesprek

Denk aan: snel tempo, rustig, patiënt veel aan het woord, verpleegkundige veel aan het woord.

.....

.....

.....

.....

.....

- Manier van uitvragen risico's

*Denk aan: letterlijk volgens screeningsinstrument, niet letterlijk. Gesloten of open vragen.
Citaten opschrijven.*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Manier waarop risico's ter sprake komen

Denk aan: abrupt, vloeiend verloop gaandeweg het gesprek.

.....

.....

.....

.....

.....

- Overige aantekeningen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indien het interview niet direct aansluit op het patiëntopnamegesprek wordt direct na het patiëntopnamegesprek vraag 1 van het interview gesteld en bijlage 1 ingevuld.

2) Interview

Dit interview zal ongeveer 30 minuten duren. Eerst zal ik u een paar algemene vragen stellen. Daarna wil ik overgaan op het bespreken van het patiëntopnamegesprek dat ik heb bijgewoond en daarbij vragen naar afwegingen die u maakt bij het toepassen van screeningsinstrumenten. Als laatste zal ik u vragen naar ideeën voor andere vormen van registratie van risicoscreening in patiëntendossiers.

Ik zal nu de audiorecorder starten.

Karakteristieken

1. Op welke afdeling bent u werkzaam?

.....

2. Wat is uw functie?

- Verpleegkundige
- Verpleegkundige In opleiding
- Verpleegkundig Specialist
- Verpleegkundig Consulent
- Senior verpleegkundige
- Verpleegkundig Teamleider
- Anders, namelijk:

.....

3. Wat is uw opleidingsniveau?

- MBO
- In-service
- HBO/WO

4. Wat is uw leeftijd?

.... jaar

5. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week?

..... uur

6. Hoeveel jaren werkervaring heeft u als verpleegkundige?

.... jaar

7. Met hoeveel patiënten voert u gemiddeld maandelijks een patiëntopnamegesprek?

.....patiënten

8. Geslacht

M/V

Topic 1: afwegingen voor het toepassen van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's

Om redenen te achterhalen waarom sommige risicoscreening wel worden afgenomen en geregistreerd en sommige niet wil ik u vragen samen met mij te kijken naar welke thema's in het patiëntopnamegesprek dat ik heb bijgewoond wel en niet aan bod zijn gekomen en geregistreerd. Ik richt mij hierbij op vijf thema's: decubitus, fysieke beperkingen, ondervoeding, delier en vallen. Ik heb een deel alvast zelf proberen in te vullen.

1. Welke risicothema's zijn tijdens het patiëntopnamegesprek besproken en geregistreerd in het patiëntendossier? Kunt u daarbij motiveren waarom deze wel of niet is bevraagd en/of geregistreerd?
Tabel bijlage 1 invullen

Volgende onderwerpen aan bod laten komen, indien niet zelf aangedragen door geïnterviewde zelf vragen:

2. Zijn er bepaalde situaties of patiëntgroepen waarbij u graag wil afwijken van screeningsinstrumenten om patiëntrisico's in te schatten?

.....
.....

Kunt u dit toelichten?

.....
.....

3. Welke factoren spelen een rol bij de toepassing van screeningsinstrumenten om patiëntrisico's in te schatten?

Denk hierbij aan ervaring, instinct, intuïtie, opleidingsniveau, overleg met collega's, tijd, werkomgeving.

.....
.....

Kunt u dit toelichten?

.....

.....

.....

Het is denkbaar dat bewuste afwijkingen van risicoscreening invloed kunnen hebben op de geleverde zorg, bijvoorbeeld op de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg.

4. Als u denkt aan situatie X [= patiëntopnamegesprek of een andere situatie waarin afwijking van risicoscreening volgens geïnterviewde gewenst is; aan bod gekomen bij vraag 2] wat voor invloed heeft het afwijken van de standaard risicoscreening volgens u op kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg?

.....

.....

.....

.....

Eventuele vervolgvragen

Kwaliteit & veiligheid

- Wat voor invloed heeft het afwijken op de geleverde zorg?
- Kunt u dit toelichten?

Continuïteit:

- Hoe weet uw collega dat er wel/geen sprake is van het risico dat u niet heeft geregistreerd?
- Denkt u dat zij dezelfde risico-inschatting als u zouden hebben gemaakt?
- Kunt u dit toelichten?

.....

.....

.....

Topic 2

Alternatieven voor registratie risicoscreening in het patiëntendossier

Zojuist hebben we een aantal van uw afwegingen besproken om wel of niet af te wijken van protocollen over te gebruiken screeningsinstrumenten. De organisatie van VUmc is benieuwd hoe we mogelijke afwijkingen van risicoscreening kunnen vormgeven op een manier dat de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg gewaarborgd blijven. Het is dus niet gegarandeerd dat dit gaat gebeuren, maar er wordt wel gekeken naar de mogelijkheden. Vandaar dit onderzoek.

Eigen suggesties

1. Heeft u eigen suggesties over hoe de huidige vorm van de registratie van risicoscreening zou kunnen veranderen, waarbij kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg in acht worden genomen?

Alternatief 1

.....

.....

.....

.....

Kunt u dit toelichten?

.....

.....

.....

Alternatief 2

.....

.....

.....

.....

Kunt u dit toelichten?

.....

.....

.....

2. Wat heeft u nodig van de organisatie om deze optie goed uit te kunnen voeren?

Denk aan aspecten met betrekking tot EPIC, introductie van optie op de afdeling, scholing, sturing van leidinggevende. Teruggrijpen op eerdere antwoorden interview. Denk aan waarborging van kwaliteit, veiligheid en continuïteit (antwoorden vraag 4).

Alternatief 1

.....

.....

.....

.....

Alternatief 2

.....

.....

.....

.....

Voorstel bewust-afwijken-knop

Bedankt voor uw suggesties. De organisatie heeft zelf ook over een mogelijke vorm van afwijken van risicoscreening nagedacht. Graag hoor ik van u wat u van dit idee vindt.

Ik noem het idee de 'bewust-afwijken-knop'. Het idee is dat verpleegkundigen twee nieuwe keuzeopties krijgen in EPIC voor screeningsinstrumenten. Ten eerste kunnen verpleegkundigen in EPIC aanvinken dat zij een bepaald screeningsinstrument bewust niet afnemen en registreren, bijvoorbeeld de

screeningsvragen voor risico op decubitus. Ten tweede kunnen verpleegkundigen in EPIC aanvinken dat zij een bepaald screeningsinstrument wel willen afnemen en registreren, die niet tot het protocol behoort, bijvoorbeeld voor de screeningsvragen voor risico op delier bij patiënten onder de 70 jaar.

1. Wat vindt u van dit idee?

.....
.....

2. Zou het u helpen in de situaties die eerder tijdens dit interview zijn besproken (topic 1)?

.....
.....

Kunt u dit toelichten?

.....
.....

3. In welke situatie(s) en/of bij welke patiëntgroepen zou u deze opties willen gebruiken?

.....
.....
.....

Kunt u dit toelichten?

.....
.....

4. Wat heeft u nodig van de organisatie om deze optie goed uit te kunnen voeren?

Denk aan aspecten met betrekking tot EPIC, introductie van optie op de afdeling, scholing, sturing van leidinggevende. Teruggrijpen op eerdere antwoorden interview. Denk aan waarborging van kwaliteit, veiligheid en continuïteit (antwoorden vraag 4).

.....
.....
.....

5. Heeft u verder nog op- en aanmerkingen over dit voorstel?

.....
.....
.....

We zijn aan het einde gekomen van dit interview.

Heeft u vragen of opmerkingen over dit interview of over dit onderwerp?

.....
.....
.....
.....

Bedankt voor u bijdrage aan dit onderzoek naar bewuste afwijkingen van risicoscreening. Als u hierna nog vragen of opmerkingen heeft over het onderzoek, of het uitgewerkte interview wilt inzien kunt u dit opvragen bij Eline Wolswijk of Kira Scheerman. Contactgegevens staan in de informatiebrief die u toegezonden heeft gekregen.

Bijlage 1: Afname screeningsinstrumenten patiëntopnamegesprek en motivatie om wel/niet af te wijken

Risicothema	Besproken tijdens opnamegesprek (ja/nee)	Motivatie	Geregistreerd in EPIC (ja/nee)	Motivatie
Decubitus (Bradenscore)				
Fysieke beperkingen (KATZ)				
Ondervoeding (SNAQ)				
Delier (DOS) (volgens protocol alleen nodig bij patiënten van 70+)				
Vallen (John Hopkins valrisico-assessment)				

Interview design

(zonder observatie)

Bewuste afwijkingen van gestandaardiseerde risicoscreening door
verpleegkundigen

Uitvoerend onderzoeker: Eline Wolswijk

Supervisor: Kira Scheerman



Introductietekst

Goedendag,

Ik ben Eline, masterstudent aan de faculteit bestuur- en organisatiewetenschappen in Utrecht en ik loop stage bij Divisiebureau I in VUmc. Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen en beschrijven van de afwegingen die verpleegkundigen maken en factoren die hierop van invloed zijn, bij het toepassen van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's. Daarnaast wordt gekeken naar alternatieven voor de registratie van risicoscreening in patiëntendossiers. Aanleiding hiervoor is de ervaren registratielast onder verpleegkundigen. Om mijn onderzoek uit te voeren zal ik een patiëntopnamegesprek bijwonen en (aansluitend) interviews afnemen.

Al uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Dat betekent dat de gepubliceerde resultaten niet naar u te herleiden zijn. U heeft reeds een informatiebrief van mij ontvangen (kopie overhandigen als deze niet is gelezen) met meer informatie over dit onderzoek.

Heeft u hier nog vragen over? Dan wil ik u vragen de toestemmingsverklaring te ondertekenen.

Heeft u verder nog vragen?

3) Interview

Bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek. Dit interview zal ongeveer 30 minuten duren. Eerst zal ik u een paar algemene vragen stellen. Daarna wil ik overgaan op het bespreken van afwegingen die u maakt bij het toepassen van screeningsinstrumenten voor het inschatten van patiëntrisico's. Als laatste zal ik u vragen naar ideeën voor andere vormen van registratie van risicoscreening in patiëntendossiers.

Graag wil ik nog een keer benadrukken dat dit onderzoek niet bedoeld is ter controle van werkzaamheden, maar om te achterhalen waarom bepaalde screeningsinstrumenten in de praktijk wel of niet worden toegepast en welke belemmeringen ervaren worden door verpleegkundigen.

Ik zal nu de audiorecorder starten.

Karakteristieken

9. Op welke afdeling bent u werkzaam?

.....

10. Wat is uw functie?

- Verpleegkundige
- Verpleegkundige In opleiding
- Verpleegkundig Specialist
- Verpleegkundig Consulent
- Senior verpleegkundige
- Verpleegkundig Teamleider
- Anders, namelijk:

.....

11. Wat is uw opleidingsniveau?

- MBO
- In-service
- HBO/WO

12. Wat is uw leeftijd?

.... jaar

13. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week?

..... uur

14. Hoeveel jaren werkervaring heeft u als verpleegkundige?

.... jaar

15. Met hoeveel patiënten voert u gemiddeld maandelijks een patiëntopnamegesprek?

.....patiënten

16. Geslacht

M/V

Topic 1: afwegingen voor het toepassen van screeningsinstrumenten bij het identificeren van patiëntrisico's

Om redenen te achterhalen waarom sommige risicoscreening wel worden afgenomen en geregistreerd en sommige niet, wil ik u vragen uw laatste patiëntopnamegesprek in gedachten te nemen. Samen met u wil ik nagaan welke thema's van risicoscreening u tijdens de opname heeft besproken en welke u heeft geregistreerd in EPIC. Ik richt mij hierbij op vijf thema's: decubitus, fysieke beperkingen, ondervoeding, delier en vallen.

5. Welke risicothema's zijn tijdens het patiëntopnamegesprek besproken en geregistreerd in het patiëntendossier? Kunt u daarbij motiveren waarom deze wel of niet is bevraagd en/of geregistreerd?
Tabel bijlage 1 invullen

Volgende onderwerpen aan bod laten komen, indien niet zelf aangedragen door geïnterviewde zelf vragen:

6. Zijn er bepaalde situaties of patiëntgroepen waarbij u graag wil afwijken van screeningsinstrumenten om patiëntrisico's in te schatten?

.....
.....

Kunt u dit toelichten?

.....
.....

7. Welke factoren spelen een rol bij de toepassing van screeningsinstrumenten om patiëntrisico's in te schatten?

Denk hierbij aan ervaring, instinct, intuïtie, opleidingsniveau, overleg met collega's, tijd, werkomgeving.

.....
.....

Kunt u dit toelichten?

.....
.....
.....

Het is denkbaar dat bewuste afwijkingen van risicoscreening invloed kunnen hebben op de geleverde zorg, bijvoorbeeld op de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg.

8. Als u denkt aan situatie X [= patiëntopnamegesprek of een andere situatie waarin afwijking van risicoscreening volgens geïnterviewde gewenst is; aan bod gekomen bij vraag 2] wat voor invloed heeft het afwijken van de standaard risicoscreening volgens u op kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg?

.....
.....
.....
.....

Eventuele vervolgvragen

Kwaliteit & veiligheid

- Wat voor invloed heeft het afwijken op de geleverde zorg?
- Kunt u dit toelichten?

Continuïteit:

- Hoe weet uw collega dat er wel/geen sprake is van het risico dat u niet heeft geregistreerd?
- Denkt u dat zij dezelfde risico-inschatting als u zouden hebben gemaakt?
- Kunt u dit toelichten?

.....
.....
.....

Topic 2

Alternatieven voor registratie risicoscreening in het patiëntendossier

Zojuist hebben we een aantal van uw afwegingen besproken om wel of niet af te wijken van protocollen over te gebruiken screeningsinstrumenten. De organisatie van VUmc is benieuwd hoe we mogelijke afwijkingen van risicoscreening kunnen vormgeven op een manier dat de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg gewaarborgd blijven. Het is dus niet gegarandeerd dat dit gaat gebeuren, maar er wordt wel gekeken naar de mogelijkheden. Vandaar dit onderzoek.

Eigen suggesties

3. Heeft u eigen suggesties over hoe de huidige vorm van de registratie van risicoscreening zou kunnen veranderen, waarbij kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg in acht worden genomen?

Alternatief 1

.....

.....

.....

.....

Kunt u dit toelichten?

.....

.....

.....

Alternatief 2

.....

.....

.....

.....

Kunt u dit toelichten?

.....

.....

.....

4. Wat heeft u nodig van de organisatie om deze optie goed uit te kunnen voeren?

Denk aan aspecten met betrekking tot EPIC, introductie van optie op de afdeling, scholing, sturing van leidinggevende. Teruggrijpen op eerdere antwoorden interview. Denk aan waarborging van kwaliteit, veiligheid en continuïteit (antwoorden vraag 4).

Alternatief 1

.....

.....

.....

.....

Alternatief 2

.....

.....

.....

.....

Voorstel bewust-afwijken-knop

Bedankt voor uw suggesties. De organisatie heeft zelf ook over een mogelijke vorm van afwijken van risicoscreening nagedacht. Graag hoor ik van u wat u van dit idee vindt.

Ik noem het idee de 'bewust-afwijken-knop'. Het idee is dat verpleegkundigen twee nieuwe keuzeopties krijgen in EPIC voor screeningsinstrumenten. Ten eerste kunnen verpleegkundigen in EPIC aanvinken dat zij een bepaald screeningsinstrument bewust niet afnemen en registreren, bijvoorbeeld de screeningsvragen voor risico op decubitus. Ten tweede kunnen verpleegkundigen in EPIC aanvinken

dat zij een bepaald screeningsinstrument wel willen afnemen en registreren, die niet tot het protocol behoort, bijvoorbeeld voor de screeningsvragen voor risico op delier bij patiënten onder de 70 jaar.

6. Wat vindt u van dit idee?

.....
.....

7. Zou het u helpen in de situaties die eerder tijdens dit interview zijn besproken (topic 1)?

.....
.....

Kunt u dit toelichten?

.....
.....

8. In welke situatie(s) en/of bij welke patiëntgroepen zou u deze opties willen gebruiken?

.....
.....
.....

Kunt u dit toelichten?

.....
.....

9. Wat heeft u nodig van de organisatie om deze optie goed uit te kunnen voeren?

Denk aan aspecten met betrekking tot EPIC, introductie van optie op de afdeling, scholing, sturing van leidinggevende. Teruggrijpen op eerdere antwoorden interview. Denk aan waarborging van kwaliteit, veiligheid en continuïteit (antwoorden vraag 4).

.....
.....

.....

10. Heeft u verder nog op- en aanmerkingen over dit voorstel?

.....

.....

.....

We zijn aan het einde gekomen van dit interview.

Heeft u vragen of opmerkingen over dit interview of over dit onderwerp?

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor u bijdrage aan dit onderzoek naar bewuste afwijkingen van risicoscreening. Als u hierna nog vragen of opmerkingen heeft over het onderzoek, of het uitgewerkte interview wilt inzien kunt u dit opvragen bij Eline Wolswijk of Kira Scheerman. Contactgegevens staan in de informatiebrief die u toegezonden heeft gekregen.

Bijlage 1: Afname screeningsinstrumenten patiëntopnamegesprek en motivatie om wel/niet af te wijken

Risicothema	Besproken tijdens opnamegesprek (ja/nee)	Motivatie	Geregistreerd in EPIC (ja/nee)	Motivatie
Decubitus (Bradenscore)				
Fysieke beperkingen (KATZ)				
Ondervoeding (SNAQ)				
Delier (DOS) (volgens protocol alleen nodig bij patiënten van 70+)				
Vallen (John Hopkins valrisico-assessment)				

Bijlage 4 Codeboom

Afwegingen om gestandaardiseerde risicoscreening wel/niet toe te passen

Prestatie- en politieke logica

Afwegingen om wel gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen

- verantwoording afleggen

- verplicht

- twijfel over verplichting

Professionele logica

Afwegingen om wel gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen

- helpt bij inschatten van patiëntrisico's

 - als er signalen zijn die wijzen op risico

 - voor de zekerheid

 - voor risico op ondervoeding

- zodat collega's weten welke zorg zij moeten verlenen (continuïteit van zorg)

 - bij het ondervoedingsrisico voor de diëtiste

- zodat collega's weten dat risico's zijn ingeschat (continuïteit van zorg)

Afwegingen om niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen, omdat het niet uitmaakt voor de geleverde zorg

- collega's kijken niet terug naar ingevulde screeninginstrumenten (continuïteit van zorg)

- benodigde informatie over risico's staat ergens anders in dossier (continuïteit van zorg)

- collega's hadden eenzelfde risicoschatting gemaakt (continuïteit van zorg)

- collega's hadden een voorzichtiger risicoschatting gemaakt (continuïteit van zorg)

- risico is in te schatten zonder gestandaardiseerde risicoscreening

 - bij heropnames

 - bij Hematologie

- interventies zijn al standaard

- patiënt wordt constant gemonitord

Afwegingen om niet gestandaardiseerde risicoscreening toe te passen, omdat het in het belang van de patiënt is

- andere prioriteiten van belang voor leveren juiste zorg

- misleidende risicoscore

- patiëntvriendelijker

 - meer aandacht voor de patiënt

Contextuele factoren toepassing gestandaardiseerde risicoscreening

Gebruiksvriendelijkheid elektronisch patiëntendossier

- negatief: onoverzichtelijk/onlogisch

- positief: aanklikoptie 'alles nee'

- positief: overzichtelijkheid tabblad 'verplichte documentatie'

- 'kleine moeite'

Werkervaring

Werkomgeving

- Leidinggevende

- Cultuur afdeling

Risico-incident in het verleden
Hoge werk-/tijdsdruk
 bij spoed- en acute opnames
Hoeveelheid aan registraties

Alternatieven voor gestandaardiseerde risicoscreening en bijbehorende voorwaarden

Bewust-afwijken knop: meningen en voorwaarden

Geen voorstander

 geen makkelijkere werkwijze/ gaat zijn doel voorbij

Gematigd positief (meningen)

 alleen invoeren bij herbeoordelingen

 maar liefst nog meer vrijheid verpleegkundige

 zorgt voor bewustwording

 zorgt ervoor dat collega's weten dat er is afgeweken van de standaard

Gematigd positief (voorwaarden)

 verantwoording afleggen nodig

 omdat er anders te makkelijk wordt afgeweken

 voor dekking bij fouten

 maar blijft tricky

 maar gaat misschien zijn doel voorbij/geen makkelijkere werkwijze

 maar alleen door middel van meerkeuzeopties

 verantwoording afleggen niet nodig

Zelf aangedragen ideeën en voorwaarden

 slimmer elektronisch patiëntendossier

 screening op basis van indicatie

 screening op basis van indicatie (alleen bij herbeoordelingen)

 duidelijkheid over nieuw beleid

 (herhalende) aankondigingen

 heldere afwijkcriteria

 betrekken van verpleegkundigen bij beleidsvorming

 meer vertrouwen door organisatie op professionaliteit verpleegkundige

 je mag niet als afdeling afgerekend worden op afwijkingen

 helderheid over de periode waarop er mag worden afgeweken (bij herbeoordeling)

 meer winst te behalen uit risicoscreening

 verpleegkundigen herinneren aan mogelijkheden EPD

 lay-out risico's onder ipv naast elkaar

 werken met stoplichten in EPD

 decubitus niet meer verplicht thema

 iemand apart aanstellen voor risicoscreening

 kritisch kijken naar overlap registraties

 screeningcriteria toespitsen op afdelingsniveau

 nieuwe implementatie de tijd geven

Bijlage 5 Voorbeeld van risicoschattingen verpleegkundigen

Patikemerken	Voorbeelden verhoogde risico's	Voorbeelden verminderde risico's
Lichamelijke kenmerken (huid, gewicht, mobiliteit, urologische klachten, gebruik van hulpmiddelen)	Iemand loopt afwijkend of komt in een rolstoel aan → grotere kans op decubitus of fysieke beperkingen	Iemand komt zelfstandig naar ziekenhuis en loopt normaal → kleine kans op fysieke beperkingen
Mentale staat (helder of verward)	Iemand komt verward over → grotere kans op delier	Iemand weet heel goed waarvoor hij/zij komt/komt helder over → kleine kans op delier
Leeftijd (jong (-70) of oud (+70))	Iemand is ouder (70+) → grotere kans op alle vijf de risicothema's	Over het algemeen zijn jongeren actiever en minder bedlegerig → kleinere kans op fysieke beperkingen en decubitus
Medische voorgeschiedenis (blanco of uitgebreid)	Iemand heeft een uitgebreide medische voorgeschiedenis → meer alert op risico's, met name delier	Iemand met een blanco voorgeschiedenis → kleinere kans op risico's
Leefstijl (sporten, voeding, alcohol)	Iemand drinkt gemiddeld veel alcohol → grotere kans op delier of vallen	Iemand sport veel en heeft goede voeding → kleine kans op decubitus of fysieke beperkingen
Medicatiegebruik (veel of weinig, bloeddrukverlagend)	Iemand die veel medicatie gebruikt of bloeddrukverlagende middelen neemt → respectievelijk grotere kans op delier en vallen	Iemand die een blanco voorgeschiedenis heeft i.c.m. een lege medicatielijst → kleinere kans op risico's

Bijlage 6 Overzicht respondenten

Tabel 4

Respondentenlijst

Respondentnummer	Observatie en/of interview	Afdeling
1	observatie en interview	kort verblijf
2	observatie en interview	kort verblijf
3	observatie en interview	Neurochirurgie
4 & 5	observatie en interview	Neurochirurgie
6	observatie en interview	Neurochirurgie
7	observatie en interview	Neurochirurgie
8	observatie en interview	Hematologie
9	interview	Hematologie
10	observatie en interview	Hematologie
11	observatie en interview	Neurochirurgie
12	geëxcludeerd	kort verblijf
13	interview	kort verblijf
14	interview	kort verblijf
15	observatie en interview	kort verblijf
16	interview	Hematologie
17	observatie	Hematologie
18	interview	Hematologie

Tabel 5

Respondentkenmerken: functie, opleiding en geslacht

Functie	Aantal	Opleiding	Aantal	Geslacht	Aantal
Verpleegkundige	15	HBO/WO	6	Vrouw	14
Verpleegkundige In Opleiding	2	In-service	3	Man	3
		MBO	8		

Tabel 6

Respondentkenmerken: gemiddeldes van leeftijd, dienstverband, werkervaring, gemiddeld aantal patiëntopnamegesprekken

Leeftijd (jaren)	Dienstverband (uren per week)	Werkervaring (jaren)	Gemiddeld aantal patiëntopnamegesprekken (per maand)
34,5	30	11	10

Bijlage 7 Totaaloverzicht aangedragen alternatieven/ideeën en voorwaarden

Alternatieven en ideeën

1. Alternatieven met betrekking tot het elektronisch patiëntendossier
 - Het systeem bepaalt automatisch welke screeninginstrumenten-/thema's verplicht zijn bij welke patiënt [V1, 15, 18]. Dit kan bijvoorbeeld op basis van leeftijd. Daarnaast zouden antwoorden op andere anamnesevragen die antwoord geven op vragen van screeninginstrumenten automatisch gelinkt kunnen worden aan elkaar. Als een patiënt bijvoorbeeld valrisico verhogende medicijnen slikt levert dit automatisch een hoger risico op vallen op.
 - Risicoscreening thema's onder elkaar, in plaats van naast elkaar [V2].
 - Stoplichten introduceren voor de mate van urgentie (van urgent naar minder urgent: rood-oranje-groen) [V8].
 - Een reminder in het EPD voor het toepassen van risicoscreening voor thema's waarop is afgeweken. Tijd waarop die reminder wordt geïntegreerd moet dan nader bepaald worden [V4, 10].
 - Verpleegkundigen herinneren aan mogelijkheden van elektronisch patiëntendossier [V4].
Je kan bijvoorbeeld antwoorden van eerdere opnames kopiëren en plakken, dat is handig bij heropnames en niet iedereen weet van het overzicht 'verplichte documentatie' af.
 - Kritisch kijken naar overlap van registraties, zodat er selectiever kan worden geregistreerd [V7].
 - Verplichte documentatie in werklijst plaatsen, zodat deze duidelijk zichtbaar is en er niet eerst nog veel hoeft te worden doorgelikt. Of een link van de risicoscreening in de werklijst, zodat daarin makkelijk kan worden teruggekeken [V16].
 - Duidelijkere observatielijst van risicoscreening, nu moet er doorgelikt worden naar 'opname' [V10].
 - Patiëntendossier rekent automatisch na hoeveel tijd/dagen er een herbeoordeling moet worden gedaan en toont dan een pop-up in het scherm. Nu is het bijvoorbeeld standaard op maandag screenen op decubitus, maar als de patiënt er pas sinds de dag ervoor is en het is al gescreend bij opname kan de herbeoordeling beter een paar dagen later plaatsvinden [V6].
2. Risicoscreening wordt uitgevoerd door ander personeel
Screening op ondervoeding wordt dan bijvoorbeeld door de voedingsdeskundige van de afdeling uitgevoerd [V9, 16].
3. Decubitus niet verplicht stellen
Dit zou bij opname kunnen worden ondervangen door het lichamelijk onderzoek van de arts en daarna automatisch door de verpleegkundigen gemonitord worden [V4, 9].
4. Screenen op basis van indicatie [V4, 7]

Voorwaarden bij toegestane afwijkingen

1. Vertrouwen op professionaliteit en kunde van verpleegkundige [V9, 14]
2. Je mag niet als afdeling afgerekend worden op afwijkingen [V14]
3. Duidelijkheid nieuw beleid [V1, 7, 10]
 - aankondiging in klinische lessen
 - heldere afwijkcriteria
4. Werkvloer betrekken bij afwijkcriteria [V7, 18]
5. Screeningcriteria op afdelingsniveau vastleggen [V9]
6. Evaluatie van afwijkingen in teamoverleg, bijvoorbeeld tijdens een leansessie [V15]
7. Implementatie de tijd geven, lukt niet in één keer [V7]
8. Helderheid over de periode waarop er mag worden afgeweken (bij herbeoordeling) [V4, 5]
9. De optie om screeninginstrumenten toe te passen moet open blijven staan nadat ervoor is gekozen is om af te wijken [V10].