

★★★★★★★★★★

Wat is het verschil in klinisch redeneren tussen pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen in vergelijking met ervaren kinderverpleegkundigen?

★★★★★★★★★★

Een praktijkonderzoek op de verpleegafdeling M4, kinderneurochirurgie, -neurologie, -longziekten en algemene kindergeneeskunde in het Beatrix Kinderziekenhuis in Groningen.

Auteurs:	Jantien IJnsen (339785) Ankje Feenstra (339451)
Opleiding:	HBO verpleegkunde
School:	Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Verpleegkunde
Studiejaar:	2017
Leerjaar:	4
Uitstroomprofiel:	Algemene gezondheidszorg (AGZ)
Studieonderdeel:	U3 – Praktijkgericht onderzoek
Osiris code:	HVVB16AFOU3
Opdrachtgever:	Esther Montfroy (Regieverpleegkundige onderwijs) Beatrix Kinderziekenhuis (UMCG)
Docent begeleider:	Frans van der Werf
Datum:	13 juni 2017

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksverslag over het verschil in klinisch redeneren tussen pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen in vergelijking met ervaren kinderverpleegkundigen. Dit praktijkonderzoek is uitgevoerd op verpleegafdeling M4 van het Beatrix Kinderziekenhuis, onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Dit praktijkonderzoek is verricht in het kader van de U3 module vanuit de Academie voor Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen.

Het praktijkonderzoek is verricht door middel van observatieonderzoek en is tijdens drie verschillende overlegmomenten uitgevoerd, namelijk tijdens de overdracht, de artsensite en de Team Huddle (multidisciplinair). Vervolgens hebben er na het observatieonderzoek interviews plaatsgevonden onder de kinderverpleegkundigen die geobserveerd zijn, door middel van half gestructureerde interviews.

Dit onderzoeksverslag is geschreven in opdracht van het Beatrix Kinderziekenhuis. Hierbij gaat onze dank uit naar Esther Montfroy, regieverpleegkundige onderwijs, onze begeleidster vanuit het Beatrix Kinderziekenhuis. We willen Esther bedanken voor haar inzet, betrokkenheid en ondersteuning tijdens het praktijkonderzoek.

In het onderzoeksverslag wordt er gesproken over 'zij' als kinderverpleegkundigen, dit kan ook als 'hem' verwerkt zijn.

Onze grote dank gaat uit naar onze docentbegeleider Frans van der Werf. We zijn blij met de goede ondersteuning en feedback die we ontvangen hebben. Wanneer wij het even niet meer zagen zitten, wist u ons weer te motiveren.

Tot slot willen wij alle respondenten van het praktijkonderzoek bedanken. Zonder de medewerking van hen hadden wij dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Wij wensen u veel leesplezier toe!

Groningen, 13-06-2017

Ankje Feenstra en Jantien IJnsen



Samenvatting

Aanleiding

In het kader van de Bachelor Nursing 2020 is in januari 2017 een scholing 'Klinisch Redeneren' opgestart onder de ervaren kinderverpleegkundigen die werkzaam zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis. Sinds november 2015 is er een nieuw curriculum ontwikkeld voor de opleiding tot kinderverpleegkundige. Het klinisch redeneren volgens de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker wordt zowel tijdens de scholing als in het nieuwe curriculum aangeboden. Door deze nieuwe ontwikkelingen wordt het niveau met betrekking tot kennis en het functioneren van de kinderverpleegkundigen verhoogd, gericht op de verschillende competentiegebieden. Dit staat vastgesteld in het nieuwe beroepsprofiel 2020. Tevens dienen deze ontwikkelingen als voorbereiding op de transitie van het UMCG naar tertiaire zorg.

Theoretisch kader

Er zijn vanuit de wetenschappelijke literatuur richtlijnen opgesteld waar de Team Huddle (Afdeling M4va, 2016), artsensite (Jacobs, 2009) en overdracht (Hesselink, Zo maak je een verpleegplan, 2011, pp. 25-27) aan moeten voldoen.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is: 'Binnen 20 weken is er aangetoond middels observatieonderzoek en half gestructureerde interviews hoe ervaren kinderverpleegkundigen klinisch redeneren volgens de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen toepassen. Vervolgens zal er een advies uitgebracht worden. Op deze manier is de verpleegafdeling M4 van het Beatrix Kinderziekenhuis op de hoogte van de ontwikkelingen omtrent klinisch redeneren'.

Vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek is: 'Hoe wordt de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker toegepast door ervaren kinderverpleegkundigen in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen en bevat dit een waarneembaar verschil op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis te Groningen?'

Dataverzameling methode

In het Beatrix Kinderziekenhuis is op verpleegafdeling M4, kinderneurochirurgie, -neurologie, -longziekten en algemene kindergeneeskunde, informatie verzameld onder tien kinderverpleegkundigen. Er is observatieonderzoek verricht tijdens de Team Huddle, artsensite en overdracht. Daarop volgend werden half gestructureerde interviews afgenomen met de kinderverpleegkundigen. Een observatieschema is opgesteld aan de hand van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker. Daarnaast waren de hoofdtopics voor het half gestructureerde interview: persoonlijke informatie, klinisch redeneren (scholing) en meningen/ervaringen). De analyse van het observatieonderzoek is uitgevoerd met behulp van Excel en de analyse van de interviews is met behulp van de stappen van Verhoeven (2008) geanalyseerd. Tevens is er literatuuronderzoek verricht.

Resultaten

Uit het observatieonderzoek komt naar voren dat de Zes Stappen Methodiek volledig gehanteerd wordt tijdens de Team Huddle, artsensite en overdracht (rapportage). Dit wordt door zowel de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen als ervaren kinderverpleegkundigen gehanteerd. De structuur die de Zes Stappen Methodiek aanbiedt wordt echter door de ervaren kinderverpleegkundigen niet gehanteerd, terwijl de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen dit wel doen. Veel ervaren kinderverpleegkundigen hebben de scholing 'Klinisch Redeneren' nog niet gevolgd, waardoor deze kennis nog niet door hen wordt beheerst.



Conclusie

Samenvattend kan er geconcludeerd worden dat er een verschil is in het klinisch redeneren tussen pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen en ervaren kinderverpleegkundigen. Dit verschil uit zich in het gestructureerd toepassen van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker. Doordat de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen vanuit het nieuwe curriculum deze methodiek veel behandelen tijdens de opleiding kinderverpleegkunde wordt de structuur terug gezien in hun handelen. De ervaren kinderverpleegkundigen passen deze methodiek nog niet toe, maar klinisch redeneren vanuit ervaring wat geen verschil veroorzaakt in de kwaliteit van zorg.

Aanbevelingen

Er worden aanbevelingen gedaan gericht op de praktijkgerichte scholingen, het jaarlijks herhalen hiervan en het invoeren van intervisie. Tevens wordt er een gelamineerd kaartje ontworpen als reminder en er wordt een aanbeveling uitgebracht op het gebied van vervolgonderzoek om de ontwikkeling opnieuw te meten.



Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Inleiding.....	6
Hoofdstuk 1. Vraagstelling, doelstelling en definiëring begrippen	9
§1.1 Doelstelling	9
§1.2 Probleemstelling	9
§1.3 Deelvragen	9
§1.4 Definiëring begrippen	9
Hoofdstuk 2. Theoretisch en beleidsmatig kader	11
Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethodiek.....	13
§3.1 Onderzoeksdesign	13
§3.2 Populatie en steekproef	13
§3.3 Dataverzameling methode	14
§3.3.1 Meetinstrument.....	15
§3.4 Data-analyse.....	15
§3.5 Validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit	16
Hoofdstuk 4. Resultaten	19
§4.1 Onderzoeksgroep	19
§4.2 Resultaten observatieonderzoek	20
Discussie.....	24
Conclusie	26
Aanbevelingen	27
Literatuurlijst.....	29
Bijlage 1. Introductie verpleegafdeling	31
Bijlage 2. Meetinstrument observatieonderzoek	32
Bijlage 3. Meetinstrument topiclijst.....	36
Bijlage 4. Uitnodiging afdeling presentatie	37
Bijlage 5. Antiplagiaatverklaring.....	38
Bijlage 6. Safe Assignment.....	39



Inleiding

In het kader van het afstuderen aan de Academie voor Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen is er praktijkonderzoek verricht in het Beatrix Kinderziekenhuis te Groningen. Het praktijkonderzoek heeft zich gericht op het verschil in klinisch redeneren tussen ervaren kinderverpleegkundigen in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen. Daarnaast was de opdrachtgever, het Beatrix Kinderziekenhuis, nieuwsgierig naar eventuele verschillen en hoe dit mogelijk te overbruggen valt. De begeleider namens de opdrachtgever is Esther Montfroy, regieverpleegkundige onderwijs. Op verpleegafdeling M4 kinderneurologie, kinderlongziekten en algemene kindergeneeskunde is het praktijkonderzoek uitgevoerd.

In 2014 werden er door Crossetti, Bittencourt, Lima, de Góes en Saurin een kwalitatief onderzoek verricht middels een casuïstiek. De populatie bestond uit 20 verpleegkundigen die werkzaam waren op spoedeisende hulpafdelingen en op kinderafdelingen. De onderzoekers beoordeelden deze casuïstiek door een beoordelingsinstrument op verschillende elementen zoals wetenschappelijke kennis, patiëntkennis, beoordeling van de patiënt, materiële middelen, geduld en op ervaring. De conclusie gaf weer dat wetenschappelijke kennis en klinische ervaring het meest van belang zijn om goed te kunnen klinisch redeneren (Crossetti, Bittencourt, Lima, Góes, & Saurin, 2014).

In het Beatrix Kinderziekenhuis is in januari 2017 een scholing 'Klinisch Redeneren' gestart onder de ervaren kinderverpleegkundigen. Dit om de volgende twee redenen, ten eerste in het kader van de Bachelor Nursing 2020. Dit is het nieuwe opleidingsprofiel gebaseerd op het beroepsprofiel verpleegkunde. Het nieuwe beroepsprofiel heeft onder andere als doel om de kennis van de verpleegkundigen te verbreden en het niveau te verhogen (Lambregts, Grotendorst, & Merwijk, 2015). Het is gericht op verschillende competentiegebieden die het beroepsprofiel 2020 omschrijft, namelijk: vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie, professionaliteit en kwaliteit (Schuurmans, Lambregts, Grotendorst, & Merwijk, Beroepsprofiel verpleegkundige, 2012).

De tweede reden waarom de scholing 'Klinisch Redeneren' is gestart, is om de ervaren kinderverpleegkundigen voor te bereiden op de transitie van het UMCG naar tertiaire zorg¹. De scholing wordt één dagdeel aangeboden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Zes Stappen Methodiek van het klinisch redeneren van Marc Bakker. Tijdens de scholing wordt geen informatie aangereikt met betrekking tot wetenschappelijke kennis om de zorg te onderbouwen. Tijdens de scholing worden de casuïstieken gezamenlijk uitgewerkt met behulp van deze methodiek. Rond mei/juni 2017 zal de scholing worden afgerond (Wenckebach Instituut, n.d.). Door de nieuwe ontwikkelingen in de kinderverpleegkundige zorg wordt er meer vanuit de visie gezinsgerichte zorg gewerkt. Dit houdt in dat de zorg voor zowel de pasgeborene als de kraamvrouw in dezelfde kamer uitgevoerd wordt. Hierdoor moet de kinderverpleegkundige over beide patiëntencategorieën kennis beheersen. Om deze reden is de opleiding kinderverpleegkunde sinds november 2015 gestart met een nieuw curriculum. Binnen de verschillende modules die worden aangeboden staat klinisch redeneren centraal.

¹ Tertiaire zorg: Dit is derdelijnszorg waar ook het UMCG onder valt. Het UMCG heeft drie centra's ontwikkeld die gespecialiseerd zijn in oncologie, transplantatie en acute zorg (UMCG, 2017).



Aan de hand van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker worden er verschillende casuïstieken behandeld en uitgewerkt. Ook wordt er tijdens de opleiding een CAT (Critical Appraisal of a Topic) gemaakt met behulp van een PICO om tot een evidence based oplossing van een probleem te komen wat speelt in de praktijk. Hiervoor leren de studenten te zoeken naar wetenschappelijke literatuur in zoekmachines zoals PubMed (Wenckebach Instituut, 2017).

Het praktijkonderzoek is uitgevoerd middels observatieonderzoek. Tijdens dit observatieonderzoek is de toepasbaarheid van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker onder de kinderverpleegkundigen geobserveerd. Dit is op drie momenten uitgevoerd, namelijk tijdens de Team Huddle (multidisciplinair overleg), artsensite en overdracht. De overdracht op afdeling M4 bestaat uit het lezen van de rapportage van de vorige dienst. Daarom is er besloten om de rapportage te gaan observeren. Na het observatieonderzoek zijn half gestructureerde interviews afgenomen.

Met klinisch redeneren wordt bedoeld het proces van actief en vakkundig kunnen waarnemen, analyseren en evalueren aan de hand van waarnemingen. Daarnaast spelen ook communicatie en ervaring een belangrijke rol die tot een besluit voor een handeling leidt. Kritisch denken is in dit proces van essentieel belang voor een veilige, efficiënte en bekwaame verpleegkundige zorg (Papathanasiou, Kleisariis, Fradelos, Kakou, & Kuorkouta, 2014). Dit om de problematiek systematisch te verantwoorden, te analyseren en op te lossen. Als kinderverpleegkundige is het toepasbaar op de beroepsinhoudelijke diagnose, de resultaten en interventies (Bakker & Heycop ten Ham, 2010, p. 11).

De Zes Stappen Methodiek van het klinisch redeneren luiden als volgt:

Stap 1. Oriëntatie op de situatie / klinisch beeld

De actuele situatie wordt beoordeeld met behulp van de klinische situatie en de voorgeschiedenis. Hierbij geeft de kinderverpleegkundige aanbevelingen.

Stap 2. Klinische probleemstelling

De problematiek wordt beredeneerd en er worden prioriteiten gesteld.

Stap 3. Aanvullend klinisch onderzoek

Beredeneren welke informatie nog noodzakelijk is.

Stap 4. Klinisch beleid

Beredeneren hoe de problematiek effectief aangepakt kan worden.

Stap 5. Klinisch verloop

Het verloop op korte termijn en lange termijn wordt beschreven.

Stap 6. Nabeschuiving

De zorg wordt beoordeeld en het aandeel en de ervaringen van de kinderverpleegkundige worden beschreven (Bakker & Heycop ten Ham, 2010, p. 12).

Er bestaat geen protocol in het Beatrix Kinderziekenhuis voor het klinisch redeneren volgens de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker. Er is wel een richtlijn opgesteld voor het gebruik van de PEWS (Pediatric Early Warning Score) en de SBAR (Situation, Background, Assessment en Recommendation). Dit zijn hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden tijdens het klinisch redeneren en zijn het meest van toepassing bij het uitwerken van stap één waar het klinische beeld naar voren wordt gebracht (Montfroy, Protocol Zes Stappen Methodiek Marc Bakker, 2017).



In het verpleegkundig beroepsprofiel wordt het klinisch redeneren voor verpleegkundigen beschreven. Klinisch redeneren is van belang voor kinderverpleegkundigen om beslissingen te kunnen verantwoorden en daarover te communiceren. Daarnaast betreft de kinderverpleegkundige bij deze beslissingen professionele en persoonlijke morele afwegingen. Het gaat hierbij om de inzet van moreel verantwoorde professionaliteit en het nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid voor beslissingen (Schuurmans, Lambregts, & Grotendorst, Beroepsprofiel verpleegkundige, 2012). Door fouten of verkeerde interpretaties van de kinderverpleegkundigen zou er binnen de gezondheidszorg onbedoelde lichamelijke en/of psychische schade kunnen optreden. Het beroepsprofiel voor verpleegkundigen omschrijft dat de verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor het waarborgen van de patiëntgerichte, kwalitatief goede en veilige zorg (Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2014).



Hoofdstuk 1. Vraagstelling, doelstelling en definiëring begrippen

In het eerste hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag beschreven. Daarnaast worden ook de deelvragen beschreven die gezamenlijk de onderzoeksvraag beantwoorden. Vervolgens zal de doelstelling van het praktijkonderzoek beschreven worden en zal er een definiëring van begrippen worden gegeven.

§1.1 Doelstelling

‘Binnen 20 weken is er aangetoond middels observatieonderzoek en half gestructureerde interviews hoe ervaren kinderverpleegkundigen klinisch redeneren volgens de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen toepassen. Vervolgens zal er een advies uitgebracht worden. Op deze manier is de verpleegafdeling M4 van het Beatrix Kinderziekenhuis op de hoogte gebracht van de huidige situatie omtrent klinisch redeneren’.

§1.2 Probleemstelling

‘Hoe wordt de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker toegepast door ervaren kinderverpleegkundigen in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen en bevat dit een waarneembaar verschil op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis te Groningen?’

§1.3 Deelvragen

De volgende deelvragen zijn opgesteld vanuit de doel- en probleemstelling:

1. Wat is de huidige situatie bij het toepassen van het klinische redeneren onder ervaren kinderverpleegkundigen en pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen?
2. Aan welke eisen moeten de verpleegkundige overdracht, artsensite en de Team Huddle (multidisciplinair overleg) voldoen?
3. Hoe ervaren de ervaren kinderverpleegkundigen de scholing met betrekking tot klinisch redeneren?
4. Hoe ervaren de ervaren kinderverpleegkundigen de kennis van het klinisch redeneren bij de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen?
5. Hoe ervaren de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen de kennis van het klinisch redeneren bij de ervaren kinderverpleegkundigen?

§1.4 Definiëring begrippen

In deze paragraaf worden de toegepaste begrippen gedefinieerd:

UMCG

De afkorting UMCG staat voor Universitair Medisch Centrum Groningen. Het UMCG is één van de grootste ziekenhuizen in Nederland waar ruim 10.000 medewerkers werkzaam zijn. In het kader van wetenschappelijk onderzoek en onderwijs wordt er nauw samengewerkt met de Rijksuniversiteit in Groningen. De patiëntencategorieën in het UMCG zijn er voor basiszorg, specialistische diagnostiek, onderzoek of behandeling. De doelstelling van het UMCG is: ‘Bouwen aan de toekomst van gezondheid’ (UMCG, 2017).

Beatrix Kinderziekenhuis

Binnen het UMCG is er een gespecialiseerde afdeling kindergeneeskunde, die het Beatrix Kinderziekenhuis wordt genoemd. Deze bestaat uit speciale kinderverpleegafdelingen en kinderpolyklinieken. Er zijn vier gespecialiseerde verpleegafdelingen in het Beatrix Kinderziekenhuis met elk 24 bedden:

- M1: Kinderchirurgie,- orthopedie,- urologie en MDL (Maag-Darm-Leverziekten);
- M2: Kinderoncologie,- en cardiologie;



- L1: Kortverblijf (van alle specialismen);
- M4: Kinderneurochirurgie,- neurologie,- en longziekten, de zieke zuigeling, algemene kindergeneeskunde en sociale pediatrie.

Naast deze vier verpleegafdelingen beschikt het Beatrix Kinderziekenhuis over een kinder-intensive care en neonatologie intensive care (UMCG, 2017).

Klinisch redeneren

Marc Bakker omschrijft klinisch redeneren als volgt: 'Het nadenken over het professioneel handelen in de praktijk' (Bakker & Heycop ten Ham, 2010, p. 11). Klinisch redeneren is dus de link leggen tussen kennis en vaardigheden en het handelen of het gedrag in de praktijk.

Ervaren kinderverpleegkundige

Een ervaren kinderverpleegkundige wordt ook wel een seniorverpleegkundige genoemd. Als ervaren kinderverpleegkundige is de vervolgopleiding kinderverpleegkunde behaald en daarnaast heeft men drie jaar werkervaring. Een ervaren kinderverpleegkundige heeft naast de reguliere taken ook taken zoals stagiaires begeleiden en deelnemen aan werkgroepen (Bögels, Frijters, & Kloks, Senior verpleegkundige, 2006).

Pas afgestudeerde kinderverpleegkundige

De pas afgestudeerde kinderverpleegkundige heeft de vervolgopleiding tot kinderverpleegkundige behaald vanaf september 2016 middels het nieuwe curriculum. Ook vallen de kinderverpleegkundigen die per juli 2017 zullen afstuderen voor deze opleiding hieronder (Montfroy, Protocol Zes Stappen Methodiek Marc Bakker, 2017).

Kinderverpleegafdeling

Op de kinderverpleegafdelingen worden kinderen behandeld en onderzocht van 0 t/m 18 jaar. Niet alleen kinderen die een ziekte of aandoening hebben worden behandeld. Er worden ook kinderen onderzocht bij wie de normale ontwikkeling of groei verstoord is of dreigt te raken. Ouders en/of verzorgers worden begeleidt in dit proces (UMCG, 2017).

Kinderafdeling M4

De kinderafdeling M4 verleent zorg aan kinderen van 0 t/m 18 jaar. Op deze afdeling is een grote diversiteit aan patiëntencategorieën, zoals: neurochirurgie, neurologie, longziekten, de zieke zuigeling, algemene kindergeneeskunde en sociale pediatrie. Op de afdeling wordt er intensief samengewerkt met diverse specialismen en disciplines om zorg te dragen voor de begeleiding van deze grote patiëntencategorieën. Hierdoor wordt de kwaliteit van de behandeling gewaarborgd (UMCG, 2017).

In dit hoofdstuk zijn de doelstelling, vraagstelling en de deelvragen geformuleerd. Ook is er een begripsdefiniëring gegeven. In grote lijnen is duidelijk geworden wat er precies zal worden onderzocht.



Hoofdstuk 2. Theoretisch en beleidsmatig kader

In het tweede hoofdstuk komt het theoretisch en beleidsmatig kader aan bod. Dit hoofdstuk vormt de wetenschappelijke basis van het praktijkonderzoek. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvraag 2: aan welke eisen moeten de verpleegkundige overdracht, artsensite en de Team Huddle (multidisciplinair overleg) voldoen?

Richtlijn Team Huddle

Team Huddle komt voort uit het American Football. Tijdens de wedstrijd hebben ze een korte time-out bespreking om een tactiek te bespreken. Meestal zijn de kinderverpleegkundigen hard aan het werk waardoor er weinig zicht is op elkaar. Door middel van de Team Huddle is er een moment gecreëerd, ongeacht de drukte, om multidisciplinair een korte tactiek te bespreken. De volgende disciplines zijn hierbij aanwezig:

- Regie-verpleegkundige;
- Hoofdverpleegkundige;
- Verpleegkundige;
- Assist;
- Artsen;
- Pedagogisch medewerker / school;
- Secretaresse;
- Prikdienst;
- Fysiotherapie;
- Diëtist.

Het doel van de Team Huddle is om de communicatie te optimaliseren, waardoor elke discipline op de hoogte is van de actuele informatie of problematiek die spelen rondom de patiënt. Daarnaast ook het inzichtelijk maken van de werkdruk en op de hoogte zijn welke kinderverpleegkundige hulp aangeboden kan worden.

De Team Huddle duurt maximaal negen minuten (30 seconden per patiënt). Hier wordt dan het volgende in besproken:

- Hoe het met de patiënt gaat;
- Tegen welke problemen de kinderverpleegkundige aanloopt;
- Wat is er nodig om de zorg rond te krijgen.

Er vinden verschillende Team Huddles op de afdeling plaats, dit zijn de volgende:

- 9:00 uur Team Huddle, multidisciplinair, maximaal 9 minuten;
- 10:30 uur Team Huddle, kinderverpleegkundigen, maximaal 5 minuten;
- 15:30 uur Team Huddle, kinderverpleegkundigen/artsen, maximaal 9 minuten;
- 20:00 uur Team Huddle, verpleegkundigen, maximaal 5 minuten
(Afdeling M4va, 2016).

Richtlijn artsensite

Afdeling M4 hanteert tijdens de artsensite 'Probleem Georiënteerde Statusuitvoering'. Deze is ontleend aan 'Problem Oriented Medical Record' (POMR), beschreven door de Amerikaan Dr. Lawrence Weed (1968). De probleemgestuurde benadering voorkomt dat er direct naar één diagnose gekeken wordt en dat door de tunnelvisie belangrijke aspecten van de ziekte over het hoofd gezien worden. Deze methodiek geeft een overzicht over de actuele problematiek en inzicht in de denkstappen van de arts, reeds verrichte diagnostiek en de behandeling. Hierdoor is er een heldere communicatie en duidelijke structuur naar andere disciplines (Jacobs, 2009).

De artsensite die wordt uitgevoerd met de kinderverpleegkundigen en de artsen wordt dus ook probleemgestuurd uitgevoerd. De kinderverpleegkundige introduceert de patiënt en benoemt het hoofdprobleem. Belangrijke informatie rondom dit hoofdprobleem wordt besproken, bijvoorbeeld symptomen, verpleegkundige observaties en vitale functies. Het probleem wordt door de arts samengevat, waarbij een werkdiagnose en eventueel



differentieel diagnose(n) naar voren komt. Vervolgens wordt er een plan opgesteld, zowel op diagnostisch als op therapeutisch gebied. Daarna worden vanuit de arts en de kinderverpleegkundige de nevenproblematiek ingebracht en op dezelfde manier besproken. Hiervan is het voordeel dat er inzicht wordt gegeven in de verschillende overwegingen die er gemaakt worden. Maar ook wordt er duidelijk welke diagnostiek, behandeling of aandachtspunten er zijn bij welk probleem (Grundmeijer, Rutten, & Damoiseaux, 2014).

Er zijn verschillende regels vanuit de afdeling M4 opgesteld:

- Arts neemt de leiding;
- Verpleegkundige introduceert de patiënt (op maandag zal de arts introduceren);
- Ontslagplanning wordt besproken;
- Op dinsdag wordt de medicatielijst doorgenomen;
- Eén keer per week wordt de groeicurve van de patiënt gecontroleerd;
- De kinderverpleegkundige zorgt voor een actueel overzicht van de hoofd- en nevenproblematiek in het verpleegkundig dossier;
- De kinderverpleegkundige geeft een terugkoppeling, van de artsensite, in de rapportage in het verpleegkundig dossier;
- Arts voert lichamelijk onderzoek uit bij de patiënt na de artsensite;
- PEWS wordt benoemd in de artsensite;
- Arts en kinderverpleegkundige vullen elkaar aan in het signaleren en vaststellen van de hoofd- en nevenproblematiek (Beatrix Kinderziekenhuis, 2017).

Richtlijn verpleegkundige overdracht

Op afdeling M4 voert de verpleegkundige de overdracht uit door het lezen van de rapportage met daarop volgend het uitvoeren van de Team Huddle. De geschreven rapportages zijn hierin erg belangrijk. Dit omdat de kinderverpleegkundige die de late dienst heeft de patiënt moet introduceren in de Team Huddle. Hierbij moet zij aangeven wat het kind heeft en hoe het tot nu toe met het kind gaat. Wanneer de rapportage duidelijk, volledig en concreet is, zal de overdracht ook goed verlopen. Maar wanneer deze onvolledig is, zal de overdracht ook niet verlopen zoals dit zou moeten. De kinderverpleegkundige zal hierdoor niet op de hoogte zijn van alles wat er op dat moment speelt rondom de patiënt. Daarom is het belangrijk dat de rapportages zo goed mogelijk worden geschreven. Op afdeling M4 worden de 12 Gezondheidspatronen van Marjory Gordon als classificatiesysteem gehanteerd bij het schrijven van de rapportage. Door het gebruik van dit systeem kan informatie gemakkelijk worden geordend (Hesselink, Zo maak je een verpleegplan, 2011, p. 25). De informatie die tijdens het rapporteren wordt beschreven, behoort ieder tot één van de 12 gezondheidspatronen. De 12 gezondheidspatronen hebben allemaal hun eigen afkorting en wordt bij het schrijven van de rapportage voor de kantlijn geschreven.

De 12 gezondheidspatronen zijn de volgende:

- Gezondheidsbeleving- en instandhoudingspatroon;
 - Voeding en stofwisselingspatroon;
 - Uitscheidingspatroon;
 - Activiteitenpatroon;
 - Slaap en rust patroon;
 - Cognitie en waarnemingspatroon;
 - Zelfbelevingspatroon;
 - Rollen en relatie patroon;
 - Seksualiteit en voortplantingspatroon;
 - Coping en stresstolerantiepatroon;
 - Waarden en levensovertuigingspatroon
- (Hesselink, Zo maak je een verpleegplan, 2011, pp. 25-27).

Door middel van de wetenschappelijke literatuurstudie is er in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de tweede deelvraag.



Hoofdstuk 3. Onderzoeksmethodiek

Hoofdstuk drie bevat de onderzoeksmethodiek. Dit hoofdstuk bestaat uit een beschrijving van het onderzoeksdesign, populatie en steekproef, dataverzamelingmethodiek, meetinstrument, data-analyse, validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit en ethische aspecten van het onderzoek.

§3.1 Onderzoeksdesign

Voortgekomen uit de onderzoeksvraag van het Beatrix Kinderziekenhuis is er een Mixed Method als onderzoeksdesign gebruikt. Het gaat bij het praktijkonderzoek om een kwalitatief onderzoekdesign met een kwantitatief observatie instrument. Een Mixed Method design houdt in dat kwalitatief en kwantitatief onderzoek gecombineerd worden. Voor de dataverzameling is een observatieonderzoek uitgevoerd met aansluitend half gestructureerde interviews. Kwalitatief onderzoek is een onderzoek dat relaties en verbanden beschrijft (Verhoeven, 2008, p. 118). Het doel van kwalitatief onderzoek is het begrijpen van de kinderverpleegkundigen en inzicht krijgen hoe het klinisch redeneren wordt toegepast op de verpleegafdeling. Hiermee worden de betekenisgeving, ervaringen en achterliggende redenen van de kinderverpleegkundigen voor keuzes bedoeld (Jong, et al., 2008). Kwantitatief onderzoek geeft cijfermatig inzicht en zal aantonen hoeveel kinderverpleegkundigen de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker uitvoeren. De cijfermatige gegevens werden statistisch geanalyseerd om antwoord te geven op de onderzoeksvraag (Swaen B. , 2016).

§3.2 Populatie en steekproef

Populatie

De onderzoekspopulatie bestond uit ervaren kinderverpleegkundigen en pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen die werkzaam zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis. De kinderverpleegkundigen werkten op verpleegafdeling M4, in totaal werken er op verpleegafdeling M4 50 kinderverpleegkundigen. Er is gekozen voor deze onderzoekspopulatie, omdat deze categorie het meest betrokken is rondom de zorg van het kind. De kinderverpleegkundigen zelf zijn het meeste betrokken rondom de zorg van het kind en hierdoor observeren ze de kinderen automatisch het meest. Onder andere bij het observeren is het toepassen van de Zes Stappen Methodiek van belang. Door gebruik te maken van deze methodiek kunnen de klinische redematies van de kinderverpleegkundige doorspeeld worden naar verschillende disciplines. Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd.

Steekproef

Er zijn observatieonderzoeken en half gestructureerde interviews verricht. Er is sprake van een representatieve steekproef, omdat de populatie onder de ervaren kinderverpleegkundigen aselekt geselecteerd waren. Dit houdt in dat iedere deelnemer van de populatie evenveel kans heeft om deel te nemen aan de steekproef (Verhoeven, 2008, p. 107). Echter was dit niet mogelijk onder de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen, omdat de totale populatie te klein was. Uit tabel 1 blijkt dat de totale populatie zes ervaren kinderverpleegkundigen en vier pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen omvat die allen driemaal geobserveerd zijn. De observaties en interviews zijn afgenomen bij tien respondenten, N=10. Alle observaties en interviews zijn opgenomen in het onderzoeksverslag. Er is rekening gehouden met de saturatie. Dit houdt in dat wanneer er geen nieuwe informatie meer wordt verzameld, het observatieonderzoek en de interviews gestopt worden (Verhoeven, 2008).



Maar wanneer er na deze observaties en interviews nog niet voldoende informatie was verzameld, was het van belang geweest om meer respondenten te observeren en/of te interviewen.

	Pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen	Ervaren kinderverpleegkundigen	Aantal observaties	Totaal aantal deelnemers
Afdeling M4	4	6	30	10
Totaal	4	6	30	10

Tabel 1. Steekproef

§3.3 Dataverzameling methode

Voor het praktijkonderzoek is gekozen voor de combinatie observatieonderzoek en half gestructureerde interviews. In deze paragraaf zal dit verder uitgewerkt worden.

Observatieonderzoek

Er is gekozen voor observatieonderzoek om te observeren hoe de kinderverpleegkundigen tijdens hun dienst het klinisch redeneren toegepast hebben. Omdat observatieonderzoek in de praktijksituatie is uitgevoerd is er een realistisch beeld gegeven. De kinderverpleegkundigen hadden het klinisch redeneren toegepast zoals ze dit normaliter ook zouden uitvoeren zonder op de hoogte te zijn van de observaties die hadden plaatsgevonden. Daarnaast heeft het observatieonderzoek een inzichtelijk beeld gegeven over het gebruik van de Zes Stappen Methodiek onder de kinderverpleegkundigen. De onderzoekers hadden gebruik gemaakt van een gestructureerde methodiek van observeren, aan de hand van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker (Verhoeven, 2008, p. 120).

- *Direct observeren*
Tijdens het praktijkonderzoek was er sprake van direct observeren. Dit betekent dat de onderzoekers zichtbaar waren voor de populatie, omdat waarneming in de natuurlijke context plaats had gevonden. En dit heeft zowel de betrouwbaarheid als de ecologische validiteit verhoogt. Tijdens de observatie was het niet van toepassing dat de kinderverpleegkundigen in hun geheugen moesten graven waardoor de gegevens niet een vertekend beeld hebben gegeven door het selectieve geheugen (Baarda, et al., 2013, p. 180).
- *Observatierol*
Er is gekozen voor de observatierol extensief participeren, dit is een rolinvulling waarbij afstandelijk geobserveerd wordt en geen deelname is bij de activiteit (Baarda, et al., 2013, p. 187).
- *Verhulde observatie*
De populatie was geïnformeerd over het observatieonderzoek en had hier toestemming voor gegeven omtrent de privacy. Hierdoor was er sprake van verhulde observatie, wat inhoudt dat de populatie op de hoogte is van het onderzoek en de observatie (Verhoeven, 2008, p. 120).

Het half gestructureerde interview

Het interview is aan de hand van een topiclijst uitgevoerd. Daarnaast had de respondent ook de gelegenheid tot inbreng tijdens het interview. De rol van de onderzoekers tijdens dit interview was flexibiliteit, open en belangstellend, vol aandacht, aanvaardend, niet oordelend, respectvol, invoelend, inlevend en stimulerend (Verhoeven, 2008, p. 126).



Er was gekozen voor het houden van half gestructureerde interviews, omdat dit een goede aanvulling was op het observatieonderzoek en dit versterkte dan ook de betrouwbaarheid van het praktijkonderzoek. Op deze manier kwamen ervaringen en meningen uit de praktijk naar voren. Hierdoor werden er meer gegevens verzameld (Verhoeven, 2008, p. 126).

Inclusie- en exclusiecriteria

Voor het praktijkonderzoek was er sprake van inclusie- en exclusiecriteria. De inclusiecriteria waren:

- Pas afgestudeerde (of bijna afgestudeerde) kinderverpleegkundigen die opgeleid waren tijdens het onderzoek volgens het nieuwe curriculum en werkzaam waren op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis;
- Ervaren kinderverpleegkundigen die werkzaam waren tijdens het onderzoek op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis (meer dan drie jaar werkervaring).

De exclusiecriteria waren:

- Oproepkrachten die werkzaam waren op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis tijdens het onderzoek;
- Stagiaires op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis;
- Verpleegkundigen die net gestart waren met de vervolgopleiding tot kinderverpleegkundige tijdens het onderzoek en toen werkzaam waren op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis.

§3.3.1 Meetinstrument

Een observatieschema werd gebruikt als observatie instrument. Thieme Meulenhoff beschrijft vanuit de literatuur dat een observatieschema handig en betrouwbaar functioneert. Daarnaast werkt het ook snel en gericht. De gegevens kunnen gemakkelijk verwerkt worden (Thieme Meulenhoff, 2016). De Zes Stappen Methodiek werd hierin puntsgewijs verwerkt, zodat dit geturfd kon worden. Er werd ruimte vrijgehouden voor een toelichting om waarnemingen te noteren en dus niet te vergeten.

Voor het half gestructureerde interview werd er gebruik gemaakt van een topiclijst. Hierin werden de onderwerpen beschreven die tijdens het interview aan bod kwamen (Verhoeven, 2008, p. 126). De topiclijst voor de half gestructureerde interviews bestaat uit het volgende:

- Introductie;
- Persoonlijke informatie;
- Het klinisch redeneren;
- Meningen/ervaringen;
- Ruimte voor inbreng van de respondent;
- Afsluiting.

§3.4 Data-analyse

Observatieonderzoek

Voorafgaand aan het observatieonderzoek is een observatielijst opgesteld. De observatielijst geeft de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker weer. Door middel van turven konden de onderzoekers in een korte tijd veel informatie verzamelen. De verzamelde gegevens van het observatieonderzoek zouden in eerste instantie uitgewerkt in het softwareprogramma SPSS, maar omdat er sprake was van een nominaal meetniveau had het niet veel meerwaarde om SPSS te gaan gebruiken. Daarom is er later in het onderzoek besloten om met het programma Excel te gaan werken. Dit programma wordt vooral gebruikt bij het verzamelen, lezen, analyseren en/of bewerken van gegevens. Voorafgaand aan het gebruik van het softwareprogramma Excel zijn variabelen opgesteld. De volgende variabelen zijn opgesteld:



- Pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen;
- Kinderverpleegkundigen minimaal drie jaar werkzaam;
- Scholing 'Klinisch Redeneren' gevolgd;
- Zes stappen volledig uitgevoerd Team Huddle;
- Zes stappen volledig uitgevoerd artsensite;
- Zes stappen volledig uitgevoerd rapportage;
- Gestructureerd volgens de zes stappen gewerkt.

Voor het ordenen van de gegevens is er gebruik gemaakt van het nominale meetniveau. Bij een nominaal meetniveau is er sprake van maar twee categorieën of waarden onder de variabelen. Er is hierbij alleen sprake van een verschil en niet van een meerderheid of minderheid (Baarda, Goede, & Dijkum, Basisboek statistiek, 2011, p. 17). Er is gebruik gemaakt van een nominaal meetniveau, omdat er niet met de waarden die aan de variabelen zijn gegeven gerekend kan worden (Groningen & Boer, 2012, p. 26).

Half gestructureerde interviews

Tijdens de half gestructureerde interviews is gebruik gemaakt van audio opnames. Vervolgens zijn de audio opnames teruggeluisterd en getranscribeerd. Door het gebruik van audio opnames zijn er geen gegevens verloren gegaan en hoefden de onderzoekers niet mee te schrijven. De gegevens zijn geanalyseerd volgens de stappen die Verhoeven (2008) omschrijft. Tijdens deze stappen is het van belang om de gegevens vanuit het interview uiteen te rafelen en daarbij structuur aan te brengen (Verhoeven, 2008, p. 254). Door het gebruik van deze stappen wordt de betrouwbaarheid verhoogd, doordat de onderzoekers geen gegevens missen. De stappen zijn als volgt:

1. De gegevens werden grondig doorgenomen en verdeeld in kleine fragmenten. Er werd stilgestaan met welke reden de kleine fragmenten geselecteerd zijn.
2. De kleine fragmenten werden geëvalueerd en werden beoordeeld op de waarde binnen het praktijkonderzoek.
3. De fragmenten werden gecodeerd door middel van één of twee woorden die voor de omschrijving van het fragment zorgt.
4. Vervolgens zijn de gecodeerde fragmenten in groepen verdeeld.
5. De gecodeerde fragmenten werden gesorteerd en hierbij werd een hiërarchie aangebracht.
6. Er werd gekeken naar verbanden tussen de verschillende fragmenten. Hierbij werden hoofdgroepen en subgroepen van elkaar onderscheiden.
7. Vervolgens werd er structuur aangebracht en werden de verbanden zichtbaar uit de verschillende groepen. Deze gegevens werden verwerkt in cirkeldiagrammen.
8. Tot slot werd er beoordeeld of de resultaten antwoord geven op de onderzoeksvraag of dat er nog meer gegevens verzameld moeten worden (Verhoeven, 2008, p. 254).

Met deze methodiek werd het half gestructureerde interview geanalyseerd binnen dit praktijkonderzoek.

§3.5 Validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit

Validiteit

De onderzoekers hebben aan de docentbegeleider verslag gedaan over de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker. Dit toonde aan dat de onderzoekers op de hoogte waren van wat ze wilden meten. Met behulp van de literatuur is er een observatie instrument en topiclijst ontworpen. Beide meetinstrumenten zijn voorgelegd aan de opdrachtgever en aan de docentbegeleider. De opdrachtgever heeft deze van feedback voorzien en dit is verwerkt. Het observatie instrument is getest op begripsvaliditeit in de praktijk tijdens de artsensite op



verpleegafdeling M4. De onderzoekers hadden apart van elkaar het meetinstrument getest en het voldeed naar inziens van de onderzoekers goed. Het instrument mat wat het moest meten. Wat hiermee wordt bedoeld is dat het instrument aantoont of alle stappen volgens de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker uitgevoerd/besproken werden. Dit is gedaan door middel van turven waarbij er ook de mogelijkheid werd gegeven voor een toelichting. Daarnaast was het half gestructureerde interview ook getest door de onderzoekers. Dit is gedaan doordat één onderzoeker de ander heeft geïnterviewd. Na afloop van deze test hebben er nog enkele aanpassingen plaatsgevonden, zoals het vragen naar de bekendheid met betrekking tot de Zes Stappen Methodiek. Als afsluiting is gevraagd aan de kinderverpleegkundigen om niks over het onderzoek naar buiten te brengen zolang het onderzoek nog loopt. De onderzoekers hadden de validiteit verhoogd door sociaal wenselijke antwoorden, ofwel systematische vertekening te voorkomen door middel van observatie onderzoek. Om systematisch fouten te voorkomen was er tijdens de half gestructureerde interviews doorgevraagd om alle informatie te achterhalen. Tijdens de half gestructureerde interviews zijn audio opnames gemaakt. De onderzoekers hebben de gegevens onafhankelijk van elkaar gecontroleerd en geanalyseerd.

Betrouwbaarheid

Er was sprake van een relatief kleine steekproef, N=10. Dit is passend bij een kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2008, p. 38). De betrouwbaarheid van het observatieonderzoek is vergroot doordat er voorafgaand aan het observatieonderzoek een proef observatie is uitgevoerd. Op deze manier was er beoordeeld door de onderzoekers hoe het observatie instrument functioneerde en zijn overbodige zaken verwijderd. Tijdens het observatieonderzoek is er gebruik gemaakt van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Dit wil zeggen dat beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar de situatie hebben geobserveerd (Verhoeven, 2008, p. 166). De overeenstemming van de verzamelde gegevens bepaalde de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De betrouwbaarheid is vergroot doordat de observatie driemaal bij dezelfde kinderverpleegkundige is uitgevoerd. Zodat op deze manier dezelfde resultaten gemeten werden en het onderzoek vrij was van toevallige fouten. Doordat er gebruik gemaakt is van een observatie instrument werd er tijdens iedere observatie hetzelfde gemeten. Doordat er audio opnames gemaakt zijn tijdens het interview, gaf dit een verhoogde betrouwbaarheid. Daarnaast hadden de onderzoekers onafhankelijk van elkaar het interview geanalyseerd. De betrouwbaarheid is ook verhoogd doordat de kinderverpleegkundigen van afdeling M4 en andere disciplines niet op de hoogte waren van het praktijkonderzoek.

De uitkomsten van het observatieonderzoek zijn geanalyseerd en verwerkt door het software programma Excel. Dit programma is betrouwbaar en voorkomt fouten. De uitkomsten van het half gestructureerde interview zijn geanalyseerd en verwerkt door de stappen van Verhoeven (2008). Deze stappen zorgt voor een hogere betrouwbaarheid en voorkomt fouten.

Representativiteit

‘Representativiteit betekent dat er betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan over de populatie. De populatie bevatte de gehele onderzoeksgroep’ (Verhoeven, 2008, p. 107). Door de duidelijke richtlijn in het Beatrix Kinderziekenhuis omtrent pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen en ervaren kinderverpleegkundigen was de representativiteit verhoogd. Voorafgaand aan het observatieonderzoek en de half gestructureerde interviews waren de onderzoekers op de hoogte hoe deze groepen zich onderscheiden.



Op deze manier was er voorkomen dat de totale populatie niet representatief was waardoor de uitgevoerde analyses niet te generaliseren waren naar de totale populatie.

§3.6 Ethische aspecten

De onderzoekers hebben zich tijdens het uitvoeren van het praktijkonderzoek aan de beroepscode gehouden. Hierin staat onder andere beschreven: omgaan met respect en privacy, wetenschappelijk onderzoek op verbetering volksgezondheid, professionele deskundige houding, rechten, belangen en betrouwbaarheid (Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2014). Hieronder worden nader van alle betrokkenen de ethische aspecten omschreven:

- Kinderverpleegkundigen

Er was tijdens het praktijkonderzoek rekening gehouden met de anonimiteit van de kinderverpleegkundigen. Namen of overige persoonlijke informatie zijn niet benoemd in het onderzoeksverslag. Daarnaast is er toestemming gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek door de opdrachtgever. Voor de audio opnames is ook toestemming gevraagd aan de kinderverpleegkundigen.

- Patiëntencategorie

In de beroepscode wordt geheimhoudingsplicht over patiënten beschreven. De onderzoekers waren aanwezig bij overlegmomenten waarin situaties van patiënten bespreekbaar werden gemaakt. Hierin hebben de onderzoekers rekening gehouden met de geheimhoudingsplicht.

- De onderzoekers

Tijdens het praktijkonderzoek hebben de onderzoekers rekening gehouden met de privacy van zowel de patiënten als de kinderverpleegkundigen. In het onderzoeksverslag zijn geen namen genoemd en anonimiteit is gerespecteerd. Op een respectvolle manier zijn de onderzoekers om gegaan met de betrokkenen van het praktijkonderzoek. Tijdens het observatieonderzoek hadden de onderzoekers een kritische blik ten aanzien van het gebruik van de Zes Stappen Methodiek.

De onderzoekers hadden tijdens het praktijkonderzoek een onafhankelijke houding aangenomen en waren oprecht over de gebruikte bronvermelding. De verstrekte informatie is volledig, zorgvuldig en is te achterhalen.

Dit derde hoofdstuk heeft in hoofdlijnen weergegeven hoe het praktijkonderzoek er grotendeels uit zag. Dit hoofdstuk heeft het onderzoeksdesign, de populatie en de steekproef, dataverzameling, data-analyse en ethische aspecten beschreven.



Hoofdstuk 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het praktijkonderzoek beschreven. Als eerste worden de kenmerken van de onderzoeksgroep beschreven, vervolgens de resultaten van het observatieonderzoek en daarna zullen de resultaten van de half gestructureerde interviews worden benoemd.

§4.1 Onderzoeksgroep

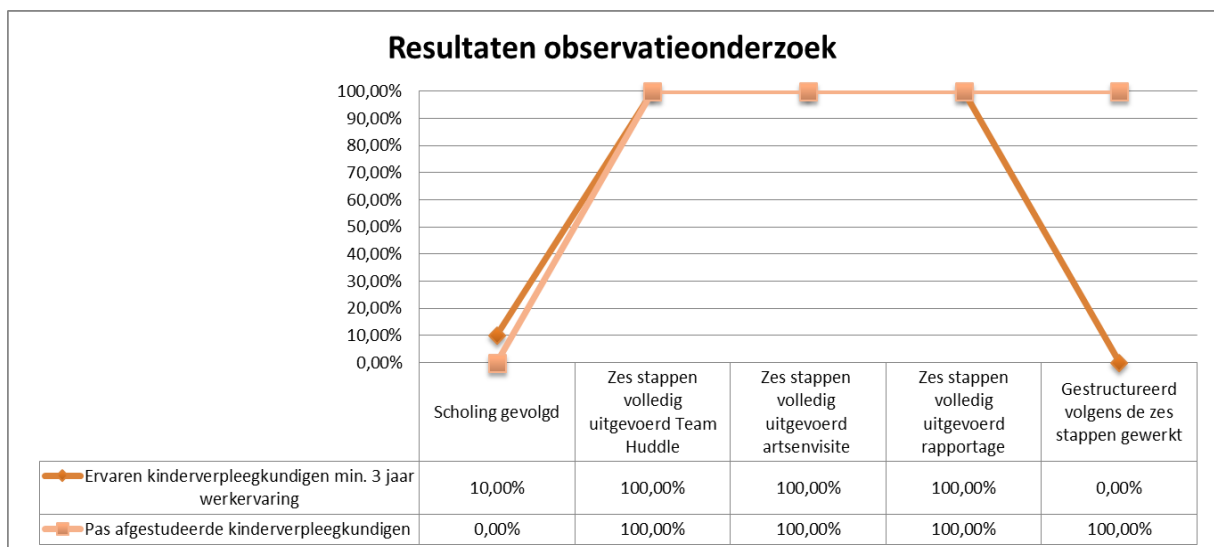
De totale populatie van de verpleegafdeling M4 van het UMCG zijn 50 kinderverpleegkundigen. Van de 50 kinderverpleegkundigen zijn 10 respondenten, N=10, geïnccludeerd. Van de tien geïnccludeerde respondenten hebben tien respondenten met succes deelgenomen aan het observatieonderzoek en het half gestructureerde interview van het praktijkonderzoek. De 10 respondenten bestonden uit: vier pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen die de opleiding tot kinderverpleegkundige hebben behaald volgens het nieuwe curriculum. En zes ervaren kinderverpleegkundigen met minimaal drie jaar werkervaring. Van de tien respondenten was één mannelijk en waren er negen vrouwelijk. Het gemiddelde van het aantal dienstjaren van de respondenten is 14,45 jaar. Vier respondenten hebben minder dan drie jaar werkervaring, één respondent tussen de 4 en 14 dienstjaren, drie respondenten tussen de 15 en 25 jaar dienstjaren, één respondent 26 en 36 jaar werkervaring en één respondent tussen de 37 jaar en 47 dienstjaren. Eén respondent van de ervaren kinderverpleegkundigen heeft de scholing 'Klinisch Redeneren' gevolgd. De kenmerken van de respondenten staan vermeld in tabel 2.

Geslacht	Aantal	Procent
Man	1	10%
Vrouw	9	90%
<i>Totaal</i>	<i>10</i>	<i>100%</i>
Functie		
Pas afgestudeerde kinderverpleegkundige	4	40%
Ervaren kinderverpleegkundige	6	60%
<i>Totaal</i>	<i>10</i>	<i>100%</i>
Aantal dienstjaren		
0 jaar t/m 3 jaar	4	40%
4 jaar t/m 14 jaar	1	10%
15 jaar t/m 25 jaar	3	30%
26 jaar t/m 36 jaar	1	10%
37 jaar t/m 47 jaar	1	10%
<i>Totaal</i>	<i>10</i>	<i>100%</i>
Scholing 'Klinisch Redeneren' gevolgd		
Gevolgd	1	10%
Niet gevolgd	9	90%
<i>Totaal</i>	<i>10</i>	<i>100%</i>

Tabel 2. Kenmerken van respondenten, N=10

§4.2 Resultaten observatieonderzoek

Er is praktijkonderzoek uitgevoerd naar het verschil in klinisch redeneren tussen pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen en ervaren kinderverpleegkundigen. Door middel van een observatielijst (bijlage 2), werd er geobserveerd of de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker terug te zien was tijdens verschillende overlegmomenten. De populatie bestond uit N=10, vier pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen (40%) en zes ervaren kinderverpleegkundigen (60%). De observatiemomenten bestonden uit de Team Huddle, artsensite en de overdracht. De Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker wordt gehanteerd in het UMCG. Uit het observatieonderzoek is gebleken dat tijdens de Team Huddle, artsensite en tijdens de overdracht (rapportage) deze methodiek volledig uitgevoerd wordt. Dit is bij zowel de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen als de ervaren kinderverpleegkundigen van toepassing. Echter ontbreekt de structuur die de methodiek aanbiedt bij de ervaren kinderverpleegkundigen. Bij de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen wordt deze structuur zichtbaar gehanteerd. Tijdens de Team Huddle worden de belangrijkste zaken van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker onder de aandacht gebracht. Dit hebben de onderzoekers als volledig ervaren omdat dat ook het doel is van de Team Huddle. Tijdens de artsensite ontbraken af en toe zaken die voor die casuïstiek niet van toepassing was of geen prioriteit had, ook dit werd door de onderzoekers als volledig beschouwd. Hetzelfde geldt voor de overdracht, ofwel de rapportage. Tijdens de drie observatiemomenten is er geen gebruik gemaakt van stap zes van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker, de nabespreking. Omdat deze stap op dat moment geen prioriteit had en niet van toepassing was om te bespreken. Vandaar dat deze stap niet meegenomen was tijdens het observatieonderzoek. In de volgende paragraaf zal blijken hoe de kinderverpleegkundigen ervaren dat deze stap niet behandeld wordt. In grafiek 1 zijn de resultaten van het observatieonderzoek weergegeven.



Lijngrafiek 1. Resultaten observatieonderzoek, N=10

§4.3 Resultaten half gestructureerde interviews

Na het uitvoeren van de observaties zijn er half gestructureerde interviews met de kinderverpleegkundigen gehouden. Dit is gedaan om extra informatie te verzamelen over het gebruik van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker. Tevens kan er bij een interview meer doorgevraagd worden over het onderwerp. Er is een topiclijst als structuur gehanteerd (bijlage 3). Wanneer er tijdens het observatieonderzoek bepaalde aandachtspunten niet



werden behandeld volgens de Zes Stappen Methodiek, zijn deze tijdens het interview ter sprake gebracht. Uit de half gestructureerde interviews zijn de volgende resultaten naar voren gekomen, dit is per vraag uitgewerkt en zichtbaar in een cirkeldiagram.

Ervaring Team Huddle



■ Positief 80% ■ Negatief 20%

Diagram 1. Ervaring Team Huddle, N=10

Hoe ervaren de kinderverpleegkundigen de Team Huddle?

- Van de tien respondenten ervaren acht de Team Huddle als positief.
- De overige twee respondenten ervaren dit als negatief.

Opmerkingen als prettig en zinvol kort moment, ook al verstoord het kort de werkzaamheden worden benoemd. Maar ook benoemen de respondenten dat het prettig is om te horen waar collega's staan om dat moment. Door de twee respondenten die de Team Huddle als negatief ervaren wordt de opmerking; overbodig moment benoemd, omdat daarop volgend de artsensite start.

Hoe ervaren de kinderverpleegkundigen de artsensite?

- Van de tien respondenten ervaren negen respondenten de artsensite als positief.
- Eén respondent ervaart de artsensite als negatief.

Opmerkingen als prettig, duidelijk, belangrijk en zinvol overlegmoment worden benoemd. Volgens de ervaren kinderverpleegkundigen nemen de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen meer de leiding tijdens de artsensite. Eén respondent omschrijft de artsensite als constructief, verwarrend en onduidelijk verergerend. Volgens de respondent komt dit doordat het UMCG een opleidingsziekenhuis is en dat er daardoor veel met de artsen teruggekoppeld en overlegd moet worden.

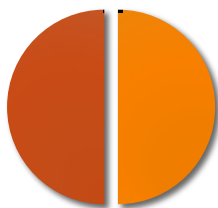
Ervaring artsensite



■ Positief 90% ■ Negatief 10%

Diagram 2. Ervaring artsensite, N=10

Bekend met Zes Stappen Methodiek



■ Bekend 50% ■ Onbekend 50%

Diagram 3. Bekend met Zes Stappen Methodiek, N=10

Zijn de kinderverpleegkundigen bekend met de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker?

- Van de tien respondenten zijn vijf kinderverpleegkundigen bekend met de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker.
- De overige vijf respondenten zijn niet bekend met deze methodiek.

De pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen, N=4, zijn bekend met deze methodiek en geven aan zich bekwaam te voelen dit toe te passen in de praktijk. Er is veel bekendheid aan gegeven tijdens de vervolgopleiding kinderverpleegkunde. De ervaren kinderverpleegkundigen, N=6, gaven aan hier niet bekend mee te zijn. Echter heeft één kinderverpleegkundige de scholing 'Klinisch Redeneren' gevolgd. De volgende opmerking werd gegeven door de respondent met ervaring met nascholing in de Zes Stappen Methodiek, ondanks de scholing weet de respondent niet exact meer hoe de methodiek werkt. Daarnaast geeft deze respondent aan de scholing als prettig te hebben ervaren, de methodiek biedt structuur. Na één scholing vindt de respondent het moeilijk om deze methode uit te voeren in de praktijk. Wanneer het resultaat niet anders is, weet de respondent niet of ze gemotiveerd is om dit toe te passen.

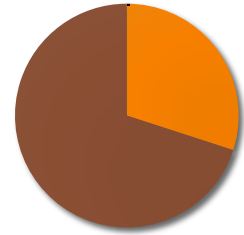


Wordt er stilgestaan bij de mogelijke oorzaken van het zieke kind?

- Van de tien respondenten is bij zeven respondenten stilgestaan bij mogelijke oorzaken van het zieke kind tijdens het observatiemoment.
- Bij de overige drie respondenten wordt er wel bij stilgestaan, maar is het bij de casuïstiek nog niet bekend.

De opmerking die door de respondenten wordt gegeven is, wanneer de oorzaak nog niet bekend is, kan het ook niet benoemd worden.

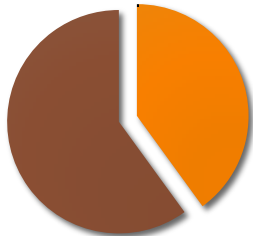
Stil staan bij mogelijke oorzaken



- Ja, echter niet bekend 30%
- Nee 0%
- Benoemd tijdens observatie 70%

Diagram 4. Stil staan bij mogelijke oorzaken, N=10.

Wordt er stilgestaan bij verloop korte- en lange termijn?



- Denkt hier zelf over na 40%
- Staat hier niet bij stil 0%
- Benoemd tijdens artsensite 60%

Diagram 5. Stil staan korte- en lange termijn, N=10

Wordt er stilgestaan bij de mogelijke oorzaken van het zieke kind?

- Van de tien respondenten is bij zeven respondenten stilgestaan bij mogelijke oorzaken van het zieke kind tijdens het observatiemoment.
- Bij de overige drie respondenten wordt er wel bij stilgestaan, maar is het bij de casuïstiek nog niet bekend.

De opmerking die door de respondenten wordt gegeven is, wanneer de oorzaak nog niet bekend is, kan het ook niet benoemd worden.

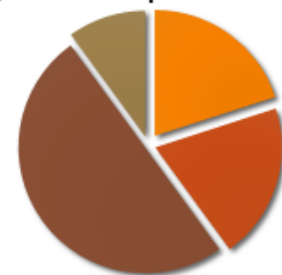
Wordt er stilgestaan bij de psychosociale problematiek?

Van de tien respondenten:

- Ja, maar bij vijf respondenten is er aandacht besteed aan de psychosociale problematiek tijdens het observatiemoment.
- Ja, maar twee respondenten schakelen een Pedagogisch Medewerker (PM-er) of maatschappelijk werk in.
- Ja, maar twee respondenten communiceren met de ouders over de psychosociale toestand.
- Nee, want één respondent besteedt geen aandacht aan de psychosociale problematiek.

De opmerking die benoemd wordt door de respondent is dat er het niet noodzakelijk bij de casuïstiek om aandacht te besteden aan de psychosociale problematiek.

Wordt er stilgestaan bij de psychosociale problematiek



- Inschakelen PM-er/maatschappelijk werk 20%
- Communiceren met ouders 20%
- Benoemd tijdens artsensite 50%
- Geen aandacht aan besteed 10%

Diagram 6. Stil staan psychosociale problematiek, N=10

Hoe wordt de zorg geëvalueerd?



- Met collega's 70%
- Met ouder(s) en/of patient 30%
- Benoemd tijdens artsensite 0%

Diagram 7. Evalueren van de zorg, N=10

Hoe wordt de zorg geëvalueerd?

- Van de tien respondenten evalueren zeven respondenten de zorg met collega's.
- De overige drie respondenten evalueren de zorg met ouder(s) en/of patiënt.

De opmerkingen die de respondenten geven zijn, dat er tijdens de Team Huddle en artsensite geen evaluatie plaatsvindt. Dit wordt door de respondenten niet als prioriteit gezien op deze momenten.

Ervaren de kinderverpleegkundigen verschil in klinisch redeneren tussen ervaren kinderverpleegkundigen en pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen?

Van de tien respondenten geven:

- Twee respondenten aan dat het verschil in klinisch redeneren tussen ervaren en pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen moeilijk te beoordelen is.
- Twee respondenten aan dat het aanbod van de Zes Stappen Methodiek meer aangeboden wordt tijdens de opleiding tot kinderverpleegkundige.
- Vier respondenten aan dat er een verschil is in het klinisch redeneren.
- Twee respondenten aan dat er geen verschil in het klinisch redeneren.

Verskil in klinisch redeneren



- Moelijk te beoordelen 20%
- Pas afgestudeerde meer aanbod tijdens opleiding 20%
- Ervaren kinderverpleegkundigen meer ervaring 40%
- Nee, geen verschil 20%

Diagram 8. Verskil klinisch redeneren, N=10

De opmerkingen die gemaakt worden door de respondenten zijn dat het verschil zich uit in de hoeveelheid werkervaring. Ook geven de respondenten aan dat het 'klinisch redeneren' nu meer aangeboden wordt tijdens de vervolgopleiding tot kinderverpleegkunde dan vroeger en dus pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen meer leren over hoe ze zo goed mogelijk kunnen klinisch redeneren. Daarbij krijgen ze ook methodieken aangeboden.

Behoeft meerdere scholing 'Klinisch Redeneren'?



- Ja, 1 keer per jaar 40%
- Ja, om het jaar 10%
- 1 scholing was voldoende 10%
- Praktijkgerichte scholing 10%
- Nee, geen behoefte aan 30%

Diagram 9. Scholingen, N=10

Hebben de kinderverpleegkundigen meer behoefte aan scholing 'Klinisch Redeneren'?

Van de tien respondenten:

- Ja, want vier respondenten geven aan open te staan voor een scholing één keer per jaar.
- Ja, want één respondent vindt om het jaar een scholing voldoende.
- Ja, want één respondent geeft aan een praktijkgerichte scholing te willen.
- Nee, want drie respondenten geven aan geen behoefte te hebben aan scholing.
- Nee, want één respondent geeft aan dat één scholing 'Klinisch Redeneren' voldoende was.

De opmerking die hierbij gemaakt wordt voor de verschillende manieren en momenten van de scholingen is om het haalbaar te houden.

Dit hoofdstuk heeft de resultaten weergegeven van het praktijkonderzoek omtrent klinisch redeneren.



Discussie

Er kan worden gesteld dat er een waarneembaar verschil is in het toepassen van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker door ervaren kinderverpleegkundigen in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen op verpleegafdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis te Groningen. Alle kinderverpleegkundigen, N=10, werken de stappen van de Zes Stappen Methodiek wel uit, maar echter 4 kinderverpleegkundigen gebruiken de structuur van de methodiek. De meerderheid van de ervaren kinderverpleegkundigen, N=5, zijn dan ook niet bekend met de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker. Er is één kinderverpleegkundige die bekend is met de Zes Stappen Methodiek door de scholing 'Klinisch Redeneren', maar maakt geen gebruik van de structuur. Omdat ze de methodiek niet precies meer wist en de scholing éénmalig één dagdeel werd gegeven.

Er is niet eerder wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker. Echter vinden er wel veel ontwikkelingen plaats rondom het klinisch redeneren en het gebruiken van deze methodiek. Onder andere is de VU (Vrije Universiteit) medisch centrum Academie bezig om theorie en praktijk rondom het klinisch redeneren zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten. Dit willen ze bereiken door zowel verpleegkundigen als docenten van de opleiding op te leiden tot leermeester PAN (ProActive Nursing). Dit houdt in dat de verpleegkundige binnen het zorgproces goed anticipeert en meedenkt volgens de Zes Stappen Methodiek (Bakker & Timmer, Klinisch redeneren - Brug tussen theorie en beroepspraktijk?, 2016).

Op verpleegafdeling M4 zijn 50 kinderverpleegkundigen werkzaam. Het is niet mogelijk om alle kinderverpleegkundigen te observeren en te interviewen in verband met een korte onderzoek duur. Hierdoor is het onderzoek minder representatief. Niet alle meningen zijn meegenomen in het praktijkonderzoek waardoor de resultaten beïnvloed kunnen worden. Daarnaast is de onderzoekspopulatie door middel van een aselechte steekproef ontstaan. Dit kan ervoor zorgen dat de onderzoekers informatie hebben gemist wat kan leiden tot andere resultaten en een andere conclusie. Echter verhoogt een aselechte steekproef de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Tijdens het observeren is het lastig om te zien wat kinderverpleegkundigen denken en hoe ze aan het klinisch redeneren zijn. Ook wordt het klinisch redeneren veelal aan het bed van de patiënt en bij de patiënt uitgevoerd. Vaak is er voorafgaand aan de overlegmomenten dus klinisch geredeneerd en is dit minder zichtbaar tijdens de overlegmomenten. Daarnaast wordt er tijdens een artsensite ook veel van de Zes Stappen Methodiek door de kinderarts aangehaald en komt het dus wel ter sprake, maar wordt het niet aangekaart door de kinderverpleegkundige. De half gestructureerde interviews die na de observaties volgen, bieden wel extra informatie omtrent het onderwerp en wordt het beeld van de onderzoekers vergroot.

Stap zes van de Zes Stappen Methodiek is de nabeschouwing waarbij het evalueren van de zorg op eventuele ethische dilemma's en patiëntveiligheid naar voren wordt gehaald. Deze stap is bij geen enkel observatiemoment besproken. De onderzoekers vinden dit dan ook niet passend om te bespreken bij deze momenten, tenzij er natuurlijk wel een situatie is voorgevallen waarbij direct evalueren noodzakelijk is. Maar dit was niet van toepassing. De interviews bieden dan de mogelijkheid om toch over deze stap te speculeren met elkaar.



Uit de resultaten is gebleken dat de Zes Stappen Methodiek door de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen gestructureerd toegepast wordt. De ervaren kinderverpleegkundigen gebruiken de methodiek niet, maar werken de stappen uit vanuit ervaring. Uiteindelijk wordt er zowel door de pas afgestudeerde kinderverpleegkundige als de ervaren kinderverpleegkundige hetzelfde bereikt. Hierdoor kan er afgevraagd worden wat de meerwaarde is van deze Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker die gehanteerd wordt. Het is een meerwaarde dat pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen hetzelfde resultaat bereiken dan de ervaren kinderverpleegkundigen met dezelfde kwaliteiten. Het UMCG wil de methodiek doorvoeren. De methodiek biedt handvaten voor het klinisch redeneren. Daarbij is van belang dat alle kinderverpleegkundigen bekwaam worden met de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker.

Het praktijkonderzoek heeft een bijdrage geleverd aan het Beatrix Kinderziekenhuis, namelijk dat het beeld is weergegeven van de huidige situatie omtrent het klinisch redeneren volgens de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker op verpleegafdeling M4. Dit in het kader van Bachelor Nursing 2020 en de transitie van het UMCG naar tertiaire zorg. (Montfroy, Protocol Zes Stappen Methodiek Marc Bakker, 2017).

De maatschappelijke relevantie van dit praktijkonderzoek is dat de stand van zaken inzichtelijk is geworden rondom het klinisch redeneren in het Beatrix Kinderziekenhuis. Dit kan relevant zijn voor de rest van de maatschappij. Dit alles om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen een goede aansluiting op het nieuwe beroepsprofiel verpleegkunde 2020 te verkrijgen. Het verbreden van verpleegkundige kennis, het verhogen van het niveau en de kwaliteit van zorg staat centraal bij het beroepsprofiel 2020.

Conclusie

De onderzoeksvraag van het praktijkonderzoek is als volgt:

Hoe wordt de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker toegepast door ervaren kinderverpleegkundigen in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen en bevat dit een waarneembaar verschil op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis te Groningen? Daarnaast zijn er deelvragen geformuleerd om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag.

In paragraaf 1.3 staan de volgende deelvragen beschreven:

1. Wat is de huidige situatie bij het toepassen van het klinische redeneren onder ervaren kinderverpleegkundigen en pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen?
2. Aan welke eisen moeten de verpleegkundige overdracht, artsensite en de Team Huddle (multidisciplinair overleg) voldoen?
3. Hoe ervaren de ervaren kinderverpleegkundigen de scholing met betrekking tot klinisch redeneren?
4. Hoe ervaren de ervaren kinderverpleegkundigen de kennis van het klinisch redeneren bij de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen?
5. Hoe ervaren de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen de kennis van het klinisch redeneren bij de ervaren kinderverpleegkundigen?

De antwoorden van deelvraag 1, zijn te vinden in hoofdstuk 4, De resultaten. De antwoorden van deelvraag 2, zijn te vinden in hoofdstuk 2, Theoretisch en beleidsmatig kader. De antwoorden van deelvragen 3,4 en 5 staan in paragraaf 4.3, Resultaten half gestructureerde interviews.

Samenvattend kan er geconcludeerd worden uit de resultaten van het praktijkonderzoek dat er een verschil is in het klinisch redeneren tussen pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen en ervaren kinderverpleegkundigen. Dit verschil uit zich in het gestructureerd toepassen van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker. Doordat de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen vanuit het nieuwe curriculum deze methodiek veel behandelen tijdens de opleiding kinderverpleegkunde wordt de structuur terug gezien in hun handelen. De ervaren kinderverpleegkundigen passen deze methodiek nog niet toe, maar handelen vanuit ervaring wat geen verschil in kwaliteit van zorg veroorzaakt. Uit eerder onderzoek is dan ook gebleken dat wetenschappelijke kennis en klinische ervaring van belang zijn om goed te kunnen klinisch redeneren (Crossetti, Bittencourt, Lima, Góes, & Saurin, 2014). Echter is dit hun niet kwalijk te nemen dat zij geen gebruik maken van de structuur van de Zes Stappen Methodiek, omdat de meerderheid de scholing 'Klinisch Redeneren' nog niet heeft gevolgd. Waardoor de ervaren kinderverpleegkundigen niet bekend zijn met deze methodiek en deze dus ook niet kunnen toepassen.

Daarnaast was er één respondent die de scholing 'Klinisch Redeneren' wel heeft gevolgd, maar bij wie deze methodiek niet terug te zien was in het handelen. Na één scholing wist de respondent deze stappen niet te benoemen en dus ook niet toe te passen in de praktijk. Ook geeft de respondent aan dat na één scholing de methodiek moeilijk is toe te passen in de praktijk. Wanneer de resultaten niet van elkaar verschillen bij het wel of niet gebruik maken van de methodiek weet de respondent niet of ze gemotiveerd is om de methodiek toe te passen in de praktijk. Voor deze respondent was de scholing dus niet zinvol en heeft de scholing zijn doel niet bereikt. Het uiteindelijke doel is dat de methodiek wel in de praktijk wordt doorgevoerd en toegepast gericht op het nieuwe beroepsprofiel 2020 en de transitie van het UMCG naar tertiaire zorg.



Aanbevelingen

De ervaren kinderverpleegkundigen zijn aan het klinisch redeneren vanuit ervaring, daarnaast passen de pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen tijdens het klinisch redeneren de gestructureerde Zes Stappen Methodiek toe.

De doelstelling van dit praktijkonderzoek was om binnen 20 weken aan te tonen middels een observatieonderzoek en half gestructureerde interviews hoe ervaren kinderverpleegkundigen klinisch redeneren volgens de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen toepassen. Vervolgens zal er een advies uitgebracht worden. Op deze manier is de verpleegafdeling M4 van het Beatrix Kinderziekenhuis op de hoogte gebracht van de huidige situatie omtrent klinisch redeneren.

Het belang van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker is de problematiek systematisch te verantwoorden, te analyseren en op te lossen.

Uit het praktijkonderzoek zijn de volgende aanbevelingen naar voren gekomen voor de praktijk:

- *Praktijkgerichte scholingen gaan geven met betrekking tot de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker.*
Vanuit het interview is naar voren gekomen dat de kinderverpleegkundigen behoefte hebben aan praktijkgerichte scholingen. De kinderverpleegkundigen gaven specifiek een praktijkgerichte scholing aan omdat dicht bij de praktijksituatie staat en haalbaar moet blijven. De scholing heeft als doel om alle kinderverpleegkundigen bekwaam te maken in het uitvoeren van deze methodiek. Waardoor dit een handvat biedt tijdens het klinisch redeneren.
- *Eén keer per jaar deze praktijkgerichte scholingen omtrent 'Klinisch Redeneren' herhalen.*
Vanuit het interview is naar voren gekomen dat de kinderverpleegkundigen behoefte hebben aan één scholing per jaar zodat de informatie elk jaar opnieuw wordt behandeld en zo kan beklijven.
- *Tweemaal per jaar een intervisie organiseren*
Vanuit de interviews is naar voren gekomen dat de kinderverpleegkundigen behoefte hebben om lastige situaties met elkaar te bespreken met collega's. Dit is dan ook stap zes van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker en wordt de nabeschuiving genoemd. Dit zal twee keer per jaar uitgevoerd worden. Tijdens deze bijeenkomst kan er gesproken worden over moeilijke situaties die hebben plaatsgevonden. Ook zal er een evaluatie plaatsvinden omtrent de kwaliteit van de beroepsuitoefening, ethische dilemma's, patiëntveiligheid en wat de kinderverpleegkundigen van bepaalde situaties hebben geleerd. Hierbij wordt de structuur van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker gehanteerd.
- *Gelamineerd kaartje ontwerpen met betrekking tot de Zes Stappen Methodiek*
Vanuit het interview kwam naar voren dat ondanks het volgen van de scholing de Zes Stappen Methodiek niet toegepast wordt in de praktijk. Om de kinderverpleegkundige te stimuleren om hier toch gebruik van te laten maken kan er een klein gelamineerd kaartje ontworpen worden. Op dit kaartje wordt de inhoud van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker beschreven en op de achterkant de stappen van de SBAR. De kinderverpleegkundigen kunnen dit kaartje bij zich dragen en gebruiken tijdens overlegmomenten.

- *Aanbeveling naar vervolgonderzoek*

Nadat alle ervaren kinderverpleegkundigen de scholing 'Klinisch Redeneren' hebben gevolgd kan er opnieuw een I-meting uitgevoerd worden. Dit praktijkonderzoek kan dan beschouwd worden als de 0-meting. Dit onderzoek kan dan op meerdere afdelingen uitgevoerd worden en eventueel met een grotere populatie. Deze grotere populatie is om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten.



Literatuurlijst

- Afdeling M4va. (2016). *Team Huddle M4va*. Groningen: UMCG.
- Atlas.ti. (2017). *The #1 software for Qualitative Data Analysis*. Opgehaald van Atlas.ti: <http://atlasti.com/>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de., Peters, V., & Velden, T. de. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Goede, M. de, & Dijkum, C. van. (2011). *Basisboek statistiek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, M. (2016). Klinisch redeneren . *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 20-22.
- Bakker, M., & Heycop ten Ham, C. van. (2010). *Proactive Nursing - Klinisch redeneren in zes stappen*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Bakker, M., & Heycop ten Ham, C. van. (2010). *Proactive Nursing - Klinisch redeneren in zes stappen*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Bakker, M., & Timmer, C. (2016). Klinisch redeneren - Brug tussen theorie en beroepspraktijk? pp. 20-22.
- Beatrix Kinderziekenhuis. (2017, April 14). Document Visite structuur mbv probleemgestuurd werken voor verpleegkundigen. Groningen, Groningen, Nederland.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. (2014). Opgehaald van V&VN: https://www.nursing.nl/pagefiles/13935/001_1420709885774.pdf
- Bögels, S., Frijters, M., & Kloks, M. (2006). Senior verpleegkundige. *Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorgonderwijs*, 0-5.
- Crossetti, M. da., Bittencourt, G., Lima, A., Góes, M. de., & Saurin, G. (2014). Structural elements of critical thinking of nurses in emergency care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 55-60.
- Groningen, B. van, & Boer, C. de. (2012). *Beschrijvende statistiek*. Amsterdam: Boom lemma uitgevers.
- Grundmeijer, D., Rutten, P., & Damoiseaux, P. (2014). *Het geneeskundig proces; klinisch redeneren van klacht naar therapie*. Amsterdam: Reed Business.
- Hesselink, J. (2011). *Zo maak je een verpleegplan*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Hesselink, J. (2015). *Klinisch redeneren*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V. .
- Jacobs, L. (2009). Interview with Lawrence Weed - The father of the Problem - Oriented Medical Records looks ahead. *The Permanente Journal*, 84-89.
- Jong, A. de., Vandenbroele, H., Moortel, J. de., Schnepf, W., Visser, M., & Glorieux, M. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Amsterdam: Reed Business.



- Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van. (2015, Januari). *Bachelor Nursing 2020 - Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Opgehaald van ACTIZ: <https://www.actiz.nl/stream/bachelor-nursing-2020-4-0.pdf>
- Montfroy, E. (2017, Maart). Protocol Zes Stappen Methodiek Marc Bakker. (A. Feenstra, & J. IJnsen, Interviewers)
- Papathanasiou, I., Kleisariis, C., Fradelos, E., Kakou, K., & Kuorkouta, L. (2014). Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. *Professional paper*, 283-286.
- Ridder, K. de., Tuitert, Y., Tuijn, Y. de., & Bon, A. v. (2010). *Patientveiligheid voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Reed Business.
- Schuurmans, M., Lambregts, J., & Grotendorst, A. (2012, Maart 8). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van V&VN: http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Swaen, B. (2014, januari 3). *Wat is SPSS en voorbeelden waarom je SPSS gebruikt?* Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/statistiek/wat-spss-en-waarom-gebruik-je-spss/>
- Swaen, B. (2016, Februari 8). *Kwalitatief vs. kwantitatief onderzoek*. Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwalitatief-vs-quantitatief-onderzoek/>
- Thieme Meulenhoff. (2016). *Observatieschema*. Opgehaald van Traject welzijn: http://content.cs.trajectwelzijn.nl/Vaardigheidstrainingen/observeren_vorbereiden_observatieschema.htm
- UMCG. (2017). *De verpleegafdeling*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van UMCG: https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Kinderen/Opname/Op_de_verpleegafdeling/Paginas/default.aspx
- UMCG. (2017). *Het UMCG*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van UMCG: <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/Paginas/default.aspx>
- UMCG. (2017). *Kindergeneeskunde*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van UMCG: www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/dunnedarmtransplantatie_umcg/patienten/betrokken_afdelingen/kindergeneeskunde/Paginas/default.aspx
- V&VN. (2014). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Opgeroepen op Maart 6, 2017, van V&VN: https://www.nursing.nl/pagefiles/13935/001_1420709885774.pdf
- Verhoeven, N. (2008). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom Lemma.
- Wenchebach Instituut. (2017, Maart). Vervolgopleiding Kinderverpleegkunde Studiegids 2016-2017. Groningen, Groningen, Nederland.
- Wenchebach Instituut. (n.d.). *Klinisch redeneren binnen jouw organisatie of afdeling. Ontwikkeling en opleiding van zorgprofessionals*. Groningen, Groningen, Nederland: UMCG.



Bijlage 1. Introductie verpleegafdeling

Beste kinderverpleegkundigen op afdeling M4,

Wij zijn Jantien IJnsen en Ankje Feenstra. Beide zijn we 22 jaar oud en volgen de HBO-V opleiding aan de Hanzehogeschool te Groningen. Inmiddels zitten we alweer in het vierde leerjaar en wordt er in dit semester van ons verwacht dat we een praktijkonderzoek gaan uitvoeren. Dit gaan we bij jullie op de afdeling uitvoeren! We zijn erg gemotiveerd om met het onderzoek bezig te gaan! Esther Montfroy begeleidt ons tijdens het onderzoek.



Vanaf februari 2017 zijn wij gestart met het praktijkonderzoek. Waar dit praktijkonderzoek precies over zal gaan, blijft nog even geheim. Dit om geen vertekend beeld van jullie werken/handelen te verkrijgen. Rond juli 2017 zal het onderzoek afgerond zijn en zal er een presentatie aan jullie worden gegeven om verslag te doen over het onderzoek.

Voor ons onderzoek zullen wij ongeveer 7 dagen aanwezig zijn op de afdeling.

Graag zouden we aan jullie willen vragen om medewerking te verlenen aan het onderzoek. Het enige wat we van jullie zouden willen vragen is om ongeveer 15 minuten vrij te maken tijdens je dienst voor het interview. Het zou ons erg helpen om het onderzoek tot een succes te brengen.

Alvast bedankt voor jullie tijd en aandacht en we zien jullie binnenkort!

Groetjes Jantien IJnsen en Ankje Feenstra



Bijlage 2. Meetinstrument observatieonderzoek

Observatieonderzoek – klinisch redeneren volgens zes stappen methodiek Marc Bakker

<u>Gegevens</u> Geslacht: man / vrouw Moment: overdacht / artsensite / Team Huddle Functie: ervaren kinderverpleegkundige / pas afgestudeerde kinderverpleegkundige Scholing gevolgd: ja / nee Kinderaantekening nieuwe format: ja / nee

De Zes Stappen Methodiek	Aanwezig	Afwezig	Toelichting
1. Oriëntatie op de situatie - Klinisch beeld weergeven			
- Relevante gegevens en achtergrondinformatie verzamelen			
- Mogelijke oorzaken en urgentie beredeneren			
- Aanbevelingen			

2. Klinische probleemstellingen - Betrokken orgaansystemen en prioriteit			
- Problemen met klinische aandachtspunten			



- Psychosociale problematiek			

3. Aanvullend klinisch onderzoek - Welk aanvullend onderzoek is van belang?			
- Verwachte uitkomsten + wanneer uitkomsten urgent / ernstig			

4. Klinisch beleid - Welke behandeling is nodig?			
- In hoofdlijnen volgorde van handelen			

5. Klinisch verloop - Verloop korte- en lange termijn			
- Prognose, complicaties en risico's behandeling			



--	--	--	--

6. Nabeschuwing - Patiëntveiligheid optimaal?			
- Kwaliteit beroepsuitoefening optimaal?			
- Sprake van ethisch dilemma?			
- Wat heeft de kinderverpleegkundige ervan geleerd?			

Redeneerhulpen

Zes Stappen Methodiek	Aanwezig	Afwezig	Toelichting
Stap 1. Oriëntatie op de situatie - SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)			
- Urgentietriage			
- PEWS (Pediatric Early Warning System)			
Stap 2. Klinische probleemstellingen - Organogram (betrokken orgaansystemen)			
Stap 3. Aanvullend klinisch onderzoek - Checklist aanvullend onderzoek			
Stap 4. Klinisch beleid - Organogram (betrokken			



orgaansystemen)			
Stap 5. Klinisch verloop			
- Organogram			
- ICF-classificatie (International Classification of Functioning, Disability and Health)			
Stap 6. Nabeschuwing			
- Ethisch model			
- Model kwaliteit van beroepsuitoefening			
- Kaart patiëntveiligheid			

Bijlage 3. Meetinstrument topiclijst

Introductie

- Voorstellen (voornaam, opleiding, studiejaar);
- Onderzoek (verschil klinisch redeneren);
- Tijdsduur van het interview;
- Anonimiteit (audio opnames, geen namen in het onderzoeksverslag);
- Opbouw van het interview (persoonlijke informatie, het klinisch redeneren (scholing), meningen/ervaringen en het observatieonderzoek).

Informatie over de geïnterviewde

- Geslacht
- Functie (pas afgestudeerde kinderverpleegkundige/ervaren kinderverpleegkundige)
- Scholing 'klinisch redeneren' gevolgd
- Kinderaantekening behaald volgens oude of nieuwe curriculum
- Aantal dienstjaren
- Organisatie kinderaantekening behaald

Probleemstelling:

'Hoe wordt de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker toegepast door ervaren kinderverpleegkundigen in vergelijking met pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen en is hierin een waarneembaar verschil op afdeling M4 in het Beatrix Kinderziekenhuis te Groningen?'

Kern van het interview

- Hoe worden de overlegmomenten (artsenvisite, Team Huddle en overdracht) door de kinderverpleegkundigen ervaren?
- Heeft de kinderverpleegkundige het gevoel alles te hebben benoemd/besproken wat hij/zij wilde bespreken tijdens de overlegmomenten?
- Wat is opgevallen tijdens het observatieonderzoek met betrekking tot de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker door de onderzoekers? Dit bespreekbaar maken en vragen stellen.
- Is de kinderverpleegkundige bekend met de Zes Stappen Methodiek?
- Hoe hebben de ervaren kinderverpleegkundigen de scholing met betrekking tot klinisch redeneren ervaren?
- Ervaren de kinderverpleegkundigen verschil in het klinisch redeneren tussen ervaren en pas afgestudeerde kinderverpleegkundigen?
- Bent u van mening dat u als kinderverpleegkundige over voldoende kennis beschikt om te kunnen klinisch redeneren?
- Voelt u zich als kinderverpleegkundige bekwaam in het gebruik van de Zes Stappen Methodiek van Marc Bakker?
- Zou u behoefte hebben aan bijvoorbeeld meerdere scholingen/klinische lessen?

Afronding

- Samenvatten;
- Respondent heeft de gelegenheid voor aanvullingen, opmerkingen of vragen;
- Aangeven bij de respondent dat er niet over het onderzoek gesproken mag worden met collega's wanneer het onderzoek nog loopt.
- Bedanken voor deelname aan het interview.



Presentatie klinisch redeneren onder kinderverpleegkundigen



Beste kinderverpleegkundigen of nog in opleiding,

Wij, Jantien en Ankje (2 HBO-V studenten), hebben een praktijkonderzoek uitgevoerd op afdeling M4. Nu willen we de resultaten van het onderzoek graag aan jullie presenteren! Wij hopen dat jullie hier iets mee kunnen en dit alles in het belang van de kwaliteit van zorg.

Datum presentatie: 20 juni 2017

Lokaal: S2.202 van het onderwijscentrum in het UMCG

Tijdstip: 15:00

Graag zouden we willen dat jullie je hieronder even opgeven zodat we een kleine inschatting kunnen maken van de totale aanwezigen. Graag tot dan!



	Naam		Naam
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

Met vriendelijke groet,

Jantien IJnsen en Ankje Feenstra



Bijlage 5. Antiplagiaatverklaring



Antiplagiaatverklaring

Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van aanhalingstekens en bronvermelding. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats: Groningen

Datum: 16-05-2017

Naam student 1: Ankje Feenstra

Handtekening student 1:

Naam student 2: Jantien IJnsen

Handtekening student 2:



Bijlage 6. Safe Assignment

HVV.0906.VTAFSU3 - U3 VOLTIJD/DEELTIJD

Afstudeeronderzoek

Jantien IJnsen J on Tue, Jun 13 2017, 9:19 AM



10% match

Submission ID: 148636883

Definitief onderzoeks... ⓘ

Word Count: 10,978

10%

Attachment ID: 169322608

