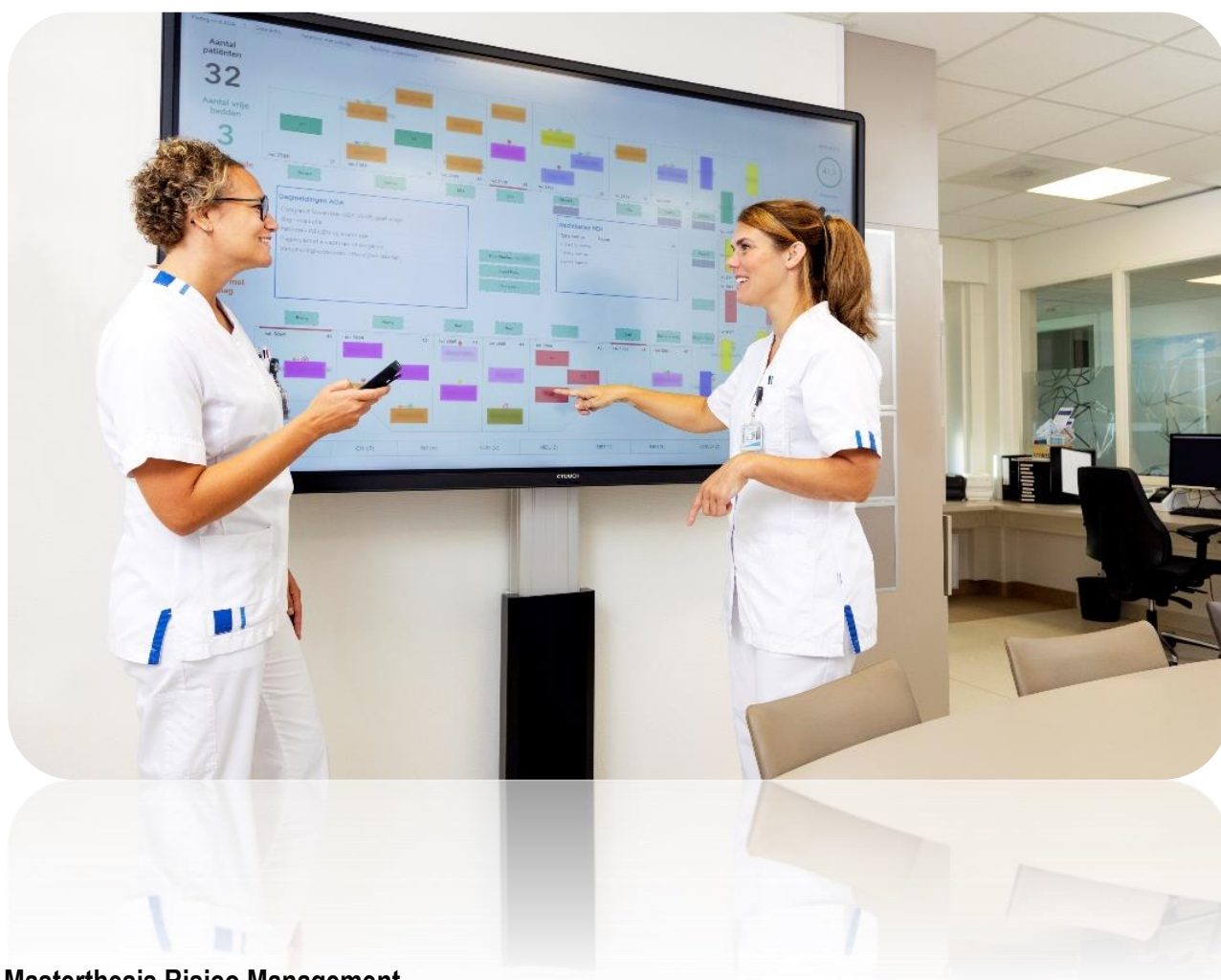


---

## HET ONTWIKKELEN VAN RISICOLEIDERSCHAP DOOR VERPLEEGKUNDIGEN

EEN ONTWERPGERICHT ONDERZOEK NAAR HET ORGANISEREN VAN  
RISICO-EIGENAARSCHAP OVER VERPLEEGKUNDIGE INDICATOREN



**Masterthesis Risico Management**  
Ina Braam-Veltrop  
Datum:08-02-2024

---

HET ONTWIKKELEN VAN RISICOLEIDERSCHAP DOOR  
VERPLEEGKUNDIGEN

EEN ONTWERPGERICHT ONDERZOEK NAAR HET ORGANISEREN VAN  
RISICO-EIGENAARSCHAP OVER VERPLEEGKUNDIGE INDICATOREN

**Masterthesis Risico Management**

C.W.B. (Ina) Braam-Veltrop  
Februari 2024

**Wetenschappelijke begeleidingscommissie Universiteit Twente**

1<sup>e</sup> Dr.ir. M.T. (Martin) van Staveren  
2<sup>e</sup> Prof.dr.ir. J.I.M. (Joop) Halman  
Universiteit Twente  
Drienerlolaan 5  
7522 NB Enschede  
Postadres  
Postbus 217  
7500 AE Enschede

**Opdrachtgever**

Treant  
Boermarkeweg 60  
7824 AA Emmen  
Postadres  
Postbus 30.000  
7900 RA Hoogeveen

## Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt de masterthesis “Het ontwikkelen van risicoleiderschap door verpleegkundigen”. Deze thesis is geschreven als afstudeerproject van de Master Risicomanagement aan de faculteit “Behavioural Management and Social Sciences” van de Universiteit van Twente. Deze thesis is geschreven in opdracht van Treant, een zorgorganisatie in de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen met zowel ziekenhuis- als ouderenzorg. Het was inspirerend om een ontwerp te realiseren voor en door verpleegkundigen dat effect heeft op het verminderen van regeldruk. Het enthousiasme van de verpleegkundigen om hier mee aan de slag te gaan, heeft mij enorm gemotiveerd gedurende het onderzoek.

Vanuit de universiteit heb ik begeleiding mogen ontvangen van dr. ir. M. T. (Martin) Van Staveren en Prof.dr.ir. J.I.M. (Joop) Halman. Ik wil de begeleiders bedanken voor de ondersteuning bij het uitvoeren van dit onderzoek. Daarnaast een speciale dank aan de verpleegkundigen die de tijd hebben genomen voor de gesprekken en interviews. Ten slotte wil ik in het bijzonder mijn echtgenoot Gerwin bedanken voor de steun gedurende de gehele opleiding en mijn dochter Esmée voor het kritisch meelesen en het geven van feedback.

Ina Braam

Emmen, 08-02-2024

## Inhoud

Voorwoord.....	3
Managementsamenvatting.....	7
Hoofdstuk 1. Inleiding.....	9
Hoofdstuk 2. Onderzoeksontwerp.....	13
2.1 Onderzoeksstrategie.....	13
2.2 Centrale onderzoeksvraag en deelvragen.....	14
2.3 Methode van dataverzameling.....	15
2.3.1 Literatuurstudie.....	15
2.3.2 Documentenanalyse.....	16
2.3.3 Bestaand onderzoek binnen de organisatie.....	16
2.3.4 Focusgroep.....	16
2.3.5 Semigestructureerde interviews.....	17
2.4 Methode van data-analyse.....	19
2.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	20
2.6 Ethische verantwoording.....	20
Hoofdstuk 3. Literatuuronderzoek en theoretisch raamwerk.....	21
3.1 Eigenaarschap voor kwaliteit van zorg.....	22
3.2 Risico - risicomanagement - risicoleiderschap.....	23
3.2.1 Risicomanagement.....	25
3.2.2 Risicoleiderschap.....	26
3.3 Risico-eigenaarschap.....	27
3.4 Regeldruk.....	29
3.4.1 Autonomie.....	30

3.4.2 Competentie .....	32
3.4.3 Verbondenheid .....	34
3.5 Theoretisch raamwerk .....	35
3.5.1 Beantwoording theoretische deelvragen 1a en 1b.....	36
3.6 Conceptueel model .....	37
Hoofdstuk 4. De praktijk .....	39
4.1 Inleiding .....	39
4.2 Documentenanalyse .....	39
4.2.1 Organisatie-context .....	39
4.2.2 Bestaand onderzoek Met Verve! .....	42
4.2.3 Subconclusie documentenanalyse .....	43
4.3 Risico-eigenaarschap bij verpleegkundigen.....	43
4.3.1 Autonomie .....	43
4.3.2 Competentie .....	45
4.3.3 Verbondenheid .....	46
4.3.4 Risico-eigenaarschap .....	47
4.3.5 Vaardigheden verpleegkundigen voor organiseren risico-eigenaarschap .....	48
4.3.6 Subconclusie gehouden interviews met verpleegkundigen .....	48
Hoofdstuk 5. Ontwerp en validatie .....	51
5.1 Ontwerpcriteria.....	51
5.2 Definitief ontwerp .....	56
5.3 Validatie .....	58
Hoofdstuk 6. Conclusie en aanbevelingen .....	59
6.1 Conclusie .....	59

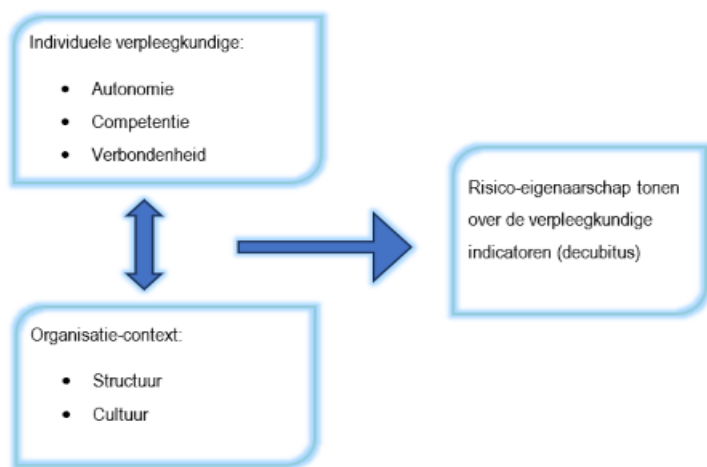
6.1.1 Beantwoording centrale onderzoeksvraag.....	59
6.1.2 Onderzoeksbependingen.....	60
6.1.3 Wetenschappelijke en praktische relevantie.....	61
6.2 Aanbevelingen .....	61
Bibliografie .....	63
Bijlage 1. Overzicht respondenten .....	69
Bijlage 2. Vragenlijsten interview.....	70
Bijlage 3. Overzicht coderen interview verpleegkundigen .....	72
Bijlage 4. Ontregelproject.....	86
Bijlage 5. Organogram Treant.....	88
Bijlage 6. Poster met vaardigheden .....	89
Bijlage 7. Vaardigheden; keuze en toelichting verpleegkundigen .....	90

## Managementsamenvatting

De gestandaardiseerde risicoscreening om verpleegkundigen te ondersteunen bij het identificeren van gezondheidsrisico's schiet zijn doel voorbij. De toegevoegde waarde van standaardisering wordt niet herkend door verpleegkundigen en zelfs als last ervaren, wat heeft geleid tot het inleveren van autonomie door de professional. Het professionele oordeelsvermogen en het eigenaarschap voor kwaliteit van zorg bij verpleegkundigen worden uitgehold door de toenemende regeldruk, waardoor de beoogde kwaliteit van zorg eveneens onder druk komt te staan.

De motivatie om te werken met zinloze regels wordt enorm verminderd, de professional wordt uitvoerder van de regel en voelt zich niet verantwoordelijk. Het doel van dit onderzoek is het ontwerpen van een inhoudelijk kader voor Treant ziekenhuizen over de manier waarop risico-eigenaarschap van verpleegkundige indicatoren ontwikkeld kan worden door en voor verpleegkundigen. De zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2000) kan het gedrag dat de professional laat zien verklaren, maar is tevens ook de sleutel voor het succes om gemotiveerd te worden voor het tonen van risico-eigenaarschap. De drie concepten van deze theorie: autonomie, competentie en verbondenheid, tonen in de literatuur vanuit verschillende hoeken de basisvoorwaarden voor risico-eigenaarschap als het gaat om de risicoscreening op decubitus. Deze concepten zijn vervolgens aan de hand van empirie onderzocht. Dit onderzoek maakt gebruik van een wetenschappelijke literatuurstudie, interne documentatie, het afnemen van interviews en focusgesprekken om antwoord te geven op de onderzoeksvraag: *'Hoe kunnen individuele verpleegkundigen van Treant risico-eigenaarschap organiseren om regeldruk te verminderen als het gaat om risicoscreening op decubitus?'*

Het tonen van risico-eigenaarschap hangt nauw samen met de context waarin gewerkt wordt. Dit wordt mede bepaald door de structuur en cultuur van de organisatie. Dit leidt tot het conceptueel model, zoals weergegeven in figuur 1. In dit onderzoek wordt gekeken naar de manier waarop individuele verpleegkundigen binnen de organisatie-context van organisatiestructuur en -cultuur in staat worden gesteld om risico-eigenaarschap te nemen over het al dan niet toepassen van een risicoscreening op decubitus.



Figuur 1: Conceptueel model voor het onderzoek

Om te zorgen dat verpleegkundigen autonomie ervaren voor de risicoscreening op decubitus, is het van belang dat verpleegkundigen mandaat verkrijgen op basis van vertrouwen. Om te kunnen leren en kennis te vergroten, dienen verpleegkundigen te beschikken over data omtrent uitkomsten van de door hen geleverde zorg. Op een **gestructureerde manier werken, samen leren en experimenteren op de werkvloer** zorgt ervoor dat het professioneel oordeelsvermogen verder wordt ontwikkeld. De klinische blik en het klinisch redeneren zorgen voor handvatten om te leren omgaan met onzekerheden. Om dit vorm te geven kan de risicodialoog<sup>1</sup> toegepast worden om risicogestuurd te werken, waarbij de verpleegkundige zelf risicoleiderschap toont. Het stapsgewijs toewerken naar autonomie, competentie en verbondenheid voor verpleegkundigen is uiteen gezet in een definitief ontwerp.

Het ontwerp in deze thesis stelt Treant in staat om eigenaarschap voor verpleegkundige indicatoren voor en door verpleegkundigen goed in te richten. Dit betekent implementatie van een viertal onderbouwde voorstellen tot interventies op drie niveaus binnen Treant; op strategisch, tactisch, en op operationeel niveau. Deze acties leveren een bijdrage aan autonomie, competentie en verbondenheid. De acties, die elkaar versterken, zullen op basis van dit onderzoek naar verwachting leiden tot een betere kwaliteit van zorg, minder regeldruk en meer werkplezier.

<sup>1</sup> Risicodialoog is een gesprek over expliciet, realistisch en gestructureerd omgaan met onzekerheden, risico's en kansen, waarbij alle deelnemers aan het gesprek vrijmoedig spreken en openhartig luisteren. (Van Staveren, 2023)



## Hoofdstuk 1. Inleiding

In het onderzoek van Wolswijk (2018) is de toepassing van een gestandaardiseerde risicoscreening door verpleegkundigen onderzocht<sup>2</sup>. Zij concludeert dat in de complexe en onvoorspelbare omgeving waarin de verpleegkundige zich begeeft, de risicoscreening lang niet altijd op de manier wordt toegepast zoals de standaard voorschrijft. Dit komt doordat de uitvoering wordt aangepast aan de omgeving. Verpleegkundigen vermelden dat toepassing van een gestandaardiseerde risicoscreening soms niet nodig is op de manier zoals de standaard dit voorschrijft. Als twee belangrijke redenen om hiervan af te wijken worden genoemd dat het geen verschil maakt voor de geleverde zorg of dat dit niet in het belang is van de patiënt. In de voorbeelden van Poortmans in de Groene Amsterdammer (2016) spreekt men van nutteloze vragenlijsten, zoals het verplicht inschatten van het risico op het ontstaan van decubitus bij alle patiënten, terwijl dit al jaren niet meer bij deze specifieke patiëntengroep gezien is. Ook in het onderzoek van Buysse et al. (2019), dat inzichtelijk maakt welke registraties plaatsvinden tijdens het verblijf van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis, blijkt dat veel registraties als last worden ervaren. Eén van de redenen die aangegeven wordt, is dat het nut van deze registraties bij de zorgprofessional onbekend is of niet wordt gezien. In 2022 worden nog altijd trouw talloze gestandaardiseerde risicoscreeningen uitgevoerd door de verpleegkundigen in de ziekenhuizen waar ik werkzaam ben. Hierbij wordt steeds vaker de vraag gesteld of dit bij alle patiënten wel noodzakelijk is en of dit wel garant staat voor een hogere kwaliteit van zorg. Het roept, zoals weergegeven in het artikel van Poortmans, de vraag op of dit de kwaliteit van zorg juist in de weg staat.

Een gestandaardiseerde risicoscreening die zijn doel voorbij schiet, wordt als regeldruk ervaren. Meurs (2014) beschrijft dit als: “Administratie die in de ogen van zorgprofessionals overmatig veel

---

<sup>2</sup> Gestandaardiseerde risicoscreening wordt in ziekenhuizen gebruikt om verpleegkundigen te ondersteunen bij het identificeren van gezondheidsrisico's. Risico's op het gebied van doorligplekken, fysieke beperkingen, ondervoeding, verwardheid, pijn en vallen worden onder andere gescreend. Een standaard beschrijft bijvoorbeeld dat een verpleegkundige bij elke patiëntopname screeninginstrument X moet toepassen om het risico op doorligplekken te screenen, hoe zij dit moet doen en waar in het elektronisch patiëntendossier de bijbehorende vragen moeten worden geregistreerd (Wolswijk, 2018).

tijd kost of waarvan zij de toegevoegde waarde voor het primaire proces niet zien. Het is niet duidelijk voor de zorgprofessional wat de toegevoegde waarde is.”

In 2016 is in een open gesprek tussen artsen, verpleegkundigen, patiënten en managers van het UMCG en Radboudumc, de problematiek naar voren gekomen omtrent het registreren van kwaliteitsinformatie. Vanuit dit perspectief is het experiment ZIRE gestart met als doel eigenaarschap voor kwaliteit van zorg terug te geven aan de zorgprofessional (Zegers et al., 2021). Zorgprofessionals willen vanuit een intrinsieke motivatie met kwaliteit van zorg bezig zijn en hierover verantwoording afleggen, samen met de patiënt. Voortbouwend op dergelijke initiatieven zoals het experiment ZIRE heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met het veld in 2018 het programma [Ont]Regel de Zorg gestart. Het doel hiervan is om voor zorgprofessionals en patiënten de ervaren regeldruk merkbaar te verminderen. In het eindrapport van KPMG; ‘Eindrapport Merkbaarheidsscan [Ont]Regel de Zorg 2020’, komt naar voren dat er een lichte daling in regeldruk werd ervaren. Tegelijkertijd laten de enquête- en interviewresultaten zien dat ontregelen een taai vraagstuk is dat blijvend aandacht vraagt. Zo is in de ziekenhuizen geconstateerd dat de ervaren regeldruk niet alleen voortkomt uit verantwoording of wet- en regelgeving, maar ook uit interne regels van de eigen organisatie. Uit onderzoek van Q-Consult-Zorg (2019) blijkt dat in sommige gevallen maar liefst 70% van de ervaren registratielast een lokale oorzaak kent. Dit gegeven is één van de vier actiepunten die het ministerie van VWS in het vervolgprogramma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025 heeft opgenomen met als titel ‘De lokale aanpak’. VWS biedt de instelling, waaronder Treant, instrumenten en hulpmiddelen aan om zelf aan de slag te gaan met ontregelen.

Terug naar de verpleegkundige die plichtsgetrouw de kwaliteitsscores invult, maar waarbij het doel erachter verloren is gegaan. Kraaijeveld (2018) benoemt dit het heersende bureaucratisme waar verpleegkundigen mee te maken hebben, dat we zelf gemaakt hebben en waar we zelf een einde aan kunnen maken. Twee oorzaken die hij benoemt welke direct betrekking hebben op de professional, zijn het toezichts- en het cultuurprobleem. Het toezichtsprobleem heeft te maken met de angst dat de zorgverleners niet meer durven vertrouwen op hun eigen professionele oordeelsvermogen. Ze gaan registreren voor een ander, de waarde wordt er niet van ingezien, maar het moet voor de toezichthouders. De andere oorzaak die hij benoemt is het cultuurprobleem,

daarmee geeft hij aan dat in de Nederlandse gezondheidszorg professionals nog opvallend, gezagsgetrouw, behoudend, angstig en risicomijdend zijn. Ze nemen onvoldoende verantwoordelijkheid en berusten in hun lot. De bureaucratisering heeft geleid tot het inleveren van autonomie door de professional. Dit terwijl autonomie de sleutel kan zijn om invloed te hebben op het reguleren van regeldruk, door bijvoorbeeld eigen werk anders te organiseren en daarmee de ervaren regeldruk te reguleren (Hupe, 2009).

Samenvattend is het probleem dat verpleegkundigen in de complexe onvoorspelbare omgeving waarin ze zich begeven, regeldruk ervaren bij onder andere gestandaardiseerde risicoscreening. Zij hebben te maken met heersende bureaucratie met veelal lokale oorzaken wat heeft geleid tot het inleveren van autonomie door de professional. Verpleegkundigen worden steeds meer uitvoerders van regels, het vakmanschap wordt uitgehold en de motivatie wordt enorm verkleind. Dit leidt tot de volgende probleemstelling.

**Probleemstelling:**

---

Het professionele oordeelsvermogen en het eigenaarschap voor kwaliteit van zorg bij verpleegkundigen worden uitgehold door de toenemende regeldruk, waardoor de beoogde kwaliteit van zorg eveneens onder druk komt te staan.

---

**Doelstelling:**

Het doel van het onderzoek is dat de onderzoeker een bijdrage wil leveren aan het vergroten van autonomie bij verpleegkundigen, wat zal leiden tot kwaliteit van zorg en meer werkplezier.

Het doel in het onderzoek is het ontwerpen van een inhoudelijk kader voor Treant ziekenhuizen over hoe risico-eigenaarschap van verpleegkundige indicatoren ontwikkeld kan worden door en voor verpleegkundigen.

## **Leeswijzer**

De opzet van de thesis is als volgt: In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2), worden de onderzoeksvraag en deelvragen beschreven met de methode die wordt gehanteerd om deze te beantwoorden. Hoofdstuk 3 omschrijft het literatuuronderzoek met in hoofdstuk 4 het bijbehorend theoretisch raamwerk. In hoofdstuk 5 wordt het praktijkonderzoek inclusief resultaten beschreven, dat samen met het literatuuronderzoek zal leiden tot het ontwerp in hoofdstuk 6. Met behulp van de beantwoording van de deelvragen wordt in hoofdstuk 7 de centrale onderzoeksvraag beantwoord met conclusies en aanbevelingen. Een bronnenlijst en een reeks bijlagen ronden deze thesis af.

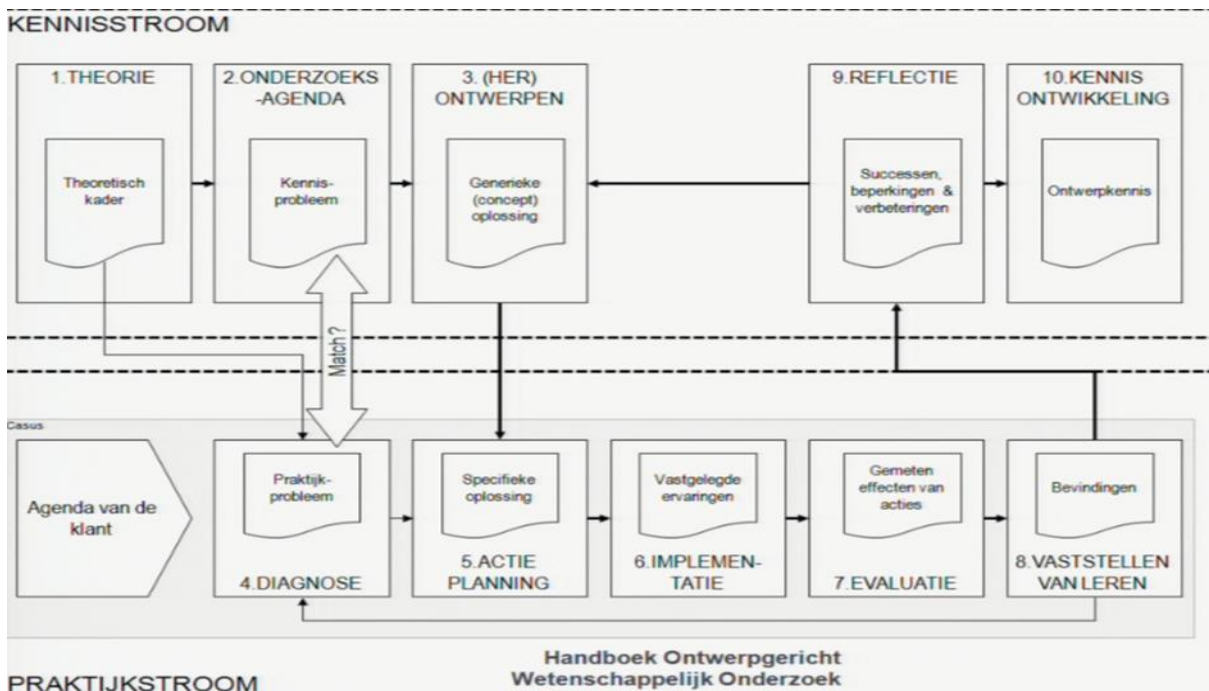
## Hoofdstuk 2. Onderzoeksontwerp

In dit hoofdstuk wordt toegelicht welke onderzoeksstrategie, methode en analyse gekozen zijn, en op welke wijze deze is toegepast voor een betrouwbaar en valide onderzoek. Tevens worden de onderzoeksvraag, deelvragen en het ontwerpdoel verder toegelicht.

### 2.1 Onderzoeksstrategie

De aanpak van het onderzoek geeft een geheel van beslissingen over de manier waarop de onderzoeker het onderzoek gaat uitvoeren (Verschuren & Doorewaard, 2021). Het onderzoek richt zich op een probleem in de praktijk waar verpleegkundigen last van hebben en waarvan het de moeite waard is om dit op te lossen. Door literatuur- en vooronderzoek is kennis ontwikkeld die wordt toegepast in de praktijk. Ontwerpgericht onderzoek is een vorm van praktijkgericht onderzoek dat zich hier goed voor leent. Naast het beschrijven en verklaren van het probleem in de praktijk, wil de onderzoeker zich ook richten op het ontwikkelen van generieke oplossingen voor het probleem. Het ontwerpgericht onderzoek kun je verdelen in twee stromingen: kennis- en praktijkstroom. Kennisstroom is voor het onderzoeken en de praktijkstroom voor het handelen, zie figuur 2. Van Aken & Andriessen (2011) geven aan dat de combinatie hiervan ontwerpgericht onderzoek wetenschappelijk maakt.

De kennisstroom is vooral gericht op het verminderen van regeldruk in relatie tot autonomie en risico-eigenaarschap over verpleegkundige indicatoren. Het doel hiervan is om inzichtelijk te krijgen welke factoren risico-eigenaarschap mogelijk maken bij individuele verpleegkundigen. Vanuit de werkbare opties in de praktijkstroom, documentenanalyse en literatuuronderzoek zal de onderzoeker zowel kennis ontwikkelen als interventies voor de praktijk kunnen ontwerpen. Het handelen vanuit de praktijkstroom richt zich op het vergroten van de autonomie van verpleegkundigen bij het uitvoeren van de risicoscreening op decubitus. Hierbij wordt onderzocht hoe verpleegkundigen risico-eigenaarschap kunnen ontwikkelen en inzetten bij meer handelingsvrijheid. Tevens wordt gekeken naar welke vaardigheden het tonen van risico-eigenaarschap kunnen ondersteunen.



Figuur 2: Kennisstroom en praktijkstroom (Van Aken & Andriessen, 2011)

## 2.2 Centrale onderzoeksvraag en deelvragen

Dit onderzoek kijkt doelgericht (het tonen van risico-eigenaarschap bij verpleegkundigen) en context-specifiek (ziekenhuis) naar het vraagstuk van autonomie bij verpleegkundigen. Met 'het ziekenhuis' worden de algemene verpleegafdelingen bedoeld. Het onderzoek is vormgegeven als een enkelvoudige, gevalsstudie in een ontwerpgerichte onderzoeksopzet, waarbij gebruik gemaakt wordt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. De keuze voor ontwerpgericht onderzoek betekent dat er in dit onderzoek naast een onderzoeksvraag, ook een ontwerpdoel is.

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek is hieronder geformuleerd.

---

*Hoe kunnen individuele verpleegkundigen van Treant risico-eigenaarschap organiseren om regeldruk te verminderen als het gaat om risicoscreening op decubitus?*

---

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen hebben betrekking op het vergroten van autonomie in relatie tot regeldruk en relevante vaardigheden voor het uitvoeren van risicoscreening op decubitus.

- 1a. Wat is er in de literatuur bekend over risico-eigenaarschap, regeldruk en autonomie met de bijbehorende vaardigheden?
- 1b. Welke criteria kunnen ontleend worden aan theorieën over vaardigheden voor het vergroten van autonomie bij verpleegkundigen, omtrent de risicoscreening van verpleegkundige indicatoren?
2. Wat zijn in de praktijk de belangrijkste redenen die ervoor zorgen dat individuele verpleegkundigen bij Treant nog onvoldoende risico-eigenaarschap tonen betreffende de risicoscreening op decubitus?
3. Welke vaardigheden voor risicoleiderschap kunnen verpleegkundigen ondersteunen bij het tonen van risico-eigenaarschap?
4. Hoe zou, gegeven de uitgevoerde problemdiagnose en de inzichten uit de wetenschappelijke literatuur, het risico-eigenaarschap betreffende de risicoscreening op decubitus succesvol kunnen worden gemandateerd aan en geëffectueerd kunnen worden door de individuele verpleegkundigen bij Treant?

### 2.3 Methode van dataverzameling

Om antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag en deelvragen is gebruik gemaakt van een literatuurstudie, documentenanalyse, bestaand onderzoek, een focusgroep en semigestructureerde interviews. Verschillende methoden zijn in gezet (methodetriangulatie) om verschillende soorten gegevens te verkrijgen (Baarda et al., 2021).

#### 2.3.1 Literatuurstudie

Het systematisch doorzoeken van de literatuur vergroot de kans dat veel van de relevante literatuur wordt gevonden, verkleint de kans op een bevooroordeelde review en zorgt voor reproduceerbaarheid van een literatuuronderzoek (Van Aken & Berends, 2018). Als basis voor dit onderzoek is informatie gebruikt van lesstof en boeken van de Universiteit Twente en de eigen

organisatie. De databases Scopus en Google Scholar zijn gebruikt voor het vinden van literatuur. Gezocht is op de zoektermen: autonomie, risicoscreening, verpleegkundigen, regeldruk en (risico)eigenaarschap. Deze zijn in willekeurige volgorde en ook gecombineerd gebruikt in het Engels en het Nederlands. Daarnaast is de 'sneeuwbalmethode' toegepast, waarbij de literatuurverwijzingen in boeken en artikelen zijn gebruikt als aanknopingspunten om verder te zoeken. Tot slot is op meerdere manieren geprobeerd om actuele bronnen en discussies in beeld te laten komen, bijvoorbeeld via LinkedIn-groepen en netwerkorganisaties.

### 2.3.2 Documentenanalyse

In veel probleemoplossende projecten is het nuttig om bestaande documenten als bron van informatie te gebruiken. Documentatie van de organisatie is vaak een meer betrouwbare bron van informatie dan de mening van een organisatielid. Een belangrijk nadeel van documentatie is dat je er geen aanvullende vragen over kunt stellen, je moet het doen met wat je gevonden hebt (Van Aken & Berends, 2018).

### 2.3.3 Bestaand onderzoek binnen de organisatie

Bestaand onderzoek binnen de organisatie over dit onderwerp kan gebruikt worden om kennis in het veldonderzoek uit te breiden en om een bijdrage te leveren aan datatriangulatie.

### 2.3.4 Focusgroep

Een interview van een groep mensen wordt vaak een 'focusgroep' genoemd. Een voordeel van focusgroepen is dat ze meer inzicht geven in verschillen en overeenkomsten tussen de meningen van groepsleden. Waarschijnlijk kom je te weten welke meningen echt intersubjectief worden gedeeld. Bovendien worden geïnterviewden gestimuleerd door de mening van anderen om zichzelf te verduidelijken en verdere uitleg te geven. Aangezien het voor de verpleegkundigen een vakinhoudelijk onderwerp is, was een gezamenlijke start een goede vorm om data te verkrijgen. Hierbij werden verschillende argumenten gegeven en uiteindelijk samen een oordeel gevormd. Een nadeel van focusgroepen is dat mensen geremd en minder open kunnen zijn dan in een persoonlijk gesprek (Van Aken & Berends, 2018).



### 2.3.5 Semigestructureerde interviews

Het semigestructureerde interview zorgt voor focus op het onderwerp, maar er is genoeg ruimte om door te vragen. Het profiel van de respondenten zijn verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen verschillende verpleegafdelingen. De doelgroep verpleegkundigen is waar informatie over verzameld wordt, waarbij voor deze groep dezelfde afspraken gelden omtrent de risicoscreening voor decubitus. Echter kan de context waarin ze werkzaam zijn verschillen. Vanuit dat perspectief is ervoor gekozen om van verschillende verpleegafdelingen één verpleegkundige te interviewen, en één verpleegkundige die werkzaam is bij het Intern Uitzendbureau en op meerdere afdelingen ingezet kan worden binnen Treant. Het doel hiervan is om meer inzicht te krijgen waarom de verpleegkundigen nog over onvoldoende risico-eigenaarschap beschikken omtrent de risicoscreening voor decubitus.

Er zijn tien verpleegkundigen geïnterviewd. De selectie van deze respondenten was gericht op het bereiken van alle verpleegafdelingen binnen de Treant ziekenhuizen, met uitzondering van de Intensive Care (IC) en de Coronary Care Unit (CCU). Op de IC en CCU gelden namelijk andere afspraken voor het inschatten van het ontstaan van decubitus. Voor een overzicht van de verpleegkundigen en individuele kenmerken zoals leeftijd, opleiding, huidige functie en aantal jaren ervaring, zie bijlage 1. De operationalisatie van het theoretisch kader en het conceptuele model zijn in onderstaande tabel 1 weergegeven. Het is een schematische, vereenvoudigde weergave van de concepten autonomie, vertrouwen/competentie, verbinding en risico-eigenaarschap. Op basis hiervan is vooraf een geformuleerde vragenreeks opgesteld. De gehanteerde vragenlijsten zijn terug te vinden in bijlage 2.

Tabel 1 Interview vragen: Operationalisatie

Theoretisch kader	Operationalisatie	Vragen
<b>Autonomie</b>		
Definitie autonomie (Van den Broeck et al., 2009) (Hupe, 2009) (Pursio, 2021) (Skar, 2010)	Kennis over autonomie.	Wat versta je onder meer autonomie bij de risicoscreening op decubitus?
Randvoorwaarden autonomie vanuit organisatie (Daft, 2016) (Edmondson, 2016), (Hart, 2014) (Storr, 2003) (Perrow, 1999) (Pursio, 2021)	Invloed van structuur en cultuur organisatie.	Verwacht je dat de organisatie van Treant open staat voor meer autonomie omtrent deze risicoscreening?
Effecten van meer autonomie (Deci & Ryan, 2000) (KPMG, 2020) (Berwick, 2017) (Milette & Gagne, 2008) (Weick, 1995)	Opvatting van meer autonomie.	Wat zal het voor effect hebben op verpleegkundigen als zij hierin meer vrijheid krijgen?
Vertrouwen vanuit de organisatie (Storr, 2003) (Pfaff & Braithwaite, 2020) Prusak & Cohen (2001)	Vertrouwenscontract: wederzijds vertrouwen management en professional.	Hoe zie jij het vertrouwen van de organisatie in verpleegkundigen als het gaat om risicoscreening voor decubitus?
<b>Competentie</b>		
Competentie en lerende organisatie (Rupert, 2013) (Pfaff & Braithwaite, 2020) (Weick en Sutcliffe, 2007)	Aanwezigheid van kennis en vaardigheden.	Hebben alle verpleegkundigen volgens jou de competentie om op basis van vakmanschap te bepalen of iemand een verhoogd risico heeft op decubitus? Hoe is het vertrouwen in elkaar om dit op een juiste manier uit te voeren zonder een standaardlijstje die je gaat invullen?
<b>Verbinding (creëer een open cultuur waarin het gesprek wordt gestimuleerd)</b>		
Psychologische veiligheid (Edmondson, 2016) (Nijhuis, 2023)	Open gesprek.	Is er ruimte om bij afwijkingen je mening hierover te geven en je keuzes toe te lichten? Kun je hier een voorbeeld van geven?
Lerende organisatie (Edmondson, 2016) (Deci & Ryan, 2000) (Weick, 1995)	Leren van elkaar.	Hoe kun je ervaring en kennis over dit onderwerp delen?
<b>Eigenaarschap</b>		
De rol van eigenaarschap (Van Staveren, 2019) (Bal et al., 2018) (Milette & Gagne, 2008)	Opvattingen over de invloed van gestandaardiseerde risicoscreening op eigenaarschap.	Op welke manier voel jij je als verpleegkundige betrokken bij de uitkomsten van decubitus op de afdeling?
Gewenste eigenaarschap (Deci & Ryan 2000) (Pfaff & Braithwaite, 2020)	Gewenste bijdrage om te leren en te verbeteren van zorg.	Wat heb je nodig om je verantwoordelijk te voelen voor risicoscreening op decubitus?

## 2.4 Methode van data-analyse

In een kwalitatief onderzoek worden tekstuele of audiovisuele materialen geanalyseerd en op elkaar betrokken, dit betekent met elkaar vergelijken en confronteren. Vervolgens wordt dit verwerkt tot conclusies (Verschuren & Doorewaard, 2021). Inhoudsanalyse is toegepast voor het genereren van gegevens uit documenten van de organisatie en het bestaand onderzoek die is uitgevoerd. Een operationalisering van de centrale begrippen vanuit het conceptueel model heeft geleid tot het bestuderen van deze gegevens.

De afgenomen interviews zijn opgenomen via de mobiele telefoon of laptop. Om een goede analyse te maken is van elk interview een transcript gemaakt. Het conceptueel model is de basis voor de beoordeling van de teksten. Door middel van codes is de inhoud van het materiaal getypeerd en kan een verband gelegd worden tussen het empirisch materiaal en het conceptuele kader. De functie van de code is een hulpmiddel om het onderzoeksmateriaal te typeren en toegankelijk te maken. Tevens is het een middel om de hoeveelheid onderzoeksmateriaal te reduceren (Baarda et al. 2021). Bijlage 3 toont het resultaat van de uiteenrafeling van de verzamelde gegevens, het coderen en structureren.

De drie sessies met de focusgroep werden schriftelijk geregistreerd en samengevat. De antwoorden zijn niet nader gecodeerd. De samenvattingen en presentaties van deze sessies zijn gearchiveerd in een beveiligde omgeving van de onderzoeker. Voorafgaand aan de interviews gaven de sessies met de focusgroep inzicht over een gezamenlijke visie van verpleegkundigen. Het onderwerp wat centraal stond was: 'ontregel de zorg en oordeel over risicoscreening op decubitus'. Het kan gezien worden als een waarden- en feitendiscussie van professionals. Dit levert een bijdrage aan de analyse over wat het probleem is (de feiten) en welke doelen er zijn (waarden). Hoe nauwkeurig dat is gedaan, des te preciezer kan bij de evaluatie worden bepaald of de oplossing succesvol is geweest (Christis, 2020). Tevens heeft het geleid tot gesprekken over dit onderwerp op de werkvloer. Op deze manier hebben ze in de laatste sessie een eigen visie gegeven over het onderwerp vanuit de verpleegkundigen van hun afdeling. Hierdoor is een groter bereik van de doelgroep ontstaan.

## 2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De kwaliteitscriteria betrouwbaarheid en validiteit worden gebruikt om de kwaliteit van de onderzoeksresultaten en de uiteindelijke conclusies te bepalen (Baarda et al., 2021). Door een bewuste keuze te maken in de methode van dataverzameling en door dit proces goed te documenteren, is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Op deze manier hangen gegevens zo min mogelijk af van toevallige factoren. Echter is standaardisatie lastig toe te passen, omdat aan de respondenten veelal werd gevraagd naar beleving, mening en ervaring. De interviewvragen zijn vooraf vastgesteld en aan iedere respondent in dezelfde volgorde voorgelegd en opgenomen. De analyse, gebaseerd op de interviews, werd aan de geïnterviewden toegestuurd voor een zogenaamde member checking. Dit zal de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komen.

Er is sprake van een heldere afbakening en een representatieve onderzoekspopulatie. Door gebruik te maken van triangulatie, in de vorm van verschillende manieren van dataverzameling en het gebruik van verschillende databronnen, is de validiteit bevorderd. Ten slotte dient opgemerkt te worden dat de persoonlijke ervaring van de onderzoeker is gebruikt om informatie te kunnen herkennen om in de juiste context te plaatsen.

## 2.6 Ethische verantwoording

Het onderzoek is conform de ethische code van de Universiteit Twente uitgevoerd (University of Twente, 2022). De beoogde geïnterviewden zijn door de onderzoeker benaderd, waarbij het doel en de relevantie van het onderzoek toegelicht zijn. Daarna is dit per mail nogmaals toegelicht. Deelname was vrijwillig en de deelnemers hebben een 'informed consent' ondertekend, waarin zij verklaarden de studie te begrijpen en toestemming te geven voor de gevraagde toepassing van gegevens. De interviews zijn voor transcriptie doeleinden opgenomen. De opnames zijn gewist en alleen de geanonimiseerde transcripties zijn bewaard.

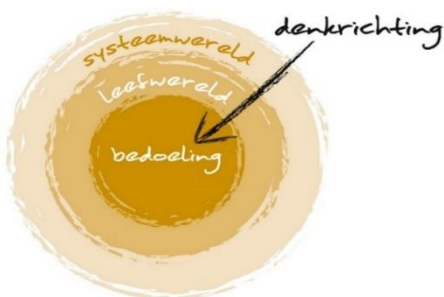
### Hoofdstuk 3. Literatuuronderzoek en theoretisch raamwerk

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvraag 1a en 1b.

Deelvraag 1a: “Wat is er in de literatuur bekend over risico-eigenaarschap, regeldruk en autonomie met de bijbehorende vaardigheden?”.

Deelvraag 1b: “Welke criteria kunnen ontleend worden aan theorieën over vaardigheden voor het vergroten van autonomie bij verpleegkundigen, omtrent de risicoscreening van verpleegkundige indicatoren?”.

Hoe kan het dat de professional verstrikt raakt in dat-waar-het-om-gaat aan de ene kant en de regels en het systeem aan de andere kant? Hart (2014) beschrijft dit met behulp van drie cirkels. De leefwereld, de systeemwereld en de bedoeling. De leefwereld gaat over gedrag van de professional die te zien is bij het uitvoeren van het werk. Om het werk goed en makkelijker te verrichten, is bij de professionals een systeemwereld gecreëerd om de leefwereld heen. Deze systeemwereld bestaat uit allerlei soorten afspraken (beleid, procedures, formats enz.) over hoe je in die leefwereld zou moeten werken. In het midden van de cirkel heb je de bedoeling, die betekenis en richting kan geven aan de te maken keuzes. De pijl zoals weergegeven in figuur 3, staat voor dominantie tussen de cirkels onderling en daarmee de denkrichting, en het is de pijl die van buiten naar binnen gaat die het eigenaarschap van de professional weghaalt. Dit betekent dat de professionals steeds meer uitvoerders worden van regels, het vakmanschap wordt uitgehold en de motivatie wordt enorm verkleind. Andersom, als de pijl vanuit de bedoeling start, zal er een appèl gedaan worden op het inschattingsvermogen van de professionals, waardoor het eigenaarschap bij de professionals in de organisatie juist gestimuleerd wordt.



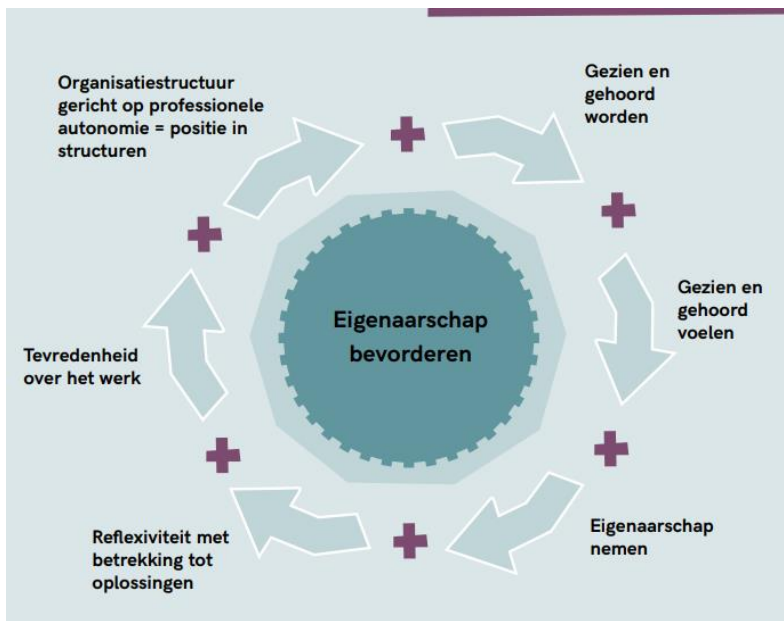
Figuur 3: Denkrichting: vanuit de systeemwereld naar de bedoeling (Hart,2014)

### 3.1 Eigenaarschap voor kwaliteit van zorg

In de probleemstelling wordt aangegeven dat eigenaarschap voor kwaliteit van zorg bij verpleegkundigen wordt uitgehold door toenemende regeldruk. Van Hell & Cusveller (2013) geven de volgende definitie van verpleegkundig eigenaarschap: 'Verpleegkundig eigenaarschap houdt in dat verpleegkundigen door intrinsieke motivatie de keuze maken om zich binnen hun beroepspraktijk een bepaald object of idee toe te eigenen. Dit impliceert dat verpleegkundigen zeggenschap over en verantwoordelijkheid voor het object of idee hebben, die rechten en plichten geven ten opzichte van het eigendom'. Vanuit het ministerie van VWS is het 'Landelijk Actieplan Zeggenschap 2023' (LAZ) opgesteld. Dit heeft als doel om de zeggenschap van verpleegkundigen te versterken in de besluitvorming op alle niveaus. Wetenschappelijk onderzoek is verricht naar welke factoren in bevorderende dan wel belemmerende zin van invloed zijn op het hebben van zeggenschap en wat nodig is om dit te versterken (LAZ visie en roadmap, 2023). Twee elementen die zeggenschap beïnvloeden zijn in gesprek durven gaan en eigenaarschap bevorderen. De ervaring van een zorgprofessional dat het eigen standpunt gehoord wordt, vergroot de wens om eigenaarschap te tonen over de beroepsuitoefening. Naast 'luisteren naar elkaar' is ook 'eigenaarschap tonen' hierop van invloed. Een belangrijk versterkend element dat in het actieplan wordt aangegeven, is het creëren van organisatiestructuren waarin zeggenschap en vooral professionele autonomie vorm krijgen. Vooral door geformaliseerde organisatiestructuren voor zeggenschap, is het makkelijker voor zorgprofessionals om hun visie, mening en argumenten te uiten. Hoewel eigenaarschap niet rechtstreeks te beïnvloeden is, geven de respondenten aan dat het krijgen van autonomie, aangemoedigd worden en de aanwezigheid van rolmodellen stimuleren dat zorgprofessionals in gesprek durven gaan en eigenaarschap tonen over hun vak. De positieve feedbackloop die voorkomt uit het tonen van eigenaarschap is weergegeven in figuur 4. Het geeft een helder beeld over het bevorderen van verpleegkundig eigenaarschap (LAZ visie en roadmap, 2023).

In deze thesis wordt echter ingegaan op risico-eigenaarschap van verpleegkundige indicatoren en in het bijzonder het ontstaan van decubitus. Om risico-eigenaarschap als een vaardigheid van risicoleiderschap nader toe te lichten, zal eerst een verkenning plaats vinden van de betekenis van

een risico. Vervolgens zal het omgaan met risico's door verpleegkundigen en risicoleiderschap vanuit de literatuur beschreven worden.



Figuur 4: Positieve feedbackloop die voortkomt uit eigenaarschap bevorderen (Landelijk Actieplan Zeggenschap, 2023)

### 3.2 Risico- risicomangement- risicoleiderschap

Risico's die binnen dit onderzoek ter sprake komen, zijn risico's omtrent patiënten in het ziekenhuis, oftewel patiëntveiligheid. Definitie van patiëntveiligheid is als volgt: 'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem' (Wagner & v.d. Wal, 2005). De definitie die in 2018 in de NEN 8009 (nl)<sup>3</sup> wordt gegeven voor risico is zeer summier: 'functie van de kans op een incident en de mogelijke gevolgen daarvan'. Vanuit deze definitie ontbreekt het gegeven dat een risico ook een positieve uitkomst kan hebben. Dit in tegenstelling met de doorontwikkeling van de normen van de NEN 8009, waarin men

<sup>3</sup> NEN 8009 is de Nederlandse norm die de basiseisen beschrijft voor een veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen.

spreekt over ‘het denken in termen van de ‘kansen’ die het leren van dagelijkse zorgactiviteiten met gewenste uitkomsten en het investeren in de veerkracht van de medewerkers kunnen bieden’. Zo zijn de eisen uit voorgaande norm NTA 8009 aangevuld met eisen uit een meer positief veiligheidsdenken, zoals weergegeven in de rechter kolom in figuur 5.



Figuur 5: Incident-risico versus proactief veiligheidsdenken (NEN 8009, 2018, aangepast naar Erik Hollnagel, 2016)

Er is (nog) geen eenduidige definitie van wat een risico precies is, waardoor er verschillende worden gebruikt. Het is daarom essentieel dat binnen een organisatie overeenstemming is over welke definitie gehanteerd wordt (Aven, 2020). Er wordt gekozen voor de definitie die het meest toepasbaar is voor de organisatiedoelstellingen (Hopkin, 2018). Voor dit onderzoek over praktijkgerichte risico's komen we uit op de werkdefinitie van Van Staveren (2020), die in feite een uitbreiding is van de definitie van ISO31000 (2018). Mede doordat deze een goede basis vormt voor gebruik in de praktijk en niet alleen gericht is op negatieve uitkomsten. De doelstellingen van dit onderzoek hebben betrekking op het realiseren van optimale patiëntveiligheid.

Gekozen werkdefinitie risico:

---

*Risico is een onzekere gebeurtenis met oorzaken, een kans van optreden en effecten op doelstellingen*

---



### 3.2.1 Risicomanagement

De hedendaagse wereld zorgt ervoor dat organisaties verschuiven van een paradigma - gebaseerd op mechanische systemen - naar één dat gebaseerd is op natuurlijke en organische systemen. De organisatietheorie laat zien dat er een ontwikkeling is in het denken over optimale organisatievormen. Er is een verschuiving van een modernistisch beheersingsperspectief naar een postmodern ontwikkelingsperspectief. Hierbij is eerstgenoemde vooral gericht op controle en efficiëntie en het postmodern ontwikkelingsperspectief is gericht op leren en verbeteren (Daft, 2016). Het conventionele risicomanagement kan beschouwd worden als kloon van Tayloriaanse moderne management. Dit legt de druk op systemen, planning, controle, beheersbaarheid en daarmee maakbaarheid (Van Staveren, 2020). Deze vorm van risicomanagement kan tekort schieten in de huidige tijd, die zich kenmerkt door een hoge mate van onvoorspelbaarheid en onzekerheid. De term die tegenwoordig daarvoor gebruikt wordt, is VUCA en staat voor Volatile, Uncertain, Complex en Ambigie (Tasken et al., 2022). Braithwaite (2018) benoemt als factor voor complexiteit in de gezondheidszorg dat prestaties en het systeem continu veranderen en niet volledig kunnen worden begrepen door simpelweg afzonderlijke componenten te kennen. Hij geeft zelfs aan dat geen ander systeem complexer is. De onzekerheden die voortvloeien uit menselijk gedrag, kunnen 'wicked problems' worden genoemd (Rittel en Weber, 1973). Het versterken van zeggenschap en daarmee eigenaarschap tonen door verpleegkundigen, kan beschouwd worden als een 'wicked problem'. Dit betekent dat het moeilijk is om te bepalen wat het 'juiste' is. In plaats daarvan is het nodig om continu te experimenteren met hoe verbeteringen mogelijk zijn (Landelijk Actieplan Zeggenschap, 2023).

In de woorden van Hart (2014) is het conventioneel risicomanagement gebaseerd op het feit dat de professional zijn werk uitvoert op basis van afspraken in de systeemwereld. Hieronder vallen protocollen, richtlijnen en formats. Dit is ook wat Perrow (1999) aangeeft: hij vaart op regels en protocollen, waarbij kennis centraal staat. Veiligheid is daarbij optimaal wanneer medewerkers zich aan de regels houden. Het onderzoek van Weick en Sutcliffe (2007) toont juist aan dat de professionals op de werkvloer een centrale rol spelen in het verkleinen van risico's. In hun onderzoek naar High Reliability Organizations (HRO's) zagen ze opvallend weinig ernstige incidenten. Eén van de vijf kenmerken die deze organisaties onderscheiden is, het vertrouwen op

expertise. Naast het belang van wetenschappelijke kennis, wordt er veel waarde gehecht aan de praktische kennis van de eigen medewerkers. Risicogestuurd werken is een vorm van risicomanagement dat gericht is op deze organisaties. Hierbij wordt de nadruk gelegd op mens, cultuur, flexibiliteit, leren, aanpassingsvermogen en de realiteit van beperkte maakbaarheid van organisaties. Van Staveren (2015) heeft op basis van de elementen die Hart noemt voor het werken in de VUCA wereld deze methodiek van risicomanagement beschreven. Het verschil in accenten met het conventioneel risicomanagement is te zien in het overzicht, zie tabel 2.

Tabel 2: Van conventioneel management naar vernieuwend management naar Wouter Hart (Van Staveren, 2015)

	Kenmerken van conventioneel risicomanagement	Kenmerken van risicogestuurd werken
1	Methode is leidend	Doelen zijn leidend
2	Eén doel	Enkele doelen
3	Geld is dominant	Waarde is dominant
4	Standaardisatie	Variatie
5	Variatie minimaliseren	Variatie benutten
6	Onteigenen	Eigenaarschap
7	Schaalvergroting	Functionele omvang
8	Low trust – High tolerance	High trust – Low tolerance
9	Afdwingen	Uitnodigen
10	Zeker willen weten	Onzekerheid toelaten
11	Compleet willen zijn	Keuzes durven maken
12	Meer onderzoek vragen	Beperkingen onderzoek aangeven
13	Alleen lineair	Lineair en cyclisch
14	Ontwerpen	Ontwikkelen
15	Statisch	Dynamisch
16	Oorzaak – gevolg	Interactie
17	Uitsluiten van verspilling	Kleine verspilling accepteren
18	Fouten uitsluiten	Fouten vroegtijdig opmerken
19	Kansen op risico's verkleinen	Gevolgen van risico's verkleinen
20	Antwoorden geven	Vragen stellen

### 3.2.2 Risicoleiderschap

Het uiteindelijke doel is dat verpleegkundigen zich weer verantwoordelijk voelen voor de kwaliteitsindicator decubitus. Leiderschap vanuit de professional, oftewel professioneel leiderschap, kan een rol spelen, maar het is voor veel verpleegkundigen onduidelijk hoe dit in de praktijk vormgegeven kan worden (Martini et al., 2022). In dit artikel verwijst men naar de wetenschappelijke stroming leadership-as-practice (LAP), die zich richt op leiderschap in plaats van op leiders. Leiderschap wordt niet toegeschreven aan een individu, maar gedefinieerd als een

gezamenlijke praktijk waarbij mensen zich inspannen om verandering, verbetering of juist behoud te bewerkstelligen in hun dagelijks werk. Raelin (2011) geeft aan dat leren van vitaal belang is voor leiderschap, wanneer we leiderschap zien als een proces en als een praktijk. Naarmate beoefenaars van leiderschap met elkaar leren, verbinden ze zich ertoe om na te denken over hun eigen acties en zijn ze hierdoor beter in staat om hun activiteit te reconstrueren ten behoeve van wederzijdse belangen. Deelnemers leren naar elkaar te luisteren en via anderen naar zichzelf te luisteren. De vraag blijft echter **hoe** de verpleegkundige zelf risico's kan beoordelen vanuit meer autonomie. Van Staveren (2019) benoemt risicoleiderschap als doelgericht omgaan met risico's en kansen vanuit onzekerheid. Voor risicoleiderschap zijn vaardigheden nodig die door iedereen ontwikkeld en toegepast kunnen worden. Het is essentieel dat het voor iedereen, dus ook voor de professional, bedoeld is. Het gaat om de verpleegkundige, die volgens de werkdefinitie van Van Staveren (2019) risicogestuurd werkt, heeft waardevolle doelen als focus, subjecteert, kwalificeert en gaat om met risico's, benut daarvoor bestaande processen en is als zodanig een rolmodel. Om als verpleegkundige te kunnen omgaan met risico's en daarmee persoonlijk risicoleiderschap kunnen ontwikkelen, zijn drie psychologische basisbehoeftes noodzakelijk. Van Staveren (2020) noemt de volgende: autonomie, geborgenheid en erkenning. Deze komen voort uit acht ontwikkelingsfasen van een kind, waarbij sociaalpsychologische behoeftes als uitgangspunt zijn genomen (Koerselman, 2017). Vanuit deze drie basisbehoeftes kan praktijkgericht risicoleiderschap verder ontwikkeld worden met 20 vaardigheden. Deze vaardigheden zijn afgeleid van de 20 kenmerken in tabel 2, en zijn bedoeld om risicogestuurd werken in de praktijk te brengen.

### 3.3 Risico-eigenaarschap

Het organiseren van risico-eigenaarschap is één van de vaardigheden van risicoleiderschap. Dat eigenaarschap in mindere mate aanwezig is voor verpleegkundige indicatoren, kan verklaard worden vanuit de theorie van Perrow (1999) en zijn 'Normal Accident Theory'. Hierbij wordt verondersteld dat risico's zoveel mogelijk vermeden kunnen worden door strakke centrale aansturing. De centrale organisatie is dus verantwoordelijk voor het creëren van veiligheid en de professionals zijn slechts uitvoerders hiervan. Dit betekent dat de professionals die direct in zijn werk met het risico te maken hebben, zoals het ontstaan van decubitus, niet verantwoordelijk zijn

voor het doel. Het doel van de verpleegkundige is dat een patiënt de beoogde kwaliteit van zorg krijgt. Om hier invloed op uit te oefenen, is eigenaarschap hebben en voelen voor dit risico van belang. Van Staveren (2018) benoemt dit als eerste wet van risico-eigenaarschap: 'leg de risicoverantwoordelijkheid neer bij de persoon met de bijbehorende doelverantwoordelijkheid'. Hierbij geeft hij ook het belang aan van het formaliseren om risico-eigenaarschap verder in de organisatie te krijgen. Een ander belangrijk punt voor het organiseren van risico-eigenaarschap, is het nakomen van afspraken. Echter blijft het zelf nadenken en het oordelen een vereiste als een situatie onverwacht is veranderd. De verpleegkundige heeft dan de verantwoordelijkheid om af te wijken van afspraken als de situatie daar om vraagt. Het LAZ (2023) heeft dit als één van de competenties benoemd om deze verder te ontwikkelen om zeggenschap vorm te geven. Het gaat om argumenteren vanuit de expertise van het vakgebied en voldoende kritisch vermogen om ethische en professionele vraagstukken te adresseren. De andere competenties voor ontwikkeling die ze aanbevelen zijn communicatie- en interpersoonlijke samenwerkingsvaardigheden. Daarnaast zijn de aanwezigheid van rolmodellen die het goede voorbeeld kunnen geven, initiatief tonen en de bereidheid om collega's te coachen ook van belang. Het leren en reflecteren wordt dan ook als een element benoemd om actief bij te dragen aan het verbeteren van de zorg. Ook wordt aanbevolen om reflecteren onderdeel te maken van het dagelijkse werk, waarin zorgprofessionals met elkaar kunnen afstemmen of ze het goed doen (LAZ, 2023). Hell et al. (2014) geven aan dat verpleegkundigen goed in staat zijn om uitkomst van de gegeven zorg zichtbaar te maken wanneer dit verbonden wordt met klinisch redeneren<sup>4</sup> en handelen in hun directe patiëntenzorg. Zij kunnen eigenaar zijn van de kwaliteit van hun patiëntenzorg als hier een werkwijze voor ontwikkeld kan worden. Een methodiek voor de verpleegkundigen om gedurende het werk de risico's gestructureerd samen te bespreken kan de risicodialoog zijn.

De **risicodialoog** is een ultieme vorm van risicogestuurd werken, waarbij de professional risicoleiderschap toont tijdens het werk. Er zijn drie essentiële vragen die hierbij gesteld worden, welke zijn afgeleid van de zes algemene risicostappen van risicogestuurd werken, zie tabel 3. Deze

---

<sup>4</sup> Klinisch redeneren is: "Een proces waarin de gezondheidsprofessional, door interactie met de patiënt, familie, mantelzorg en andere zorgverleners van een team, betekenis geeft aan doelen en interventies gebaseerd op klinische data, voorkeuren en waarden van de patiënt en eigen kennis en professionele afwegingen" (Higgs et al., 2008).

zogenaamde DOD-vragen leiden tot een gesprek over expliciet, realistisch en gestructureerd omgaan met onzekerheden, risico's en kansen. Alle deelnemers in het gesprek spreken vrijuit en luisteren openhartig om elkaar (beter) te begrijpen, en samen afwegingen te maken om al dan niet iets te doen aan die onzekerheden (Van Staveren, 2023).

Tabel 3: Zes algemene risicostappen teruggebracht tot drie dagelijkse DOD- vragen (Van Staveren, 2020)

Zes algemene risicostappen	Drie dagelijkse DOD-vragen	
Risicostap 1: welke doelen?	1	Wat is het doel, voor wie?
Risicostap 2: welke risico's en kansen?	2	Wat is daarbij onzeker, voor wie?
Risicostap 3: hoe groot zijn ze?		
Risicostap 4: wat al dan niet doen?	3	Wat ga je daar al dan niet aan doen, met wie?
Risicostap 5: werken de maatregelen?		
Risicostap 6: hoe erover communiceren en rapporteren?		

### 3.4 Regeldruk

Ondanks dat al jarenlang gesproken wordt over regeldruk is een algemeen geldende definitie hiervan niet eenvoudig te beschrijven. Van Gestel en Hertogh (2006) concluderen dat dit in de internationale literatuur op veel verschillende manieren wordt ingevuld en dat er nog geen overeenstemming is over de juiste definitie en invulling ervan. In 2014 geeft Meurs de volgende beschrijving: administratie die in de ogen van zorgprofessionals overmatig veel tijd kost of waarvan zij de toegevoegde waarde voor het primaire proces niet zien.

Binnen de term regeldruk valt echter nog een onderscheid te maken tussen feitelijke regeldruk en gepercipieerde regeldruk (Rijksoverheid, 2005). Het onderzoek van Actal (2012) naar de ervaren regeldruk onder verpleegkundigen in het ziekenhuis, geeft de volgende beschrijvingen.

- De feitelijke regeldruk is het totaal van administratieve lasten en nalevingskosten om te voldoen aan informatieverplichtingen van de overheid of wet- en regelgeving. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.
- Gepercipieerde regeldruk is de irritatie die bij organisaties (en medewerkers) bestaat als gevolg van bepaalde regels die men veronderstelt te moeten naleven.

Dit onderzoek richt zich vooral op de gepercipieerde regeldruk, waarbij het niet gaat om het aantal regels maar vooral de ervaren hinder als, zoals Meurs (2014) het aangeeft, de toegevoegde

waarde niet wordt gezien. De motivatie om te werken met deze zinloze regels wordt enorm verminderd, de professional wordt uitvoerder van de regel en voelt zich niet verantwoordelijk. Het gedrag dat de professional laat zien bij regeldruk, kan goed verklaard worden vanuit de zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2000). De theorie beschrijft dat drie factoren invloed hebben op de intrinsieke motivatie: autonomie, competentie en verbondenheid. Wanneer deze gedwarsboemd worden dan leiden ze tot verminderde motivatie en welzijn. Onderzoek toonde ook aan dat onder andere richtlijnen, onder druk staande evaluaties en opgelegde doelen de intrinsieke motivatie verminderen. Daarentegen blijken keuze, erkenning van gevoelens en mogelijkheden voor zelfsturing de intrinsieke motivatie te verbeteren omdat ze mensen een groter gevoel van autonomie geven (Deci & Ryan, 2000). Vanuit deze theorie kunnen we stellen dat het waardevol is om in de literatuur te onderzoeken wat de drie factoren betekenen voor verpleegkundigen in een ziekenhuis. Hoe kun je ervoor zorgen dat ze vanuit eigen interesse weer met kwaliteit van zorg aan de slag willen en niet vanuit opgelegde externe regels. Wanneer deze drie factoren worden toegespitst op regeldruk, dan valt op dat deze overeenkomen met de drie succesfactoren voor het verminderen van regeldruk die KPMG benoemt in 'Ontregel de Zorg goede praktijken' (2020). Hieronder worden ze in een schema weergegeven, zie tabel 4.

Tabel 4: Factoren zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2000) en de succesfactoren van Ontregel de Zorg (Ontregel de Zorg goede praktijken, 2020)

	Factoren zelfdeterminatie theorie	Succesfactoren Ontregel de Zorg (KPMG)
1	Autonomie	Geef mensen in het primaire proces de ruimte en mandaat. Laat zorgprofessional het voortouw nemen in het bedenken van oplossingen.
2	Competentie	Besteed aandacht aan het vinden van steun voor de nieuwe werkelijkheid.
3	Verbondenheid	Creëer een open cultuur waarin het gesprek wordt gestimuleerd.

### 3.4.1 Autonomie

De behoefte aan autonomie verwijst naar de wens om vrij te kunnen handelen en zelf volledig achter het eigen gedrag te staan (Van den Broeck et al., 2009). Onderzoek heeft laten zien dat naarmate mensen meer autonomie hebben in hun werk, ze meer verantwoordelijkheid ervaren voor de uitkomsten, hetgeen de intrinsieke motivatie stimuleert (Milette & Gagne, 2008). Skar

(2009) verbindt autonomie voor verpleegkundigen als gezag over totale patiëntenzorg, de macht om beslissingen te nemen en de vrijheid om klinische oordelen, keuzes en acties te maken. Het is ook de beschrijving van DiMaggio & Powell (1983) over een professie. Zij omschrijven een professie als een beroep waarvan de beroepsbeoefenaars erin zijn geslaagd de voorwaarden en methoden van hun werk te definiëren. De opgebouwde kennis en competenties vormen daarvoor de basis en legitimeren hun professionele autonomie. Skar (2009) geeft twee voorwaarden aan om autonomie te krijgen. Verpleegkundigen moeten competent zijn en zij moeten de moed hebben om de leiding te nemen in situaties waarin ze verantwoordelijk zijn. De definitie van autonomie die Hupe (2009) geeft is als volgt: 'benut de beschikbare ruimte om eigen werk anders te organiseren en daarmee de ervaren regeldruk te reguleren'. Dit komt overeen met het gegeven dat het versterken van autonomie essentieel is om regeldruk te verminderen. Voldoende professionele autonomie en voldoende tijd voor de zorg van patiënten zijn de twee belangrijkste voorwaarden om tot goed werk te kunnen komen. Dit geven zorgverleners zelf aan in het onderzoek naar hoe zij het Nederlandse zorglandschap beschouwen (VvAA & Beroepseer, 2022). Ook in het onderzoek van Bal et al. (2018) wordt aangegeven dat regels - en 'het systeem' in bredere zin - niet noodzakelijk problematisch zijn. Hierbij is wel van belang dat regels door professionals aangepast kunnen worden aan hun werkomgeving. Professionals moeten de ruimte krijgen om de zorg die zij willen leveren en een vorm van verantwoording te gebruiken die past bij hun praktijk. Het komt overeen met de eerste succesfactor die KPMG (2020) benoemt; 'geef mensen in het primaire proces de ruimte en mandaat'.

Het kunnen geven van die ruimte aan verpleegkundigen is afhankelijk van de organisatie. Dat verpleegkundigen niet noodzakelijkerwijs professionele autonomie in de praktijk ontvangen geeft Pursio (2021) aan in het onderzoek naar professionele autonomie in de verpleging. Hierin kwam naar voren dat organisatorische beperkingen schadelijk zijn voor de realisatie van professionele autonomie. Hieronder vallen onder andere autocratisch management, onduidelijke of strikte organisatorische regels, hiërarchie en gebrek aan inzicht over de praktijk. Geconcludeerd wordt dat de organisatie werkomgevingen moeten creëren en onderhouden waar verpleegkundigen zich bewust zijn van hun verwachtingen en verantwoordelijkheden, die hetzelfde blijven in verschillende situaties.

Naast het zelfvertrouwen in eigen kunnen van de professional, is ook het vertrouwen in de professional van belang. Meer handelingsvrijheid en een minimum aan controlemaatregelen zie je ook terug in de commandofilosofie van het leger, de zogenaamde Mission Command. Het vertrouwenscontract is essentieel (Storr, 2003). In het onderzoek van Prusak & Cohen (2001) naar het laten bloeien van vertrouwen binnen organisaties, geeft men aan dat niemand vertrouwen kan fabriceren of afdwingen. Vertrouwen groeit ook uit vertrouwen, het is immers zelfversterkend. Een manier om het te krijgen is om zelf vertrouwen te tonen.

Het belang van het vertrouwen in de zorgprofessional in relatie tot het verminderen van registratielast werd aangetoond in het onderzoek van Zegers & Gerritsen (2021). De tijdsbesteding aan kwaliteitsregistraties en de ervaren onzinnigheid en onredelijkheid van registraties werd aanzienlijk verminderd wanneer zorgverleners volledig vertrouwen kregen en sterk overtuigend leiderschap toonden. Dit vertrouwen kregen zij zowel van externe partijen als eigen bestuurders. Elbers & Girbes (2017) doen ook een oproep aan ziekenhuisdirecties om opnieuw de expertise van de zorgprofessionals te omarmen. Hierbij wordt de focus gelegd op hernieuwd vertrouwen in zorgprofessionals, hun oordeel is namelijk gebaseerd op jarenlange opleiding en ervaring aan het bed. In het onderzoek van Kraaijveld (2018) wordt het 'uitgaan van vertrouwen' als één van de oplossingen door de professional zelf aangegeven. Daarnaast worden meer intercollegiaal overleg, minder 'afvinken' en vooral ook 'proportioneel optreden' aangegeven om meer vertrouwen te krijgen. Berwick (2017) benoemt dat veel wijsheid bij het personeel aanwezig is. Wanneer aan hen in een veilige omgeving wordt gevraagd om zinloze obstakels voor productief werk te identificeren, kunnen en zullen ze dit doen om betere zorg voor patiënten en families te bieden. Het is dus niet alleen de professional die aan zet is, maar daarbij zijn randvoorwaarden noodzakelijk.

#### 3.4.2 Competentie

De behoefte aan bekwaamheid, oftewel competent zijn, is de wens om de omgeving te kunnen overzien en beheersen. De aanwezigheid van de nodige kennis en vaardigheden is een belangrijke voorwaarde om aan deze behoefte te kunnen voldoen (Rupert, 2013). Meerdere studies tonen het belang van werkervaring en hoe deze de competenties van verpleegkundigen en professionele autonomie bevorderen. Dit uit zich in het hebben van overzicht, het vermogen om beslissingen te nemen, onafhankelijk te handelen en hun eigen verpleegkundige waarden te volgen (Pursio, 2021).



Uit het onderzoek komt ook naar voren dat zorgen aanwezig zijn omdat verpleegkundigen met werkervaring en het vermogen om autonoom te handelen misschien niet altijd aanwezig zijn. Dit geeft het belang van het 'leren van elkaar' weer. Verpleegkundigen krijgen hierdoor meer inzicht in de oorzaak van problemen en de effectieve manier van oplossen. In teamverband kunnen regels en procedures ter discussie worden gesteld, waarbij de meningen en theorieën van medewerkers serieus worden meegenomen in het doorvoeren van nieuwe concepten, afspraken en werkomschrijvingen. Op deze manier zorgt men ervoor dat de klinische blik<sup>5</sup> van de verpleegkundige verder ontwikkelt. Argyris (1977) benoemt dit het tweede orde leren of double-loop-learning, wat gericht is op het vernieuwen van de aangetroffen situatie. Bij het eerste orde leren staan routines centraal en bij de tweede orde leren wordt ingespeeld op het onverwachte.

Organisaties die op een verantwoorde wijze met het onverwachte omgaan, worden *mindfull organizations* genoemd. Dit zijn organisaties die met onzekerheid omgaan door alert te zijn op hun eigen verwachtingen en op ogenschijnlijk onbeduidende details in een situatie. Op deze manier creëren zij een verrijkte awareness die het mogelijk maakt om op adequate wijze te reageren op een gebeurtenis (Weick en Sutcliffe, 2007). Deze ervaring die ontstaat hoort bij het tweede orde leren en is te gebruiken om bewust te leren. Het stelt de achterliggende inzichten en kaders ter discussie. Uiteindelijk wil je toewerken naar reflectieprocessen die toe te passen zijn op de gebruikte concepten en benaderingen. Dit is het zogenoemde derde orde leren, hierbij gaat het om het effectiever en efficiënter erkennen en corrigeren van fouten (Schön & Argyris, 1996). Naast het erkennen van fouten kun je op deze manier ook leren en verbeteren van data die beschikbaar is over de verpleegkundige zorg, zoals het ontstaan van decubitus. Uit onderzoek blijkt dat de data de verpleegkundige vaak niet bereikt, omdat ze geen toegang hebben of niet weten hoe deze te gebruiken. Aangegeven wordt dat verpleegkundigen geen eigenaarschap voelen bij de data (Kuijzer, 2022). In een Magnet organisatie worden verpleeg-sensitieve indicatoren gebruikt om uitkomsten op patiënt en verpleegkundig niveau te verbeteren. Met een dashboard kunnen de indicatoren inzichtelijk worden gemaakt, om de zorg te evalueren.

---

<sup>5</sup> De klinische blik is een intuïtief beeld, gebaseerd op ervaring met soortgelijke problematiek en soortgelijke patiënten uit de (klinische) praktijk (Markus van Alphen, 2014)

### 3.4.3 Verbondenheid

Een veilige omgeving voor de zorgprofessional sluit aan bij de derde factor van de zelfdeterminatietheorie; verbondenheid. Intrinsieke motivatie biedt meer kans om te floreren in contexten die worden gekenmerkt door een gevoel van veiligheid en verbondenheid (Deci & Ryan, 2000). Het is de derde succesfactor van KPMG (2020), dit wordt omschreven als het creëren van een open cultuur van leren en verbeteren en van vertrouwen. Waarin mensen zich vrij voelen kritisch te zijn op vaste gewoonten en zichzelf durven uitspreken. Edmondson (1999) spreekt van psychologische veiligheid; een gedeelde overtuiging van het team dat de teamleden veilig zijn voor het nemen van interpersoonlijke risico's. Het gaat om afwegingen die je neemt bespreekbaar te maken. Interventies om de psychologische veiligheidspraktijk te bevorderen, zijn gericht op open communicatie binnen de samenwerking en het creëren van een setting waarin dit mogelijk is (Nijhuis, 2023). Organisaties waarbinnen managers en teamleden het waarderen dat mensen zich uitspreken, bestaande praktijken bevragen en nieuwe ideeën voorstellen, zijn beter in staat om te leren en om zich te verbeteren. Weick (1995) benoemt organisaties als plaatsen van intersubjectiviteit, waarin het draait om de interactie tussen mensen. Het coördineren van handelen in het spanningsveld van de multipele realiteiten ten gevolge van spanningen tussen het intersubjectieve en het generieke, is voor Weick de kern van organiseren.

In de zorg zien we dat deze vorm van organiseren aansluit bij de visie van netwerkorganisatie 'Tijd voor Verbinding'. Het programma stimuleert en faciliteert het delen en uitwisselen van praktijkvoorbeelden om van elkaar te leren, geïnspireerd te worden, te innoveren en te verbeteren. Vakmanschap, verbinding en vertrouwen zijn daarbij de uitgangspunten in plaats van protocollen, regels en controle. Deze nieuwe manier om vermijdbare schade in de medisch specialistische zorg verder terug te dringen, is waar de netwerkorganisatie samen met de zorgprofessional aan wil werken (<https://www.programmatvv.nl/over-ons/missie/>).

Dat het tegenwoordig niet vanzelfsprekend is om mensen met elkaar in contact te brengen, beschrijven Prusac & Cohen (2001). Het sociaal kapitaal (relaties die organisaties effectief laten werken) ligt onder vuur omdat het opbouwen van relaties in turbulente tijden moeilijk is. Dit komt onder andere door de hoge doorstroom van medewerkers en wordt nog moeilijker met veel mensen die off-site of alleen werken. De zorgprofessional aan bed zal in de praktijk altijd aanwezig zijn,

maar personeel met een leidinggevende functie kunnen ook vaker vanuit huis werken. Prusac & Cohen (2001) hebben onderzocht hoe managers verbindingen binnen hun team aan kunnen moedigen. Organisaties die het sociaal kapitaal waardeerden, zetten zich helemaal in om medewerkers te behouden. Zinvol werk doen is één van de relatiebouwers die zij noemen, evenals doorgroeimogelijkheden. Ook persoonlijke gesprekken en een werkplek die in positieve zin overloopt naar privésituaties, zorgt ervoor dat een organisatie aantrekkelijk is voor werknemers. Het onderzoek van Pfaff & Braithwaite (2020) toont dat topmanagers kunnen inzetten op een gevoel van eenheid, wij-gevoel en verbondenheid om het sociaal kapitaal te verbeteren.

### 3.5 Theoretisch raamwerk

Het probleem wat geschetst wordt gaat over regeldruk die verpleegkundigen ervaren bij gestandaardiseerde risicoscreening. Dit leidt onder andere tot een afname van motivatie bij de verpleegkundigen. Het gedrag dat de professional laat zien, kan verklaard worden door de zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2000). Omgekeerd kunnen we deze theorie als basis gebruiken voor het ontwerpen van een oplossing. Deci en Ryan (2000) noemen drie behoeften die de intrinsieke motivatie van professionals kunnen faciliteren als ze bevredigd worden: autonomie, competentie en verbondenheid. Deze drie behoeften zijn voorwaarden voor de aanwezigheid van intrinsieke motivatie, dit is nodig om eigenaarschap tot uiting te laten komen. Daarbij komen de drie behoeften overeen met de drie succesfactoren voor het verminderen van regeldruk die KPMG benoemt in 'Ontregel de Zorg goede praktijken' (2020).

Wanneer het gaat om risicoscreening van de verpleegkundige indicatoren, is het probleem van het gangbare risicomanagement geschetst, dat gericht is op compliance. Bij complexe vraagstukken als deze is een andere manier van omgaan met onzekerheden, risico's en kansen noodzakelijk. Het gaat om het autonoom kunnen en mogen inschatten van het risico op decubitus, door verpleegkundigen, om daarmee zowel minder regeldruk als betere kwaliteit van zorg te verlenen. Risicoleiderschap tonen is een in de praktijk ontwikkelde benadering voor het doelgericht omgaan met risico's en kansen in complexe situaties. Om als verpleegkundige te kunnen omgaan met risico's en daarmee persoonlijk risicoleiderschap kunnen ontwikkelen, zijn drie psychologische basisbehoeftes noodzakelijk. Dit zijn autonomie, geborgenheid en erkenning (Koerselman, 2017). Deze basisbehoeftes komen in grote mate overeen met de drie elementen van Deci & Ryan,

waarbij erkenning wordt uitgebreid tot het kunnen ontwikkelen en tonen van je competenties. In tabel 5 staat een overzicht van factoren van de zelfdeterminatie theorie in relatie met de psychologische basisbehoeften die vervuld moeten worden voor de ontwikkeling van persoonlijk risicoleiderschap, en het verminderen van regeldruk.

Tabel 5: Overzicht van de drie succesfactoren van de zelfdeterminatietheorie

Zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2000)	Basisbehoeften ontwikkeling persoonlijk risicoleiderschap (Van Staveren, 2020)	Succesfactoren verminderen van regeldruk (KPMG, 2020)
Autonomie	Autonomie	Autonomie verhogen
Competentie	Erkenning	Goede voorbeeld geven
Verbondenheid	Geborgenheid	Open cultuur

Voor het ontwikkelen van persoonlijk risicoleiderschap in het algemeen en risico-eigenaarschap in het bijzonder is erkenning één van de basisbehoeftes. Hierbij is het van belang dat er voorwaarden aanwezig zijn voor het kunnen ontwikkelen en tonen van je competenties. Dit betekent dat de organisatie er voor open dient te staan dat individuele verpleegkundigen hun risico-eigenaarschap mogen, maar ook kunnen organiseren. Door het organiseren van risico-eigenaarschap als een innovatie te zien, kunnen we voorwaarden voor een organisatie benoemen. Op deze manier kun je gebruik maken van kennis uit innovatie- en veranderkunde voor het borgen van de vernieuwing. Deze benadering leidt naar de structuur en cultuur van de organisatie en naar de motivatie en competenties van de mens binnen een organisatie (Van Staveren, 2009). Het tonen van risico-eigenaarschap hangt nauw samen met de context waarin gewerkt wordt, dit wordt bepaald door de structuur en cultuur van een organisatie. Zo beïnvloeden organisatie en mens elkaar continu.

### 3.5.1 Beantwoording theoretische deelvragen 1a en 1b

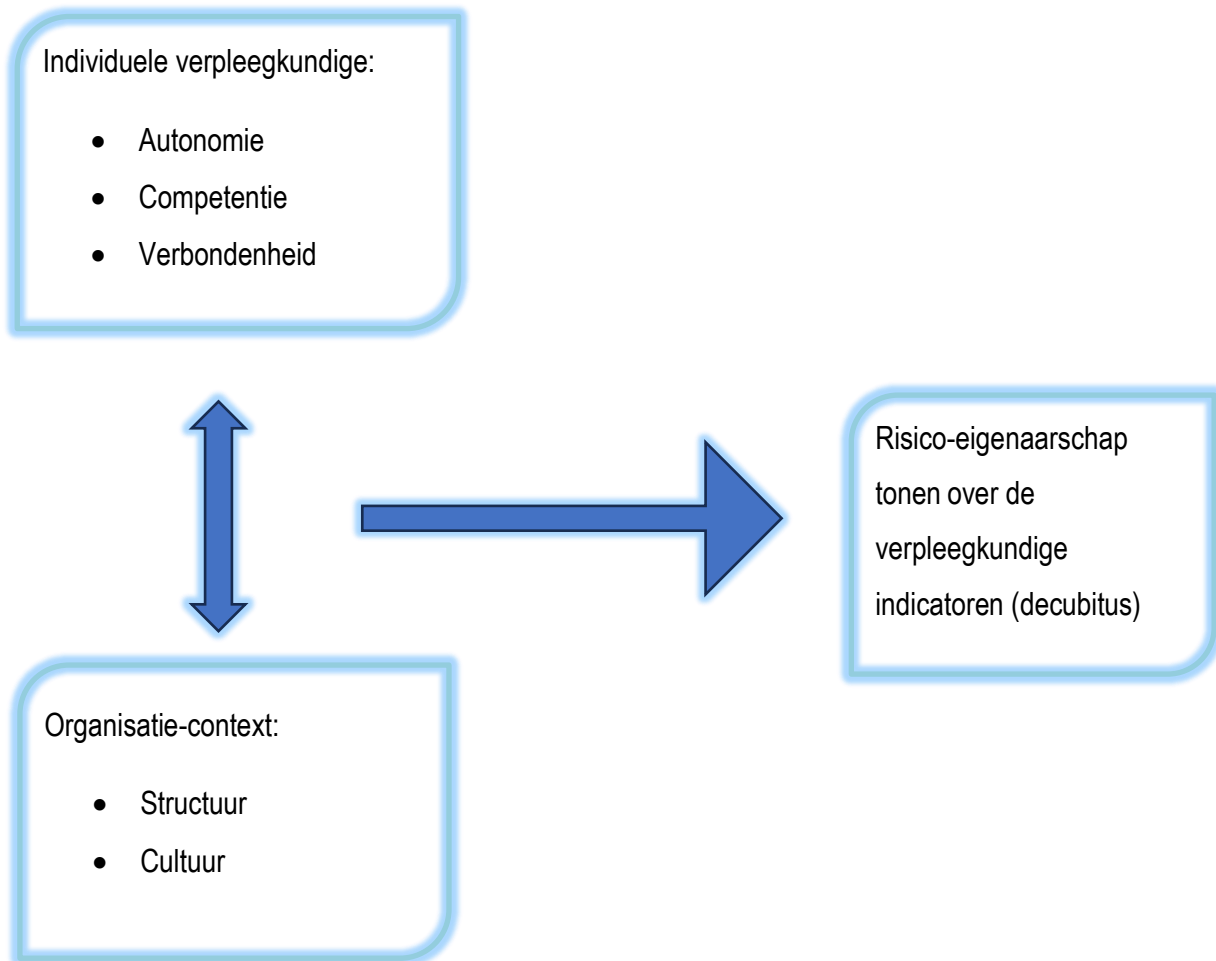
Deelvraag 1a: “Wat is er in de literatuur bekend over risico-eigenaarschap, regeldruk en autonomie met de bijbehorende vaardigheden?”

Deelvraag 1b: “Welke criteria kunnen ontleend worden aan theorieën over vaardigheden voor het vergroten van de eigen regelruimte bij verpleegkundigen, omtrent de risicoscreening van verpleegkundige indicatoren?”

Allereerst werd aan de hand van literatuur onderzocht wat de reden is dat gestandaardiseerde risicoscreening als regeldruk wordt ervaren (deelvraag 1a en 1b). De toegevoegde waarde van de standaardisatie wordt niet altijd gezien. Bovendien dient regelmatig te worden afgeweken van de standaard door de complexe en onvoorspelbare omgeving waarin de verpleegkundige zich begeeft. Het ontstaan en het behouden van regeldruk in een ziekenhuis kan vanuit twee kanten worden belicht, vanuit de organisatie en de professional zelf. De organisatie is al jaren bureaucratisch ingericht als het gaat om toezicht. De professional zelf heeft zich laten berusten in zijn/haar lot en heeft onvoldoende verantwoordelijkheid genomen. Dit heeft geleid tot het inleveren van autonomie. De zelfdeterminatie theorie (Deci & Ryan, 2000) kan het gedrag dat de professional laat zien verklaren, maar is tevens ook de sleutel voor het succes om gemotiveerd te worden voor het tonen van risico-eigenaarschap. De drie concepten van deze theorie: autonomie, competentie en verbondenheid, tonen in de literatuur vanuit verschillende hoeken de basisvoorwaarden voor risico-eigenaarschap als het gaat om de risicoscreening op decubitus. Deze concepten zijn vervolgens aan de hand van empirie onderzocht, zie tabel 5. Het tonen van risico-eigenaarschap hangt nauw samen met de context waarin gewerkt wordt. Dit wordt mede bepaald door de structuur en cultuur van de organisatie. Deze randvoorwaarden zijn mede bepalend voor het organiseren van risico-eigenaarschap door verpleegkundigen, zoals omschreven door Van Staveren (2009) in zijn PhD: 'Risk, Innovation & Change'.

### 3.6 Conceptueel model

Een schematische vorm waarin het theoretisch kader wordt weergegeven, is een zogenaamd conceptueel model (Verschuren en Doorewaard, 2020). In dit onderzoek wordt gekeken hoe de individuele verpleegkundige binnen de organisatie-context van organisatiestructuur en -cultuur in staat wordt gesteld om risico-eigenaarschap te nemen over het al dan niet toepassen van een risicoscreening op decubitus, zie figuur 6.



Figuur 6: Conceptueel model voor het onderzoek

## Hoofdstuk 4. De praktijk

### 4.1 Inleiding

Het tweede deel van de thesis geeft het onderzoek weer vanuit de praktijk. Het zal resulteren in een uitgevoerde problemdiagnose door antwoord te geven op deelvraag 2: *“Wat zijn in de praktijk de belangrijkste redenen die ervoor zorgen dat individuele verpleegkundigen bij Treant nog onvoldoende risico-eigenaarschap tonen betreffende de risicoscreening op decubitus?”*. Tevens zal het antwoord geven op deelvraag 3: *“Welke vaardigheden voor risicoleiderschap kunnen verpleegkundigen ondersteunen bij het tonen van risico-eigenaarschap?”*.

De verzamelde data bestaat uit twee onderdelen: de documentenanalyse en de interviews. Voor de documentenanalyse is gebruik gemaakt van beleidsdocumenten van de organisatie. Deze resultaten geven een weergave van de organisatie-context omtrent risico-eigenaarschap van individuele verpleegkundigen. Daarnaast worden gegevens van een onderzoek over veerkrachtig leiderschap van verpleegkundigen in 2022 geanalyseerd. Het tweede deel is het praktijkonderzoek met het thema ‘ontregel de zorg omtrent decubitus’. Deze is in eerste instantie als projectvorm opgepakt, waarbij gekeken is naar de argumenten en het oordeel van de verpleegkundigen betreffende registratie en risicoscreening op decubitus, zie projectvoorstel Ontregelproject 2023, zie bijlage 4. Het oordeel heeft als basis gediend voor het interviewen van verpleegkundigen om te achterhalen waarom zij nog onvoldoende over risico-eigenaarschap beschikken omtrent de risicoscreening decubitus. Daarnaast zijn bij de verpleegkundigen gegevens opgehaald over hun handelingsperspectief bij het vergroten van de autonomie. Daarbij werd gekeken welke vaardigheden hierbij van belang zijn.

### 4.2 Documentenanalyse

#### 4.2.1 Organisatie-context

Het onderzoek richt zich op de ziekenhuiszorg van Treant. Kijkend naar Treant als organisatie, dan gaat het om de medewerkers die met elkaar in wisselwerking staan om essentiële functies uitvoeren die bijdragen tot het realiseren van doelen. Dit betekent dat medewerkers en afdelingen van elkaar afhankelijk zijn en moeten samenwerken. Om de organisatiestructuur te beschrijven van

Treant, kijken we naar de drie voornaamste onderdelen in de definitie van een organisatiestructuur zoals Daft (2016) het weergeeft.

- De organisatiestructuur bakent formele gezagsrelaties af, met inbegrip van het aantal niveaus in de hiërarchie en de span of control van managers en supervisors.
- De organisatiestructuur bepaalt hoe individuen samen tot afdelingen gegroepeerd worden en afdelingen weer tot de organisatie als geheel.
- De organisatiestructuur omvat het ontwerp van systemen voor een effectieve communicatie en coördinatie tussen en integratie van afdelingen.

De eerste twee structurelementen, het structurele kader, heeft betrekking op de verticale aspecten van de organisatie en kunnen worden weergegeven in een organogram. In bijlage 5, is het organogram van Treant toegevoegd. Hierin wordt een traditionele organisatie weergegeven, ontworpen voor efficiency, met nadruk op verticale communicatie en controle. Het geeft voor een deel de hiërarchische, bureaucratische benadering weer die meer dan een eeuw geleden bestond. De nadruk lag daarbij op het ontwerpen en managen van organisaties op onpersoonlijke, rationele basis. De informatieverwerking betreffende verticale informatie draagt zorg voor coördinatie tussen de top en de laagste regionen (Daft, 2016). Deze verticale verbinding wordt in stand gehouden door de hiërarchie in de gezagslijn, het lijnmanagement binnen de ziekenhuizen. Bij de risicoscreening op decubitus zien we het nauwkeurig omschreven gezag, de verantwoordelijkheid op centraal niveau, formele vastlegging, en het eenduidig toepassen van standaardregels terug. Doordat de verpleegkundigen geen formele zeggenschap hebben over de verpleegkundige indicatoren, is er geen sprake van eigen verantwoordelijkheid. Een voorbeeld hiervan is de inrichting van een smiley dashboard voor de verpleegkundigen in het digitaal verpleegkundige dossier. De smileys kleuren op patiëntniveau rood als de uitvraag niet uitgevoerd is en groen als deze wel is gedaan. Dagelijks vindt een check plaats van de seniorverpleegkundigen of alles daadwerkelijk ingevuld is door verpleegkundigen en een groen dashboard te zien is. Het is gericht op compliance en op controle van naleving van de regels, maar niet op de resultaten van de uitgevoerde zorg. Een managementrapportage wordt per kwartaal verspreidt met beoordeling van de registratie, maar niet op resultaten van de uitgevoerde zorg. Verpleegkundigen hebben daarbij geen zicht op de resultaten omdat het dashboard met data alleen beschikbaar is voor de hoofden.



Het derde element in de definitie van organisatiestructuur, heeft betrekking op het patroon van interacties tussen werknemers. Horizontale verbindingen halen barrières tussen afdelingen weg en bieden mogelijkheden voor coördinatie tussen werknemers, zodat iedereen zich eendrachtig inzet voor doelstellingen van de organisatie (Daft, 2016). Dat Treant de verschuiving wil maken van een paradigma gebaseerd op mechanische systemen naar één dat gebaseerd is op natuurlijke logische systemen, zien we terug in het Meerjarenbeleidsplan 2022-2027 (MJB). In het MJB wordt ten aanzien van de besturingsfilosofie, het leggen van dwarsverbanden als een verbetering voor de toekomst aangegeven. Het doel van deze zogenaamde horizontale structuur is dat medewerkers en teams leren van elkaar. Men kan dan spreken van een **lerende organisatie**. Daft (2016) beschrijft de lerende organisatie als een organisatie die communicatie en samenwerking stimuleert zodat iedereen zich betrokken voelt bij het onderkennen en oplossen van problemen. Hierdoor is de organisatie in staat om voortdurend te experimenteren, zich te verbeteren, en zijn mogelijkheden te verruimen. Daarbij beschrijft het MJB, dat van de medewerkers verwacht wordt dat zij zowel persoonlijk als professioneel leiderschap tonen, met daarbij ondersteuning en aanmoediging van de leidinggevenden. In de strategie zijn vier strategische thema's benoemd; waardevolle zorg, werkgeluk en ontwikkeling, slim organiseren (geïntegreerd en digitaal) en tenslotte netwerkzorg en maatschappelijke verantwoordelijkheid.

In het MJB wordt de koers over vijf jaar beschreven, welke uitgewerkt zijn in een projectenoverzicht MJBP 2022-2027. Vanuit het strategisch doel 'Werkgeluk en ontwikkeling', worden de thema's benoemd die voor dit onderzoek relevant zijn. Het vijfjarendoel onder de noemer trots op jezelf, is het tonen van professioneel leiderschap. Dit uit zich in het **tonen van eigenaarschap, het ervaren van zeggenschap in zijn eigen werk**, en het effectief bijdragen aan continu vergroten van de kwaliteit van zorg. Onder de noemer trots op het team, is het doel dat iedere medewerker effectief samenwerkt, professioneel en multidisciplinair, en dat iedere medewerker zich vrij voelt om onderwerpen te bespreken (veilige cultuur). Als uitgangspunt wordt de theorie van Amy Edmondson genoemd over Teaming, oftewel lerende teams die effectief samenwerken. Als laatste onderwerp wordt trots zijn op Treant benoemd, hierbij wordt toegewerkt naar een

Magneetorganisatie<sup>6</sup>. Dit project zal zich in eerste instantie richten op de verpleegkundigen. In 2022 is een zelfevaluatie uitgevoerd waarin professioneel zeggenschap als één van de hoofdonderwerpen naar voren is gekomen om als eerste uit te werken. Het doel van het vaststellen van de visie op professioneel zeggenschap en professioneel leiderschap is het versterken van de **autonomie en het eigenaarschap van de verpleegkundige beroepsgroep** en te zorgen dat het beleid goed aansluit bij de praktijk (Magneetzelfevaluatie Treant, 2022).

#### 4.2.2 Bestaand onderzoek Met Verve!

Verpleegkundigen doen veel activiteiten om de patiëntveiligheid in de gaten te houden. Zo vullen zij allerlei screeningsinstrumenten in, zoals risico-inventarisaties voor verschillende onderwerpen zoals decubitus, ondervoeding, pijn, vallen en delier. Uit het onderzoek kwamen twee zaken naar voren. Allereerst bleek dat deze screeningsinstrumenten slechts beperkt behulpzaam zijn. Ervaren verpleegkundigen gebruiken vooral hun klinische blik om goede en veilige zorg te leveren. Tijdens de focusgroepen reflecteerden ze op de vraag: Wanneer is een screeningsinstrument een hulpmiddel en wanneer wordt het een doel op zich? Daaruit werd geconcludeerd dat screeningsinstrumenten heel behulpzaam zijn als je het vak nog moet leren, het structureert immers werkrouines. Het kan echter administratieve ballast worden als je meer ervaren bent. Daarnaast werd gezien dat vooral kwaliteitsafdelingen data gebruiken. Verpleegkundigen krijgen deze data niet terug en gebruiken het dan ook zelden om na te denken over verbetering van de kwaliteit en veiligheid van hun patiëntenzorg. Ook toonde het onderzoek dat verpleegkundigen nauwelijks tijd hebben om te reflecteren en met elkaar te leren en verbeteren. Tijdens dienst-starts, dienst-evaluaties en visites stonden verpleegkundigen stil bij bijzonderheden van die dienst, belastbaarheid van collega's, de werklastverdeling en knelpunten in de patiëntenzorg. Tijdens deze korte momenten stemmen zij vooral taken af. De onderzoekers zagen veel veerkracht in dit afstemmen. Verpleegkundigen zetten zich in om dingen (weer) goed te laten lopen. Maar er was weinig tijd en mentale ruimte om met elkaar van hun veerkracht te leren en reflecteren (Van Velden et al., 2021).

---

<sup>6</sup> Magneetorganisatie verwijst naar het concept van Magnet Hospitals uit de Verenigde Staten. Een magneetziekenhuis geeft verpleegkundigen veel autonomie, betreft ze bij het bestuur en investeert in de professionaliteit van verpleegkundigen.

#### 4.2.3 Subconclusie documentenanalyse

Analyse van interne documenten van Treant geeft een beeld over de structuur en cultuur van de organisatie. Er is sprake van een cultuur die gericht is op voortdurende verbetering van de kwaliteit van zorg, alsmede de borging van de doorgevoerde verbetering. Dit is in 2021 getoetst door Qualicor,<sup>7</sup> en als voldoende beoordeeld (Qualicor, 2021). De structuur toont in de huidige situatie een traditionele organisatie, ontworpen voor efficiency, met nadruk op verticale communicatie en controle. De lijn hiërarchie wordt getoond door het sturen op registratie uitkomsten. Hierbij wordt de verantwoordelijkheid over de verpleegkundige indicator decubitus niet gevoeld bij de verpleegkundigen zelf. Echter is de ambitie van Treant om meer dwarsverbanden te leggen met een focus op doelgroepen en processen. Het doel hiervan is dat medewerkers en teams van elkaar leren. De interacties tussen de verpleegkundigen als het gaat om risicoscreening voor decubitus, is in de huidige situatie niet aanwezig. De horizontale verbindingen die Daft (2016) aangeeft, ontbreken. Het leren van de resultaten en/of bespreken van de uitkomsten door verpleegkundigen wordt weinig tot niet gedaan. In het onderzoek 'Met Verve!' wordt ook benoemd dat verpleegkundigen data zelden gebruiken om na te denken over verbetering van kwaliteit en veiligheid van hun patiëntenzorg. Het scheppen van voorwaarden om verpleegkundigen meer autonomie te geven, waardoor professioneel leiderschap getoond kan worden, past dan ook in de toekomstvisie van Treant om een Magneetorganisatie te gaan worden.

### 4.3 Risico-eigenaarschap bij verpleegkundigen

Deze paragraaf beschrijft de resultaten van interviews die zijn gehouden met verpleegkundigen.

#### 4.3.1 Autonomie

Alle verpleegkundigen geven aan dat ze goed zelf inzicht hebben om risico's bij patiënten in te schatten. Hierbij wordt zinvolle en goede zorg als uitgangspunt genoemd en niet het gebruik maken van een lijstje om af te vinken dat je iets gedaan hebt. De reden van het lijstje wordt door meerdere verpleegkundigen genoemd als iets van externe partijen waarbij niet duidelijk is of dit nog noodzakelijk is. Daarbij wordt aangegeven dat de afspraken niet herzien zijn in de loop der jaren.

---

<sup>7</sup> Qualicor Europe heeft een internationaal accreditatieprogramma. Treant heeft een aanvraag bij Qualicor Europe gedaan voor een instellingsbrede accreditatie, die uitgevoerd is conform de accreditatieprocedure 2021.

Het lijstje en het afvinken is voortgekomen omdat er teveel decubitus was. Intussen is het risico kleiner geworden en de zorg is veranderd, maar de regels zijn niet herzien.

Het groene vinkje zegt niets over de kwaliteit van zorg, juist het tegenovergestelde wordt door verpleegkundigen aangegeven. Zij ervaren dat de klinische blik wordt verstoord door de vinkjes. Verpleegkundigen ervaren het werken met lijstjes als werken op de automatische piloot of als het lopen met oogkleppen op. Het wordt gezien als een verplicht nummer om te scoren. Wanneer er daadwerkelijk een risico aanwezig is, kan deze gemist worden doordat het klinisch redeneren niet gestimuleerd wordt. Schijnveiligheid wordt door een verpleegkundige benoemd als het effect van de huidige werkwijze, om te sturen op een dashboard die aangeeft of de screening op decubitus is uitgevraagd. Daarbij creëert het vinkje zetten en een lijstje afwerken een beeld dat het werk is gedaan, maar het zegt niets over de kwaliteit van het werk wat iemand geleverd heeft. Een andere verpleegkundige benoemt dat het maar afwachten is of daadwerkelijk de patiënt is gezien en dat het niet blind is ingevuld. Voor een andere verpleegkundige voelt het afvinken als een controle of het werk wel goed is gedaan. Een andere gehoorde opmerking is: *'de organisatie wil nu met de vinkjes-controle druk op ons uitoefenen'*.

Meer autonomie zorgt volgens de verpleegkundigen voor het vergroten van de klinische blik. Dit wordt benoemd als *'vanuit je ervaring kijken'*, *'deskundigheid tonen en inzetten'*, *'gebruik maken van klinisch redeneren'*, *'zelf nadenken'* en *'met je ogen zien en daarnaar handelen'*. Het screenen van risico's bij patiënten zal bewuster worden gedaan. Er zal meer gekeken worden bij welke patiënten dit noodzakelijk is en wie meer aandacht behoeft. Het totaal plaatje van juist die patiënten die een verhoogd risico hebben, zorgt ervoor dat er zij beter in kaart gebracht kunnen worden. Het vertrouwen in elkaar en elkaars professionaliteit is aanwezig, waarbij wel wordt aangegeven dat het iets is wat moet groeien. Maar, zoals een verpleegkundige aangeeft, zullen verpleegkundigen vanuit dit vertrouwen ook juist groeien. Als verpleegkundigen het noodzakelijk vinden dat ze moeten afwijken van protocollen en ze kunnen dit goed onderbouwen krijgen ze dat vertrouwen vanuit het team, en specialist. Daarnaast wordt aangegeven dat deze manier van werken zal leiden tot zinvolle zorg en meer werkplezier. Ook verwachten zij hier blij van te worden en deskundigheid te kunnen tonen. Dat Treant open staat voor meer autonomie bij verpleegkundigen wordt door alle verpleegkundigen bevestigd. Hierbij wordt door drie verpleegkundigen de visie van het toewerken

naar een Magneetorganisatie benoemd als bewijs dat verpleegkundigen meer zeggenschap en autonomie krijgen binnen Treant. Daarbij wordt ook vermeldt dat de wet ' Zeggenschap in de zorg' per 1 juli 2023 in Nederland een feit is en hieraan bijdraagt.

Een methode die genoemd wordt door de verpleegkundigen om risicoscreening voor decubitus toe te passen bij meer autonomie, is het klinisch redeneren. Dit wordt geleerd in de opleiding en door werkervaring breidt deze kennis zich verder uit. Het is naar de patiënt kijken in de volste breedte van de zorg, of zoals een andere verpleegkundige benoemt *'We kijken naar het totaalbeeld. Als het ene hapert, moeten we misschien een ander ding bijschaven?'*. Aangezien het klinisch redeneren verder wordt ontwikkeld tijdens het werken in de praktijk, is het tevens een onderdeel van de begeleiding van leerlingen. De vragen die hierbij gesteld worden zijn de volgende: Wat lees je, en komt dat overeen met wat je ziet? Wat kan ik daar aan doen, wat moet ik daar mee, klopt het wel? De verpleegkundigen geven aan dat je de hele dag bezig bent met het klinisch redeneren. Aangegeven wordt dat er voldoende kennis, kunde en inzicht nodig is om daadwerkelijk alle punten in overweging mee te kunnen nemen. Het bespreken van de belangrijkste patiënten wordt dagelijks gedaan op basis van klinisch redeneren samen met de leerlingen. Eén verpleegkundige geeft aan dat het klinisch redeneren het doorlopen en toepassen in de PDCA cyclus de methode is die je de gehele dag door toepast. Veel verpleegkundigen doen dit onbewust, echter is het van belang om hier meer bewustwording te creëren. Zeker wanneer vinklijstjes worden losgelaten. Anderen hebben ook aangegeven dat het klinisch redeneren als methode wel organisatie breed opgepakt moet worden.

#### 4.3.2 Competentie

Risicoscreening op decubitus wordt door alle verpleegkundigen benoemd als een expertise waarin zij bekaam zijn geworden tijdens de opleiding. Op basis van hun groeiende klinische blik kunnen startende verpleegkundigen zich hierin ontwikkelen. Een aantal verpleegkundigen geeft hierin ook aan dat een lijstje als hulpmiddel gebruikt kan worden zolang dit niet verplicht is. Het herkennen en begrijpen van de situatie, dat heeft te maken met ervaring. Een ander benoemt dat het vaak niet één ding is wat er speelt bij een patiënt, het is heel omvattend. Er wordt bij meerdere interviews aangegeven dat werkervaring de basis is om het risico op het ontwikkelen van decubitus in te schatten. Daarnaast werd door twee verpleegkundigen aangegeven dat het 'blijven leren' ook van

belang is, waarbij het ziektebeeld COVID als voorbeeld wordt gegeven. Door ervaringen te delen wordt er met elkaar geleerd. Dit gebeurt volgens meerdere verpleegkundigen op de werkvloer, door bijvoorbeeld met elkaar in gesprek te gaan over risico's die bij patiënten aanwezig zijn. Vragen die gesteld worden zijn: zijn er patiënten die risicofactoren hebben? Wat is er ingezet en wat is er niet ingezet? Doen we er op dit moment alles aan om decubitus te voorkomen? Vooral op de afdelingen waar verpleegkundigen in opleiding werken, wordt hier veel aandacht aan besteed. Eén verpleegkundige benoemt ook dat leerlingen ervoor zorgen dat je zelf ook je kennis goed moet bijhouden aangezien zij veel vragen stellen.

#### 4.3.3 Verbondenheid

De verpleegkundigen geven aan dat een veilig leerklimaat aanwezig is. Dit wordt ervaren doordat allerlei zaken bespreekbaar zijn, en collega's elkaar in waarde laten. Een ander geeft aan het belangrijk te vinden dat iedereen zijn eigen mening kan geven wanneer er wordt afgeweken van het protocol. Soms wordt deze mening niet gedeeld, maar is het wel bespreekbaar. Veel verpleegkundigen benoemen waarde te hechten aan het vaste moment van de dag waarin je zaken kunt bespreken als je iets niet weet. Hierin kan worden aangegeven dat iemand hulp nodig heeft of kunnen vragen gesteld worden. Het zogenaamde 'fit to fly'<sup>8</sup> moment wordt zelfs gebruikt om met kleuren aan te geven of je in controle bent. Wanneer je een groene kleur aangeeft voel je je goed, bij oranje kun je wel wat hulp gebruiken en bij rood kun je het niet meer overzien. Maar het belangrijkste is het bespreken van de onzekerheid die verpleegkundigen ervaren over bepaalde patiënten. Zo wordt als voorbeeld aangegeven: *'Ik heb een patiënt waar ik mij niet prettig bij voel. Ik kan de vinger er niet op leggen wat er aan de hand is, wat vinden jullie als collega's ervan?'* Naast dit vaste overlegmoment, hebben meerdere verpleegkundigen aangegeven dat op hun afdeling gewerkt wordt met een zogenaamd buddysysteem. Dit houdt in dat je gekoppeld bent een andere collega, waar je zaken mee kunt bespreken en afstemmen voor de hele werkdag. Eén van de verpleegkundigen benoemt het samen werken juist als leermoment. Dat geldt ook wanneer er discussie ontstaat waarom de één de patiënt wel risicovol vindt en de ander niet. Ook hierin wordt door een andere verpleegkundige aangegeven dat er beargumenteerd afgeweken kan worden van het protocol door dit met verpleegkundigen en artsen te bespreken. Tijd en ruimte om dit soort

---

<sup>8</sup> Fit to fly is een gezamenlijke dienst-start en dienst-evaluatie van verpleegkundigen.

onderwerpen te bespreken en de verdieping in te gaan zijn van groot belang. Maar ook een verandering kan even onder de aandacht gebracht worden bij alle teamleden tijdens vaste overlegmomenten. De 'fit to fly' werd door meerdere verpleegkundigen aangegeven als het moment om risico-screening voor decubitus onder de aandacht te kunnen brengen als afvinklijstjes niet meer aanwezig zijn.

#### 4.3.4 Risico-eigenaarschap

De bevindingen vanuit het perspectief risico-eigenaarschap hebben te maken met de vraag wat verpleegkundigen nodig hebben om zich weer verantwoordelijk te voelen voor de risicoscreening van decubitus. Zich verantwoordelijk voelen heeft voor de verpleegkundigen alles te maken met het doel wat zij voor ogen hebben. Het wordt in velerlei woorden aangegeven, maar allen geven aan dat de patiënt het doel is. Het welzijn van de patiënt en het voorzien in een optimale behandeling is het uitgangspunt, wat samen met de patiënt wordt bepaald. Het geven van goede patiëntenzorg wordt omschreven met de volgende punten: zelf risico's screenen, verwachtingen naar elkaar uitspreken, experimenteren, erger voorkomen en kritisch met elkaar zijn. Op deze manier is en voelt een ieder zich verantwoordelijk, wat zal toenemen wanneer verpleegkundigen meer bewust nadenkt. Wanneer het gaat om decubitus benoemt een verpleegkundige dat het belangrijk is om te benoemen dat het voorkomen van decubitus hoog in het vaandel staat binnen Treant. Voor risico-eigenaarschap dienen randvoorwaarden inzichtelijk te zijn. Zoals 'criteria vaststellen zodat voor iedereen duidelijk is wat Treant breed van toepassing is'. Het anders inrichten van het digitaal patiëntendossier wordt genoemd, met voorbeelden hoe dit mogelijk gemaakt kan worden. Andere voorwaarden die genoemd zijn gaan over competenties van de verpleegkundige. Hiermee wordt onder andere bewustwording van het klinisch redeneren genoemd, maar ook het meenemen van jonge onervaren verpleegkundigen, en het geven van goede instructies. Verpleegkundigen benoemen ook allerlei overlegvormen welke gebruikt kunnen worden voor deze voorwaarden.

In de huidige situatie geven de verpleegkundigen aan dat ze geen totaalbeeld hebben hoe vaak decubitus voorkomt op de afdeling. Wanneer bekend is hoeveel patiënten decubitus hebben op de afdeling, kan er een plan gemaakt worden om te verbeteren, geeft een verpleegkundige aan. Een ander beschrijft dit als het creëren van meer bewustwording wanneer de incidentie bekend is. Het

inzien van die resultaten wordt als meerwaarde gezien om te leren en te verbeteren. Daarbij geeft één verpleegkundige aan dat het ook goed is dat de Raad van Bestuur deze cijfers kan zien wanneer verpleegkundigen hier meer autonomie in krijgen. Er wordt gezegd: *‘als we er mee starten, dan kunnen we na drie maanden kijken naar de cijfers, dan voel je je ook gezamenlijk verantwoordelijk’*. Een andere verpleegkundige geeft aan: *‘het is interessant wanneer er veel decubitus op een afdeling geconstateerd wordt, hoe pakken zij dit snel op, hebben zij hun screening goed?’*.

#### 4.3.5 Vaardigheden verpleegkundigen voor organiseren risico-eigenaarschap

De verpleegkundigen die geïnterviewd zijn hebben van tevoren een poster met vaardigheden voor risicoleiderschap ontvangen, zie bijlage 6. Daarbij is gevraagd om vier vaardigheden te benoemen die je als verpleegkundigen nodig hebt voor het inschattingsvermogen bij risicoscreening op decubitus en/of het organiseren ervan. En die het tonen van risico-eigenaarschap kunnen ondersteunen. Aansluitend aan het interview zijn deze vier vaardigheden besproken en kon een toelichting gegeven worden voor de keuze. De vaardigheid die door zeven van de acht verpleegkundigen is genoemd, is de volgende: **‘Vanuit vertrouwen omgaan met risico’s’**. Het gaat om vertrouwen in elkaar bij het uitvoeren van de risicoscreening voor decubitus. Dit betekent het hebben van vertrouwen in elkaar en elkaars professionaliteit en vakmanschap. Het wordt gezien als een voorwaarde en het vertrouwen moet groeien. Daarbij wordt ook het elkaar aanspreken benoemd als een onderdeel van het vertrouwen. Daarnaast kunnen we stellen dat drie van de 19 vaardigheden niet gekozen zijn, dit betreft: “Een risicoleider nodigt uit tot omgaan met risico’s”, ‘Onderzoek beperken’, en ‘Verspillingen toelaten’. Wanneer gekeken wordt naar de topics/concepten die gebruikt zijn bij het coderen van de interviews, dan kunnen we de concepten autonomie, competentie en verbondenheid, relateren aan een aantal vaardigheden zoals omschreven door de geïnterviewden. Zie bijlage 7 voor de toelichtingen van de geïnterviewden per gekozen vaardigheid.

#### 4.3.6 Subconclusie gehouden interviews met verpleegkundigen

Verpleegkundigen ervaren in de huidige situatie weinig autonomie als het gaat om de risicoscreening voor decubitus. Als oorzaak wordt aangegeven dat er sprake is van een krampachtige beheersing van risico’s in de patiëntenzorg, waarbij regels niet zijn herzien in een



veranderende zorgwereld. Het compliance management versterkt de regeldruk. Dit betekent dat er gestuurd wordt op de registratie-uitkomst in plaats van de prestatie-uitkomst. De behoefte voor meer autonomie bij deze risicoscreening op decubitus is bij alle verpleegkundigen aanwezig. Het verplichte screeningsinstrument wordt gezien als een afvinklijstje, echter kan het voor de minder ervaren verpleegkundige wel een handig hulpmiddel zijn. Daarbij heeft een ieder aangegeven dat vanuit de organisatie nu ook draagvlak hiervoor aanwezig is. Zij ervaren dit door de toekomstvisie die geschetst wordt in het Meerjarenbeleidsplan, maar ook dat dit uitgedragen wordt door de Raad van Bestuur. De verpleegkundigen geven aan dat er een veilige leeromgeving aanwezig is om te leren en met elkaar in gesprek te gaan. In de praktijk wordt al ervaren dat er een goede basis is om zelf risico's te screenen. Er is vertrouwen in competentie en er zijn vaste momenten om met elkaar in gesprek te gaan over risico's die bij patiënten aanwezig zijn. De methodiek die toegepast kan worden bij de risicoscreening voor decubitus is het klinisch redeneren met de klinische blik van de verpleegkundige. Het wordt door meerdere verpleegkundigen aangegeven als de basis bij het verkrijgen van meer autonomie. Klinisch redeneren is nog geen routine in het dagelijks werk op alle afdelingen. Een toename van bewustwording rondom het klinisch redeneren in de gehele organisatie wordt als voorwaarde gegeven, waarbij er ook de tijd en ruimte voor moet worden genomen. Het tonen van risico-eigenaarschap en dit ervaren heeft voor de verpleegkundigen alles te maken met een duidelijk doel voor ogen hebben. Hierbij voelen zij zich verantwoordelijk en kunnen zij daadwerkelijk sturen op uitkomsten.

De belangrijkste redenen dat verpleegkundigen nog over onvoldoende risico-eigenaarschap beschikken zijn weergegeven in tabel 6. De conclusies van de documentenanalyse en interviews van verpleegkundigen zijn hiervoor gebruikt. Hiermee zal er antwoord gegeven worden op deelvraag 2.

*“Wat zijn in de praktijk de belangrijkste redenen die ervoor zorgen dat individuele verpleegkundigen bij Treant nog onvoldoende risico-eigenaarschap tonen betreffende de risicoscreening op decubitus?”*

Tabel 6: Redenen over het onvoldoende risico-eigenaarschap beschikken door verpleegkundigen

Belangrijkste redenen
1. Treant is een traditionele organisatie, ontworpen voor efficiency, met nadruk op verticale communicatie en controle.
2. Verpleegkundigen hebben geen zeggenschap over de verpleegkundige indicatoren.
3. Er is een krampachtige beheersing van een verpleegkundig risico, waarbij regels niet zijn herzien in een veranderende zorgwereld.
4. Er is nauwelijks tijd om te reflecteren en met elkaar te leren en verbeteren.
5. Professioneel leiderschap op individueel niveau ontbreekt bij de verpleegkundigen.
6. Data uit screeningsinstrumenten worden door kwaliteitsafdelingen gebruikt, maar zijn niet inzichtelijk voor verpleegkundigen. Het leren van resultaten en/of bespreken van de uitkomsten door verpleegkundigen wordt weinig tot niet gedaan.
7. Risicoscreening voor decubitus is gericht op compliance en op controle van naleving van de regels.
8. Verpleegkundigen ervaren weinig autonomie als het gaat om de risicoscreening voor decubitus.

Om een antwoord te kunnen geven op vraag drie heeft een analyse plaats gevonden van de interviews en beschikbare literatuur over vaardigheden voor risicoleiderschap (van Staveren, 2019).

*Deelvraag 3: Welke vaardigheden voor risicoleiderschap kunnen verpleegkundigen ondersteunen bij het tonen van risico-eigenaarschap?*

Voor verpleegkundigen was het lastig om een keuze te maken, aangezien alle vaardigheden van toepassing zijn. Het is afhankelijk in welke situatie iemand zich bevindt en welke patiënten doelgroep en collega's iemand om zich heen heeft. Verpleegkundigen gaven aan dat ze de vaardigheden voor risicoleiderschap in meer of mindere mate als basis bezitten, en kunnen deze op de werkvloer inzetten. Competenties die vanuit het LAZ (2023) worden genoemd om eigenaarschap te versterken, zijn vooral gericht op het leren en reflecteren, samen met elkaar op de werkvloer. Het gesprek aangaan, rolmodellen inzetten en experimenteren vanuit ervaringen samen met het team. Op basis hiervan kunnen de volgende vaardigheden voor risicoleiderschap ondersteunend zijn aan het tonen van risico-eigenaarschap: een risicoleider: 'nodigt uit tot omgaan met risico's'; 'gaat effectief om met risico's'; 'stelt vragen boven antwoorden'.

## Hoofstuk 5. Ontwerp en validatie

### 5.1 Ontwerpcriteria

Voorafgaande aan het ontwerp is het van belang om criteria te bepalen waar het ontwerp van het organiseren van risico-eigenaarschap over verpleegkundige indicatoren aan moet voldoen. In de huidige situatie zijn de redenen voor het tonen van onvoldoende risico-eigenaarschap afgezet tegen de gewenste situatie. De gewenste situatie is afgeleid uit de interviews met de thema's autonomie, competentie, verbinding en risico-eigenaarschap. De resultaten uit het literatuur- en praktijkonderzoek zijn afgezet tegen de gewenste situatie vanuit de praktijk. Door deze samen te voegen ontstaat een overzicht van de ontwerpcriteria over hoe risico-eigenaarschap van verpleegkundige indicatoren ontwikkeld kan worden door en voor verpleegkundigen, zie tabel 7.

Tabel 7: Ontwerpcriteria literatuuronderzoek, documentenanalyse en gewenste situatie vanuit de interviews

	Literatuur	Documentenanalyse	Interview
1.	Een organisatie die gericht is op leren en verbeteren, in staat om te experimenteren en mogelijkheden te verruimen (Daft, 2016). Interactie tussen mensen (Weick, 1995). Creëren van organisatiestructuren waarin autonomie vorm kan krijgen (LAZ, 2023). Randvoorwaarden structuur en cultuur zijn mede bepalend voor innovatie (Van Staveren, 2009).	Strategische doelen van Treant zijn een horizontale structuur met meer dwarsverbanden. Effectief bijdragen aan continue verbetering van de kwaliteit van zorg. Effectief samenwerken. Het zijn van een lerende organisatie (MJB, 2022-2027).	Verpleegkundigen ervaren dat Treant open staat voor meer autonomie vanuit het MJB en dit wordt uitgedragen door de RvB.
2.	Eigenaarschap leidt tot zeggenschap (Van Hell & Cusveller, 2013). Twee elementen die zeggenschap stimuleren zijn in gesprek durven gaan en eigenaarschap bevorderen. Het creëren van een organisatiestructuur waar zeggenschap vorm krijgt (LAZ, 2023).	Het tonen van eigenaarschap, het ervaren van zeggenschap in zijn eigen werk en effectief bijdragen aan het vergroten van de kwaliteit van zorg (MJB, 2022-2027).	Toewerken naar een Magneet-organisatie. Wet "Zeggenschap in de zorg".
3.	Professionals vertrouwen op hun expertise en spelen een grote rol in het verkleinen van risico's (Weick en Sutcliffe, 2007). Vanuit de bedoeling werken (Hart, 2014). Vertrouwenscontract is essentieel bij meer handelingsvrijheid en een minimum aan controlemaatregelen (Storr, 2003). Relatie tussen regeldruk en vertrouwen in	Het versterken van de autonomie en het eigenaarschap van de verpleegkundige beroepsgroep (MJB, 2022-2027).	De RvB geeft vertrouwen door verpleegkundigen meer zeggenschap te geven. Hierdoor is er meer autonomie in de risicoscreening van verpleegkundige indicatoren.

	Literatuur	Documentenanalyse	Interview
	zorgprofessionals.(Zegers & Gerritsen, 2021), (Elbers & Gilbers, 2017), (Kraaijeveld 2018), (Berwick, 2017). Uitgangspunt voor verbeteren van patiëntveiligheid (Tijd voor Verbinding, 2020). Laten bloeien van vertrouwen (Prusac & Cohen, 2001).		.
4.	Geven van ruimte aan professionals voor autonomie (KPMG, 2020), (Pursio, 2021), (Bal et al.,2018). Voldoende tijd voor de zorg (VvAA & Beroepseer, 2022).	Tijd is van belang om met elkaar te leren en reflecteren (Met Verve!, 2022).	Tijd en ruimte is van groot belang om onderwerpen te bespreken en de verdieping in te gaan.
5.	Leadership-as-Practice, leiderschap in plaats van leiders (Martini et al.,2022), (Raelin, 2011). Risicoleiderschap, doelgericht omgaan met risico's en kansen vanuit onzekerheid (Van Staveren, 2019). Competentie als factor die invloed heeft op intrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 2000). Aanwezigheid van kennis en vaardigheden zijn voorwaarden voor competent zijn (Rupert, 2013). Het belang van werkervaring (Pursio, 2021).	Professioneel leiderschap tonen voor risicoscreening op decubitus (MJB 2022-2027).	Het kunnen tonen van deskundigheid bij meer autonomie. Werkervaring is de basis voor risicoscreening op decubitus .
6.	Leren van dagelijkse zorgactiviteiten met gewenste uitkomsten (NEN, 8009). Postmodern ontwikkelingsperspectief gericht op leren en verbeteren (Daft, 2016). Risicogestuurd werken (Van Staveren, 2015).	Verpleegkundigen gebruiken data om na te denken over verbetering van de kwaliteit en veiligheid van hun patiëntenzorg (Met Verve, 2022).	Het inzien van de resultaten van zorg is van belang om te leren en te verbeteren. Sturen op uitkomst van zorg.
7.	Het ontwikkelen van de klinische blik (Argyris, 1977), (Schön & Argyris, 1996). Leren door naar elkaar te luisteren en via anderen naar zichzelf te luisteren (Raelin, 2011). Toepassen van de risicodialoog (Van Staveren, 2023). Verbinding als factor die invloed heeft op intrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 2000).	Ervaren verpleegkundigen gebruiken hun klinische blik om goede zorg te leveren. Screeningsinstrument als hulpmiddel kunnen gebruiken voor het structureren van werkrouines (Met Verve!, 2022).	Klinische blik toepassen als professioneel oordeelsvermogen. Meer autonomie zorgt voor het vergroten van de klinische blik. Op basis van een groeiende klinische blik kunnen startende verpleegkundigen zich ontwikkelen.
8.	Autonomie als sleutel voor het reguleren van regeldruk en definitie (Hupe, 2009). Psychologische basisbehoefte voor persoonlijk risicoleiderschap (Van Staveren, 2019). Behoefte aan autonomie (Van den Broeck et al., 2009). Meer autonomie zorgt voor het ervaren van meer verantwoordelijkheid (Milette & Gagne, 2008).Legitimeren van professionele autonomie (Skar, 2009), (DiMaggio & Powell, 1983). Risico-eigenaarschap tonen als vaardigheid van risicoleiderschap (Van Staveren, 2019). Aanwezigheid van rolmodellen (LAZ, 2023).	Versterken van de autonomie en het eigenaarschap van de verpleegkundige beroepsgroep. Het beleid moet goed aansluiten bij de praktijk (MJB 2022-2027).	De behoefte voor meer autonomie bij de risicoscreening op decubitus is bij alle verpleegkundigen aanwezig. Op basis van klinisch redeneren bij de risicoscreening op decubitus neemt de autonomie toe.

De definitieve selectie van criteria voor een effectief ontwerp is afgeleid vanuit de criteria aangegeven in tabel 7. Er is gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen de criteria uit de literatuur, de documentenanalyse en de interviews naar de manier waarop verpleegkundigen risico-eigenaarschap kunnen nemen over het al dan niet screenen op decubitus.

Tabel 8: Definitieve ontwerpcriteria

1	Zorg dragen voor een lerende organisatie
2	Zeggenschap ervaren over de verpleegkundige indicatoren
3	Vertrouwen krijgen op basis van vakmanschap
4	De nodige tijd gefaciliteerd krijgen
5	Professioneel leiderschap tonen voor risicoscreening op decubitus
6	Verpleegkundigen kunnen sturen op uitkomsten
7	Geen standaardisering van screeningsinstrumenten, maar toepassen van de klinische blik
8	Meer autonomie voor het effectief omgaan met verpleegkundige indicatoren

In hoofdstuk 3 is de door Deci & Ryan (2000) beschreven zelfdeterminatie theorie voor het individu toegelicht. Op basis van deze theorie is gekeken op welke wijze de acht criteria kunnen leiden tot het verkrijgen van meer autonomie, bezitten van competentie en verbinding ervaren om samen te leren. Vanuit de ontwerpcriteria wordt stapsgewijs beschreven hoe risico-eigenaarschap door en voor verpleegkundigen ontwikkeld kan worden.

Een aantal criteria is gericht op voorwaarden vanuit de organisatie en deze spelen zich af op het strategische niveau. Dit betreffen de punten 1, 2, 3 en 4. Twee criteria zijn gericht op tactisch niveau, criteria 5 en 6. Tot slot zijn er twee criteria gericht op de handeling van de individuele verpleegkundige op operationeel niveau, nummer 7 en 8. De criteria worden vervolgens in deze verdeling nader toegelicht.

### Strategisch niveau

1.	Er is sprake van een lerende organisatie.	} Over autonomie beschikken
2.	Zeggenschap ervaren over de verpleegkundige indicatoren.	
3.	Vertrouwen krijgen op basis van vakmanschap .	
4.	De nodige tijd gefaciliteerd krijgen	

Een eerste stap is in de projectgroep gezet waarbij verpleegkundigen hebben aangegeven hoe ze willen omgaan met de risicoscreening voor decubitus om een verbetering in hun dagelijks werk te bewerkstelligen. Verpleegkundigen hebben zelf op basis van intrinsieke motivatie de keus gemaakt voor het toe-eigenen van eigenaarschap over verpleegkundige indicatoren. Dit betekent dat zij zeggenschap en verantwoordelijkheid hebben over de verpleegkundige indicatoren waaronder het ontstaan van decubitus. Het tonen van risico-eigenaarschap door verpleegkundigen hangt nauw samen met de context waarin wordt gewerkt. Dit wordt bepaald door de structuur en cultuur van de organisatie. De knelpunten die aangegeven worden hebben te maken met de structuur die op dit moment aanwezig is. Treant heeft echter de ambitie om de verschuiving te maken van een organisatie die gericht is op controle en efficiëntie naar een postmodern ontwikkelingsperspectief die gericht is op leren en verbeteren. Het is de systeemwereld die nu overheerst en bepalend is over hoe de verpleegkundigen risicoscreening toepassen op de verpleegkundige indicatoren. Om dit te veranderen en er voor te zorgen dat verpleegkundigen ook zeggenschap ervaren over verpleegkundige indicatoren, zullen formeel afspraken hierover gemaakt moeten worden door de Raad van Bestuur. Dit gaat om afspraken over rollen, taken en verantwoordelijkheden maar ook het formeel beschikbaar stellen van tijd en andere faciliteiten die daarvoor nodig zijn. Dit zal resulteren in het beschikken over meer **autonomie** voor de verpleegkundigen en mandaat voor de risicoscreening op decubitus op basis van vertrouwen.

### Tactisch niveau

5.	Professioneel leiderschap tonen voor risicoscreening op decubitus.	} Competentie bezitten
7.	Verpleegkundigen kunnen sturen op uitkomsten.	

Het tonen van professioneel leiderschap is één van de doelen in het MJB. Om dit te realiseren is het nodig om een verschuiving van compliance management naar het leren en verbeteren met elkaar te maken, op basis van uitkomsten van de zorg die geleverd wordt. Data van uitkomsten van zorg is aanwezig, het dient alleen zichtbaar te zijn voor de verpleegkundigen om gedurende het werk samen te gebruiken. De opgebouwde **kennis en competentie** vormt de basis en legitimeert de professionele autonomie (DiMaggio & Powell, 1983). Onderzoek heeft laten zien dat naarmate mensen meer autonomie ervaren in hun werk, ze meer **verantwoordelijkheid** ervaren

voor de **uitkomsten**, hetgeen de intrinsieke motivatie stimuleert (Milette & Gagne, 2008). Intrinsiek gemotiveerde zorgverleners werken vanuit de wil om goede en veilige zorg te leveren en de effecten van dit gedrag zijn duurzamer dan wanneer het gedrag op basis van externe prikkels plaatsvindt (Deci & Ryan, 2000).

### Operationeel niveau

6.	Geen standaardisering van screeningsinstrumenten, maar toepassen van de klinische blik.	} Verbinding ervaren om samen te leren
8.	Meer autonomie voor het effectief omgaan met verpleegkundige indicatoren.	

Het is van belang om inzicht te krijgen in het tonen van eigenaarschap en welke vaardigheden nodig zijn voor risicoleiderschap. Verpleegkundigen ervaren in de huidige situatie weinig **autonomie** als het gaat om inschatten van risico's op het ontstaan van decubitus. Echter is er wel behoefte voor meer handelingsvrijheid in deze situatie. Vertrouwen, een veilige cultuur en samen leren door ervaringen te delen worden gezien als basisvoorwaarden die al aanwezig zijn binnen de huidige werkprocessen. Een eenduidige werkwijze om doelgericht om te gaan met onzekerheden is in dit verband nog niet standaard aanwezig. De **klinische blik** wordt hierbij genoemd als instrument voor het professioneel oordeelsvermogen met het klinisch redeneren als toegepaste methodiek. Als voorwaarde wordt door verpleegkundigen aangegeven dat er sprake moet zijn van eenduidige afspraken en structuur. Vanuit de literatuur wordt onzekerheid omschreven als onvolledige zekerheid die wordt veroorzaakt door onvermijdelijke variatie of **gebrek aan informatie**. Het gebrek aan informatie kun je beschouwen als gebrek aan kennis en ervaring (Van Staveren, 2015). De klinische blik van de verpleegkundige is gebaseerd op ervaring met soortgelijke problematiek en patiënten. Dit wordt door verpleegkundigen ingezet om risico's te screenen. Om de klinische blik te ontwikkelen bij minder ervaren verpleegkundigen is het '**leren van elkaar**' op de werkvloer van belang. Meer inzicht in de oorzaak van problemen en een effectieve manier van oplossen zorgt ervoor dat procedures ter discussie worden gesteld en werkprocessen kunnen worden bijgesteld (Pursio, 2021). Van Staveren omschrijft dit als het organiseren van diversiteit door met verschillende professionals in gesprek te gaan om verschillen in risicoperceptie positief te benutten. Hierin heeft intuïtie een belangrijke rol en het niet-pluis gevoel

heeft hier een groot aandeel in. Het toelaten en ontrafelen van die onzekerheid komt de zorg ten goede. Intuïtie maakt dan plaats voor reflectie om de klinische blik te scherpen. Op deze manier wordt een verrijkte awareness gecreëerd die het mogelijk maakt om op adequate wijze te reageren op een gebeurtenis (Weick & Sutcliffe, 2007). Verpleegkundigen geven aan dat het professioneel oordeelsvermogen wordt bepaald door de klinische blik. Er wordt dan uitgegaan van vakmanschap bij verpleegkundigen, waarbij een screeningsinstrument behulpzaam kan zijn bij minder ervaren verpleegkundigen. Het gaat om het vermogen om te anticiperen en waar te nemen, maar ook om doelgericht te werken en leren. Met de betrokkenen kan vervolgens samen een afweging worden gemaakt wel of niet te werken aan onzekerheden. De risicodialoog kan hierbij toegepast worden om risicogestuurd te werken, waarbij de verpleegkundige zelf risicoleiderschap toont. De ultieme vorm van risicosturing is het stellen van de drie DOD-vragen, waarbij alle deelnemers aan het gesprek vrijmoedig spreken en openhartig luisteren om elkaar (beter) te begrijpen, en samen afwegingen te maken om al dan niet iets te doen aan die onzekerheden.

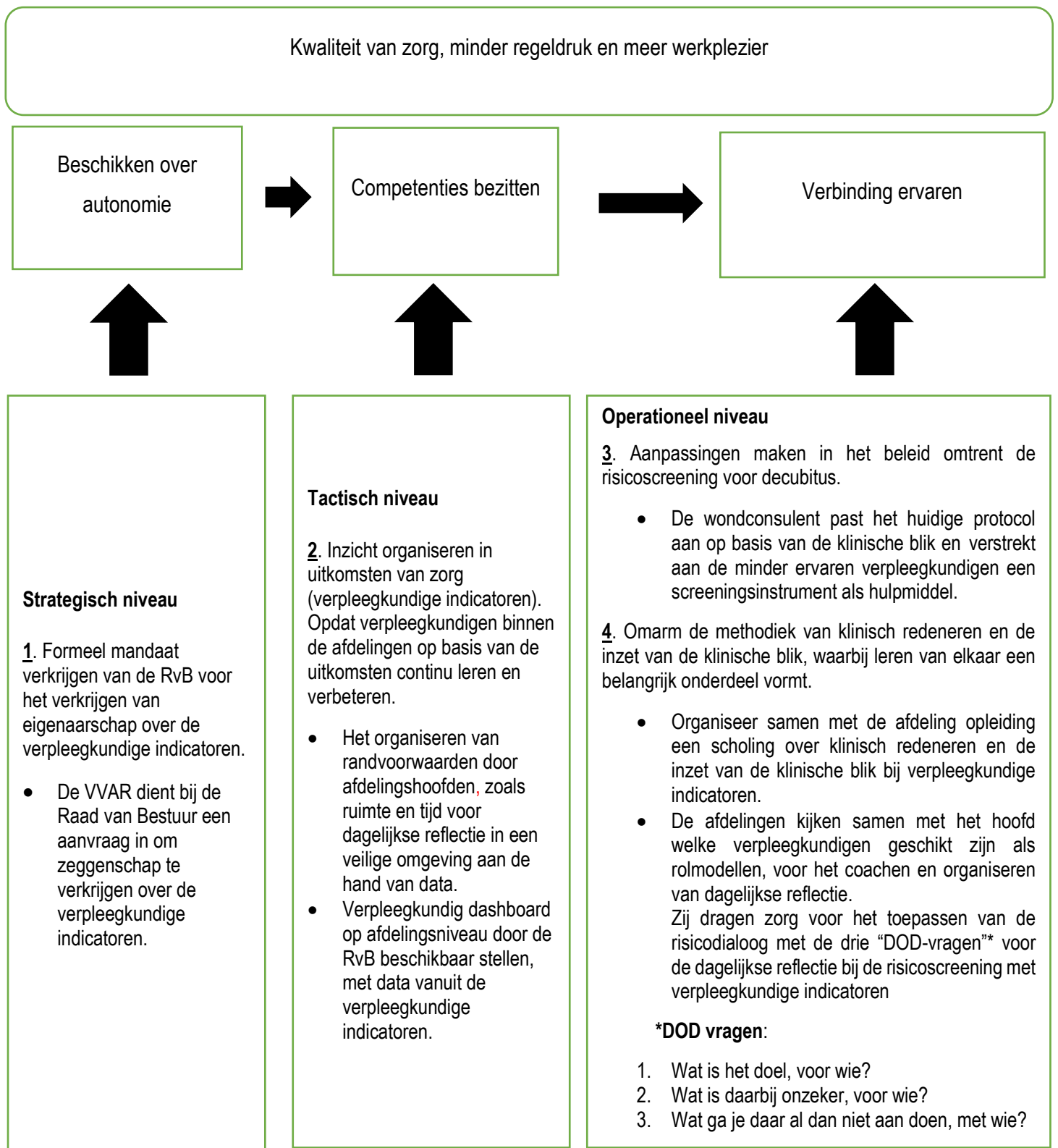
## 5.2 Definitief ontwerp

Het definitief ontwerp zal een antwoord geven op deelvraag 4.

*“Hoe zou, gegeven de uitgevoerde problemdiagnose en de inzichten uit de wetenschappelijke literatuur, het risico-eigenaarschap betreffende de risicoscreening op decubitus succesvol kunnen worden gemandateerd aan en geëffectueerd kunnen worden door de individuele verpleegkundigen bij Treant?”.*

Het ontwerp bestaat uit een viertal onderbouwde voorstellen tot interventies op drie niveaus binnen Treant; strategisch- tactisch- en op operationeel niveau. Deze acties leveren een bijdrage aan autonomie, competentie en verbondenheid. De acties die elkaar versterken zullen leiden tot kwaliteit van zorg, minder regeldruk en meer werkplezier, zie figuur 7.





Figuur 7: Inhoudelijk kader met daarin de doelen op verschillende niveaus om eigenaarschap voor verpleegkundige indicatoren voor en door verpleegkundigen goed ingericht te hebben.

### 5.3 Validatie

Op grond van de vergelijking van de gewenste met de huidige situatie, is de toekomstige te implementeren situatie beoordeeld. Dit heeft in de focusgroep en de interviews met de verpleegkundigen plaatsgevonden. Door de menselijke handelingsvrijheid en de ontstane sterke contextafhankelijkheid zul je aannemelijk moeten maken dat systemen gerealiseerd op basis van het gemaakte generieke ontwerp, over het algemeen de beoogde prestatie zullen leveren (Van Aken & Andriessen, 2011). Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een 'peer review', dit betekent dat de twee wondconsulenten betrokken zijn in het voortraject dat in projectvorm is gestart en gedurende het onderzoek. Het definitieve oordeel van de verpleegkundigen over de omgang met de risicoscreening op decubitus is met ze besproken om draagvlak te verkrijgen. Wondconsulenten hebben het huidige beleid opgesteld over de standaardisering, op basis daarvan kunnen ze beoordeeld worden als experts betreffende de verpleegkundige indicator decubitus. De voorgestelde interventies met daarbij het aanpassen van het huidig beleid vinden ze een goed voorstel. Maar ook aan andere verpleegkundigen die niet betrokken waren in het onderzoek is informeel navraag gedaan over hun mening over risicoscreening bij decubitus. Alle verpleegkundigen reageren heel enthousiast over de voorgestelde interventies. En ze staan open om een oordeel te geven, over hoe risicoscreening met inzet van de klinische blik vorm te geven bij de andere verpleegkundige indicatoren. Het draagvlak van RvB is groot, hun strategische doelen zijn gericht op het vergroten van autonomie van de verpleegkundigen. Het ontwerp kan gezien worden als een start tot het realiseren van deze doelen. De VVAR heeft het ontwerp beoordeeld namens de verpleegkundige beroepsgroep van Treant. Zij vergelijken het gepresenteerde ontwerp met vergelijkbare systemen uit hun ervaring en beoordelen de te verwachte prestaties van het nieuwe systeem op grond van die vergelijking (Van Aken & Andriessen, 2011).

## Hoofdstuk 6. Conclusie en aanbevelingen

### 6.1 Conclusie

De aanleiding voor dit onderzoek was de toenemende regeldruk waarbij het professionele oordeelsvermogen en het eigenaarschap voor kwaliteit van zorg bij verpleegkundigen worden uitgehold. Hierbij stond de volgende vraag centraal: *“Hoe kunnen individuele verpleegkundigen van Treant risico-eigenaarschap organiseren om regeldruk te verminderen als het gaat om risicoscreening op decubitus?”*.

#### 6.1.1 Beantwoording centrale onderzoeksvraag

De basisvoorwaarde voor het verminderen van de regeldruk is het organiseren van meer autonomie bij verpleegkundigen. Hierbij staat een aantal factoren centraal voor het kunnen tonen van risico-eigenaarschap: competenties bezitten, verbinding ervaren en het beschikken over autonomie (Deci & Ryan, 2000). Aan de hand van literatuuronderzoek, een documentenanalyse en interviews, zijn acht ontwerpcriteria vastgesteld over hoe risico-eigenaarschap van verpleegkundige indicatoren ontwikkeld kan worden door en voor verpleegkundigen. Op basis van de theorie van Deci & Ryan (2000) is gekeken op welke wijze de acht criteria kunnen leiden tot het verkrijgen van meer autonomie, over voldoende competenties beschikken en verbinding ervaren om samen te leren.

De eerste stap die leidt tot het ervaren van meer autonomie door verpleegkundigen, is door afspraken formeel vast te laten leggen door de Raad van Bestuur. Het gaat hierbij om het verkrijgen van mandaat voor de risicoscreening op decubitus op basis van vertrouwen. Het legitimeren van de professionele autonomie is op basis van de opgebouwde kennis en competentie van de verpleegkundigen (DiMaggio & Powell, 1983). Om te kunnen leren en kennis te vergroten, is het van belang dat verpleegkundigen toegang hebben tot data van uitkomsten van zorg. De vaardigheden die verpleegkundigen kunnen ondersteunen bij het tonen van eigenaarschap, hebben alles te maken met de verbinding tussen verpleegkundigen. Het **samen leren en experimenteren** op de werkvloer met **rolmodellen** die dit ondersteunen, zorgt ervoor dat het professioneel oordeelsvermogen verder wordt ontwikkeld. De klinische blik en het klinisch redeneren zorgen voor de mogelijkheid om **doelgericht** om te gaan met onzekerheden. Om dit

gestructureerd vorm te geven kan de **risicodialoog** toegepast worden om risico gestuurd te werken, waarbij de verpleegkundige zelf risicoleiderschap toont. Het stapsgewijs toewerken naar autonomie, competentie en verbondenheid voor verpleegkundigen is uiteen gezet in een definitief ontwerp.

Het ontwerp stelt Treant in staat om eigenaarschap voor verpleegkundige indicatoren voor en door verpleegkundigen goed ingericht te hebben. Dit betekent implementatie van een viertal onderbouwde voorstellen tot interventies op drie niveaus binnen Treant; op strategisch, tactisch, en op operationeel niveau. Deze acties leveren een bijdrage aan autonomie, competentie en verbondenheid. De acties, die elkaar versterken, zullen op basis van dit onderzoek naar verwachting leiden tot een betere kwaliteit van zorg, minder regeldruk en meer werkplezier. Gedurende het onderzoek is er continu aandacht geweest voor het verbinden van de voorgestelde interventies met de strategische doelen van Treant.

#### 6.1.2 Onderzoeksbependingen

Er zijn gedurende het onderzoek twee beperkingen geconstateerd, die te maken hebben met de relatief korte onderzoeksperiode. Ten eerste is in deze thesis de focus gelegd op één verpleegkundige indicator, het ontstaan van decubitus. Echter voor de implementatie van het ontwerp kun je de verandering niet toepassen op één verpleegkundige indicator, maar dien je alle verpleegkundige indicatoren mee te nemen waar nu regeldruk bij wordt ervaren. Het betreft de indicatoren pijn, ondervoeding en de kwetsbare oudere. Deze vormen samen met decubitus de vier indicatoren waarbij nu gestuurd wordt op compliance en niet op de uitkomsten van de zorg.

Daarnaast kwam gedurende het onderzoek de wens naar voren om te kijken op welke manier Evidence Based Practice (EBP) op basis van de data toegepast kan worden op de werkvloer. In deze thesis is vooral gekeken naar het inschatten van risico's als het gaat om patiëntveiligheid. Daarmee is het leren en verbeteren gericht op het proactief sturen op basis van data. Een analyse over het achteraf sturen op deze data waarvoor EBP ingezet kan worden, is door de beperkte onderzoeksperiode en de grootte van de thesis niet gerealiseerd.

### 6.1.3 Wetenschappelijke en praktische relevantie

In de thesis is vanuit de literatuur gekeken naar oorzaken en mogelijke oplossingen voor regeldruk betreffende de risicoscreening van verpleegkundige indicatoren. De uitgevoerde literatuurstudie heeft duidelijk gemaakt welke variabelen te gebruiken zijn voor het organiseren van risico-eigenaarschap voor en door verpleegkundigen. De bijdrage aan de wetenschappelijke literatuur is de onderzochte relatie tussen het tonen van risicoleiderschap wanneer het gaat om risicoscreening van verpleegkundige indicatoren en het verminderen van regeldruk. Ten aanzien van de praktische relevantie heeft het onderzoek inzage gegeven **op welke manier** verpleegkundigen risico-eigenaarschap kunnen tonen. In deze tijd is regeldruk in de zorg met de krapte op de Nederlandse arbeidsmarkt een maatschappelijk probleem. In dat kader zijn de resultaten van dit onderzoek te beschouwen als een maatschappelijke bijdrage. In het bijzonder voor het landelijk programma Ontregel de Zorg. Hierbij is het doel gesteld om meer tijd en werkplezier voor alle zorgverleners te creëren, door regeldruk te lijf te gaan ([www.ordz.nl](http://www.ordz.nl)).

### 6.2 Aanbevelingen

Een eerste aanbeveling voor Treant is de implementatie van het kader zoals voorgesteld in het ontwerp. Het is een inhoudelijk kader met een viertal interventies over de manier waarop risico-eigenaarschap van verpleegkundige indicatoren ontwikkeld kan worden voor en door verpleegkundigen. Daarnaast is aan te bevelen om verder onderzoek te doen naar de mate van implementatie van risico-eigenaarschap binnen de organisatie. Het doel is dat de verpleegkundigen minder regeldruk ervaren en zij gemotiveerd worden doordat zij meer autonomie ervaren. Dit zal resulteren in een toename van werkplezier en een verbetering van de kwaliteit van zorg. In een vervolgonderzoek kan het effect van de interventie gemeten worden en kan worden geëvalueerd of dit heeft geleid tot de gewenste uitkomst. Een derde aanbeveling is om in vervolgonderzoek EBP vorm te geven binnen het model. Het onderzoek zal vooral gericht moeten zijn op de vraag wat verpleegkundigen nodig hebben voor het toepassen van EBP bij verpleegkundige indicatoren. Dit betekent dat in de handelwijze van professionals, individuele klinische expertise met het best beschikbare wetenschappelijke bewijs en de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt geïntegreerd wordt (Vermeulen & Tiemens, 2015).

Het ontwerp biedt de mogelijkheid te streven naar een integrale aanpak voor alle verpleegkundige indicatoren binnen Treant ziekenhuizen. Hoewel de problematiek betreffende de standaardisering overal hetzelfde is, zal per indicator opnieuw onderzocht moeten worden hoe voor die specifieke indicator risicoscreening vorm gegeven kan worden. De klinische blik met inzet van de risicodialog kan een generieke alternatieve oplossing bieden.

## Bibliografie

- Actal. (2014). *Efficiëntere zorg door slimmer registreren; advies aan minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*.
- Argyris, C. (1977). Double loop learning in organizations. *Harvard business review*, 55(5), pp. 115-125.
- Aven, T. (2016). *The Science of Risk Analysis*. London: Routledge.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Juising, M., Kostelijk, E., & Van der Velden, T. (2021). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Noordhoff Uitgevers.
- Bal, R., Weggelaar, A., & Wallenburg, I. (2018). *Op zoek naar goed leefsysteem. Zorgrebell en het doen van kwaliteit*. Erasmus School of Health Policy & Management.
- Berwick, D. (2017, juni 6). Breaking the Rules for Better Care. *American Medical Association*, pp. 2161-2162.
- Boer, S. (2022, 9 16). Samenwerking met kunstenaars creëert innovatiekracht en meer. *Maandblad voor Accountancy en Bedrijfseconomie*, pp. 187-194. doi:10.5117/mab.96.91086
- Braithwaite, J. (2018). Changing how we think about healthcare improvement. *BMJ*, 361.
- Broeck, A. v., Witte, H. d., Vansteenkiste, M., Lens, W., & Andriessen, M. (2009, nov). Self-Determination Theory: about the quality of work motivation. *Gedrag & Organisatie*, pp. 316-335.
- Buysse, A., Nijbroek, M., Vermunt, M., & Van Zelm, R. (2019). *Registratielast in kaart, aan de hand van patiëntreizen in de medisch specialistische zorg*. Q-Consultzorg.
- Christis, J. (2020). *Methodologie van praktijkgericht onderzoek*.
- Daft, R. L. (2016). *Organisatietheorie en -ontwerp*. Boom.
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, pp. 68-78.

- DiMaggio, P., & Powell, W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. . *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147–160.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. . *Administrative science quarterly*,(44(2)), pp. 350-383.
- Elbers, P., & Girbes, A. (2017). Zorgprofessionals moeten weer sturen . *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* , p. 161.
- Gestel, R., & Hertogh, M. (2006). *Wat is regeldruk? Een verkennende internationale literatuurstudie*. WODC, ministerie van Justitie, .
- Hart, W. (2014). *Verdraaide organisaties, terug naar de bedoeling*. Deventer: Vakmedianet.
- Higgs, J., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions E-book*. Elsevier Health Sciences.
- Hopkin, P. (2018). *Fundamentals of Risk Management*. Kogan Page Limited.
- Hupe, P. (2009). De autonomie van de vakman. In T. Jansen, G. v. Brink, & J. Kole, *Beroepstrots. Een ongekennde kracht*. Boom.
- Koerselman, F. (2017). *Wie zijn wij: Tussen verstand en verlangen*. Prometheus.
- KPMG. (2020). *Eindrapport Merkbaarheidsscan (ont)regel de zorg*.
- Kraaijeveld, K. (2018). *Hoe kunnen we de zorg blijvend (ont)regelen*. De ArgumentenFabriek.
- Kuijzer, H. (2022). Verpleeg-sensitieve indicatoren: een brug te ver? *TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, pp. 40-40.
- Lalleman, P. (2022). *De ontsnapping van verpleegkundig leiderschap. Een ongewis avontuur over voorleven & jezelf in het spel zetten*. Fontys.
- LAZ-Visie-en-roadmap-april-2023.pdf* (zeggenchapindezorg.nl). (2023). Opgehaald van [www.zeggenchap.nl](http://www.zeggenchap.nl): *LAZ-Visie-en-roadmap-april-2023.pdf* (zeggenchapindezorg.nl).



- Martini, D., Kuijper, S., Schoonhoven, L., & Lalleman, P. (2022). Verpleegkundig leiderschap: hoe doe je dat?, 23-25. *TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, 132(2), pp. 23-25.
- Meurs, P. (2014). *Van Regeldruk naar Passende regels, Vertrouwen, Veerkracht, Verantwoordelijkheid, Vrijheid*. Den Haag: Essay op verzoek van ministerie van VWS en van de leden van de Agenda voor de Zorg.
- Millette, V., & Gagné, M. (2008). Designing volunteers' tasks to maximize motivation, satisfaction and performance: The impact of job characteristics on volunteer engagement. *Springer Science+Business Media, LLC* 2008.
- Minister voor Landelijke zorg en Sport. (2022). *kamerbrief-over-programma-ontregel-de-zorg-2022-2025*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Infographic (Ont)Regel de Zorg 2022-2025*. Den Haag.
- Nijhuis, A. (2023). *Samen in de zandbak: Op zoek naar psychologische veiligheid. Een explorand kwalitatief onderzoek naar de psychologische veiligheidspraktijk bij bestuurlijke en managementteams in de cure sector*. [Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam]. Opgehaald van <https://doi.org/10.5463/thesis.57>.
- Perrow, C. (1999). *Normal accidents: Living with high risk technologies*. Princeton.
- Pfaff, H., & Braithwaite, J. (2020). A parsonian approach to patient safety: transformational leadership and social capital as preconditions for clinical risk management—the GI factor. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), p. 3989.
- Poortmans, J. (2016, 22 5). Zorgkwaliteit in ziekenhuizen. Driemaal daags een pijnschaal. *De Groene Amsterdammer*, p. 140. Opgehaald van <https://www.groene.nl/artikel/driemaal-daags-een-pijnschaal>.
- Prusak, L., & Cohen, D. (2001). How to invest in social capital. *Harvard business review*, 79(6), pp. 86-97.

- Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E., & Kvist, T. (2021). Professional autonomy in nursing. *Journal of Nursing Management*, 29(6), pp. 1565-1577.
- Qualicor. (2021). *Auditrapport Treant Ziekenhuiszorg accreditatieprocedure; intern document*. Qualicor Europe.
- Rittel, H., & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4 (2), pp. 155-169.
- Rupert, J., Molleman, E., & Fennis, M. (2013). Van compliance naar participatie. *Eindrapportage literatuuronderzoek. Versterken arbeidsveiligheid*.
- Schön, D., & Argyris, C. (1996). Organizational learning II: Theory, method and practice. *Addison Wesley*, 305(2), pp. 107-120.
- Schuling, G., & Vermaak, H. (2017, 01). Four contexts of action research: Crossing boundaries for productive interplay. *International Journal of Action Research*, pp. 5-23. Opgehaald van <https://doi.org/10.3224/ijar.v13i1.02>.
- Skår, R. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), pp. 2226-2234.
- Snowden, D., & Boone, M. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard business review*, 85 (11), 68.
- Storr, J. (2003). A command philosophy for the information age: The continuing relevance of mission command. *Defence Studies*, pp. 119-129.
- Taskan, B., Junca-Silva, A., & Caetano, A. (2022). Clarifying the conceptual map of VUCA: A systematic review. *International Journal of Organizational Analysis*, 30(7), pp. 196-217.
- Treant. (2022). *Magnetzelfevaluatie; intern document*.
- University of Twente. (2022). *Ethical code*. Opgehaald van <https://www.utwente.nl/en/bms/research/ethics-domainHSS/>.

- Van Aken, J., & Andriessen, D. (2011). *Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek*. Boomlemma.
- Van Aken, J., & Berends, H. (2018). *Problem Solving in Organizations*. Cambridge University Press.
- Van de Bovenkamp, H., Stoopendaal, A., Van Bochove, M., Hoogendijk, H., & Bal, R. (2017). *Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex*. Erasmus School of Health Policy & Management.
- Van Hell, M., Holwerda, T., & Cusveller, B. (2013). Van 'meetlast' naar eigenaarschap: verpleegkundige kwaliteitsindicatoren. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, pp. 47-50.
- Van Lieshout, F., Jacobs, G., & Cardiff, S. (2021). *Actie onderzoek. Principes en onderzoeksmethoden voor participatief veranderen*. Koninklijke van Gorcum.
- Van Staveren, M. (2015). *Risicogestuurd werken in de praktijk*. Vakmedianet.
- Van Staveren, M. (2019). *Risicoleiderschap. Doelgericht omgaan met onzekerheden*. Vakmedianet.
- Van Staveren, M. (2019). *Risk, Innovation & Change: Design Propositions for Implementing Risk Management in Organisations*. Proefschrift, Universiteit Twente.
- Van Staveren, M. (2020). *Iedereen risicoleider*. Boom uitgevers.
- Van Staveren, M. (2023). *Risicodialog*. Boom.
- Van Velden, C., Weggelaar, A., & Van Oostveen, C. (2021). *Info over Geleerde lessen Met Verve!* Opgehaald van Website van Erasmus School of Health Policy & Management: <https://www.eur.nl/eshpm/onderzoek/verpleegkundig-vakmanschap/onderzoekslijn-vijf-themas/veerkracht-van-verpleegkundigen/geleerde-lessen-van-met-verve>.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2021). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Boom uitgevers.
- VvAA, & Beroepseer. (2022). *Brede verkenning zorglandschap*.
- Wagner, C., & Wal, G. v. (2005). Voor een goed begrip. *Medisch contact*, 47, pp. 1888-1891.

- Weber, M. (2011). Systematisch literatuuronderzoek. In J. Van Aken, & D. Andriessen, *Handboek ontwerpgericht onderzoek, wetenschap met effect* (pp. 177-202). Boom Lemma Uitgevers.
- Weick, K. (1995). *Sensemaking in organizations*. Sage.
- Weick, K., & Sutcliffe, K. (2007). *Managing the Unexpected Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. Jossey Bass.
- Wolswijk, E. (2018). *Standaardisatie van Verpleegkundige Risicoscreening in de basis een professioneel hulpmiddel in de praktijk een belemmering*. Utrecht.
- Zegers, M., Gerritsen, G., & Welker, G. (2021). *Experiment Zinvolle Registratie (ZIRE) Van wantrouwen naar vertrouwen*. NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en Zorginstituut Nederland.

## Bijlage 1. Overzicht respondenten

	<b>Leeftijd in jaren</b>	<b>Opleiding</b>	<b>Huidige functie</b>	<b>Jaren ervaring als (senior)verpleegkundige</b>
Respondent 1	44	HBO-V	Seniorverpleegkundige	24 jaar
Respondent 2	37	MBO-V	Verpleegkundige	15 jaar
Respondent 3	36	MBO-V, HBO-V in opleiding	Seniorverpleegkundige	16 jaar
Respondent 4	27	HBO-V	Seniorverpleegkundige	7 jaar
Respondent 5	57	MBO-V	Verpleegkundige	7 jaar
Respondent 6	53	MBO-V	Verpleegkundige	10 jaar
Respondent 7	38	HBO-V	Seniorverpleegkundige	16 jaar
Respondent 8	58	HBO-V	Seniorverpleegkundige	40 jaar
Respondent 9	36	MBO-V	Verpleegkundige	7 jaar
Respondent 10	38	MBO-V, HBO-V in opleiding	Seniorverpleegkundige	15 jaar

## Bijlage 2. Vragenlijsten interview

### Interview verpleegkundigen

*Jullie (verpleegkundigen van algemene verpleegafdelingen) hebben aangegeven dat dagelijkse registratie van de screening op het ontstaan van decubitus geen toegevoegde waarde heeft. Ook zal deze risicoscreening meer ingericht moeten worden vanuit een klinische blik en niet standaard bij alle patiënten moeten worden uitgevoerd op dag nul, dag drie en dag zeven. Naar voren kwam dat registratie en risicobeoordeling van decubitus een opgelegde regel is, die niet vanuit de visie van de verpleegkundige komt.*

*De vragen voor dit interview gaan over de redenen waarom verpleegkundigen nog onvoldoende risico-eigenaarschap beschikken wanneer het gaat over de risicoscreening voor decubitus.*

### Persoonsgegevens

- Leeftijd:
- Opleiding:

### Werkervaring

- Functies en binnen welke organisaties:
- Aantal jaren ervaring als (senior)verpleegkundige:

*De volgende vragen gaan over risicoscreening bij decubitus*

### Autonomie

- Wat versta je onder meer autonomie bij de risicoscreening op decubitus?
- Verwacht je dat de organisatie van Treant open staat voor meer autonomie omtrent deze risicoscreening?
- Wat zal het voor effect hebben op verpleegkundigen als zij hierin meer vrijheid krijgen?
- Hoe zie jij het vertrouwen van de organisatie in verpleegkundigen als het gaat om risicoscreening voor decubitus?

### Competentie

- Hebben alle verpleegkundigen volgens jou de competentie om op basis van vakmanschap te bepalen of iemand een verhoogd risico heeft op decubitus?

- Hoe is het vertrouwen in elkaar om dit op een juiste manier uit te voeren zonder een standaardlijstje die je gaat invullen?

### Verbinding

- Is er ruimte om bij afwijkingen je mening hierover te geven en je keuzes toe te lichten? Kun je hier een voorbeeld van geven?
- Hoe kun je ervaring en kennis over dit onderwerp delen?

### Eigenaarschap

- Op welke manier voel jij je als verpleegkundige betrokken bij de uitkomsten van decubitus op de afdeling?
- Wat heb je nodig om je verantwoordelijk te voelen voor risicoscreening op decubitus?

Heb je zelf nog iets toe te voegen naar aanleiding van de vragen die ik je gesteld heb?

### Bijlage 3. Overzicht coderen interview verpleegkundigen

Topic	Antwoorden respondenten	Antwoord gekoppeld aan thema's	Respondent
Autonomie	<p>Het lijstje en afvinken is denk ik voortgekomen omdat we toch teveel decubitus hadden. Het risico is veel kleiner geworden, de zorg is veranderd, alleen regels zijn niet meegegaan of herzien. Dat is de regel, moeilijk om te veranderen.</p> <p>Wij hebben de patiënt voor ons. Het management ziet niet wat wij allemaal voor werk doen en welke expertise we hebben. Mijn doel is de patiënt.</p> <p>Het afvinken is een "automatische piloot" handeling.</p> <p>Het gaat puur om het doorgegeven aan zorgverzekeringen dat we registreren, maar dat kan prima op een andere manier ingericht worden.</p> <p>Vanuit al die werkgroepen waarin verpleegkundigen ook aanwezig zijn, komen we wel tot de conclusie dat zaken wat op de werkvloer speelt helemaal niet vanuit de inspectie hoeft.</p> <p>Ik weet niet in hoeverre het nog steeds verplicht is.</p> <p><b>Ik merk dat de verantwoording een beetje wegebt bij de verpleegkundigen, we doen dat kunstje lijkt het bijna, en niet meer dat logisch klinisch nadenken.</b></p>	Oorzaak geen tot weinig autonomie	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10</p>
	<p>Wij hebben prima dat inzicht om na te gaan, of dat wel of niet nodig is bij deze patiënt. Als ik zie dat iemand slecht eet en een rode stuit heeft dan laat ik een AD matras komen. En als dat in de beslisboom staat, dat mag pas van graad drie dan ga ik daar toch niet op wachten. Ik wil er al vooraan zijn.</p> <p>Zinnvolle zorg is het uitgangspunt boven het lijstje invullen, ik geef liever goede zorg dan dat ik een lijstje moet afvinken. Je kijkt naar de patiënt en dat is het belangrijkste en niet zozeer naar het lijstje dat je afwerkt. Het lijstje wat we nu hebben is natuurlijk op zich een lijstje die is wel toegankelijk, maar moet niet verplicht gesteld worden. Ik moet mijn eigen kennis daar in uiten en als ik de kennis daar niet in heb, dat ik dat dan ook kan zeggen.</p> <p>De verantwoording ook weer bij ons zelf gaan neerleggen. Het zinvol zijn vind ik één van de belangrijkste dingen hierin.</p>	Behoeft van verpleegkundigen	



	<p>Dat je zelf het risico inschat voor de screening en dat je zelf bepaalt via klinisch redeneren bij wie het nodig is.</p> <p>Ik versta onder meer handelingsvrijheid rondom risicoscreening op decubitus, dat er meer gevaren wordt op de klinische blik van de verpleegkundige.</p> <p>Ik vind de autonomie, dat de verpleegkundige onderbouwd kan zeggen waarom bepaald beleid volgens protocol zou moeten worden uitgevoerd. Of dat je onderbouwd kunt zeggen: 'is dit wel nodig bij deze patiënt?'. Verpleegkundigen zijn mensen die zelf willen denken en niet geleid willen worden door het zien van een groene smiley.</p> <p><b>De verpleegkundigen op de werkvloer moeten zelf weten hoe ze de zorg moeten inrichten, of wat past bij de patiënt, dat vind ik wel belangrijk. Niet de verplichte kost, maar onze eigen klinische blik die we ontwikkelen. Om zelf te beslissen.</b></p> <hr/> <p>Je hebt dan een groen vinkje, maar ik heb dan geen idee wat de kwaliteit van zorg is.</p> <p>Dan zegt mijn onderbuik gevoel, hier klopt iets helemaal niet. Maar goed volgens zo'n scorelijstje hoef ik dan helemaal niets te doen. Nu vind ik wel eens dat we met oogkleppen op lopen. We vinken dit maar af, en dan hebben we ons ding gedaan. Je klinische blik wordt gewoon verstoord door het vinkje. Vragenlijst invullen, dat zegt mij helemaal niets.</p> <p>Met lijstjes wordt eigenlijk alles op de automatische piloot gedaan en wordt niet meer nagedacht over een bepaalde handeling. Lijstjes zorgen er nu voor dat verpleegkundigen minder nadenken.</p> <p><b>De smileys heeft geen meerwaarde nu. Scoren om te scoren. Men moet vertrouwen in vakmanschap.</b></p> <p>De scorelijstjes zijn een verplicht nummer, er wordt wel wat ingevuld, of er wordt ingevuld en er wordt geen actie ondernomen. Maar ik ga echt niet langer voor een afvinklijstje blijven, ik vind niet dat de zorg daar anders van wordt. Neem actie als er risico is, dat mis ik wel eens.</p> <p>Dat er niet standaard op dag nul, drie en zeven een lijstje wordt ingevuld, want dat zegt niets over de blik van de verpleegkundige.</p> <p><b>Het lijkt een kunstje te worden.</b></p> <hr/> <p>Klinische blik wordt vergroot omdat je bewust bij gaat nadenken. Meer autonomie betekent dat je heel anders naar de patiënt gaat kijken, veel meer naar het gehele plaatje. Als we meer uitgaan van onze klinische blik van onze eigen expertise, denk ik dat wij andere dingen kunnen zien bij patiënten. Ik denk dat het beeld wat wij gaan zien completer gaat worden. Elk moment dat je</p>	<p>Effect huidige werkwijze, weinig tot geen autonomie</p> <hr/> <p>Effect gewenste werkwijze, meer autonomie</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>contact heb met de patiënt ben je aan het screenen om verandering waar te nemen en zo lever je de beste zorg.</p> <p>Vanuit je ervaring kijken, welke patiënt heb ik, is die risicogevoelig, dan ga je daar eerder interventies op zetten en scores doen dan iemand die niet gevoelig.</p> <p>Meer autonomie zal zorgen dat verpleegkundigen meer gebruik maken van klinisch redeneren.</p> <p>Meer autonomie betekent dat ik mijn deskundigheid kan tonen. Dat ze je kwaliteiten zien.</p> <p>Niet alle patiënten scoren, veel hebben helemaal geen risico. Je let op die patiënten die wel verhoogd risico hebben, daar heb je dan meer aandacht voor. Eigenlijk beoordeel je alles bij elkaar.</p> <p>Zelf nadenkt over wat ga ik invullen of wat ga ik opschrijven in plaats van het vinkje te zetten.</p> <p>Als medewerkers na gaan denken dan wordt het automatisme eruit gehaald. Door vinkjes te zetten gaan verpleegkundigen minder zelf nadenken. Ik zou er heel blij van worden.</p> <p>In de anamnese moet die uitgevraagd worden en dan niet alleen vinkjes zetten, maar echt dieper uitgevraagd worden.</p> <p>Met je ogen ziet en daarnaar handelt dat vind ik belangrijk. Waardoor je denk ik ook beter doet. Zinvoller werk, het levert dan ook meer werkplezier op. Meer werkplezier, want dan doe je waar het om draait.</p> <p>Bij de patiënten in dagbehandeling waar niet de vinklijstjes van toepassing is, zijn we best wel kritisch met elkaar wanneer je patiënten signaleert met een verhoogd risico betreffende ontstaan decubitus. Verpleegkundigen leren ook weer om zelf na te denken. Effect van autonomie is echt onderbouwd, dat betekent dat heel veel dingen bewuster gebeuren.</p> <p>Door meer handelingsvrijheid bij de verpleegkundige te leggen, worden mensen zich meer bewust van decubitus. Ik verwacht dat het effect zal zijn dat verpleegkundigen meer leiderschap en verantwoording hierin nemen. Dat zij zich meer bewust worden van de screening zonder de lijsten die er aan vast hangen. En zal als zeer prettig worden ervaren door verpleegkundigen.</p> <p><b>Ik denk dat als het verantwoordelijkheidsgevoel veel groter wordt dat je echt voor de patiënt meer zorgt. En de rol van de verpleegkundige kan denk ik daarin wat sterker weggezet worden. De trots van de verpleegkundige en weer trots op de beroepsgroep. Dit zorgt er ook voor dat men ook wel weer graag wil werken voor deze organisatie. Als we niet meer dingen moeten screenen levert dit ook weer tijd op zodat we de zorg beter kunnen inplannen.</b></p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>Vertrouwen</b>	<p>De organisatie wil nu met de vinkjes controle en druk uitoefenen op ons. Ik vind het een beetje schijnveiligheid. Vinkjes zetten en lijstjes afwerken dat geeft vertrouwen. Daarmee laat iemand zien dat hij zijn werk heeft gedaan. Dat is een gegeven maar het zegt niets over de kwaliteit van het werk wat iemand heeft geleverd.</p> <p>Nu is het ook maar afwachten of de verpleegkundig daadwerkelijk de patiënt heeft gezien. en dat het niet blind is ingevuld.</p> <p>Afvinken voelt dat ik gecontroleerd wordt of ik mijn werk wel goed doe.</p> <p>Ik denk dat dat het iets is wat moet groeien. Het vertrouwen in elkaar, de toekomst dat moet gaan uitwijzen dat het vertrouwen moet gaan groeien wanneer de vinklijstjes wegvallen.</p> <hr/> <p>Verpleegkundigen hebben de expertise of kunnen die ontwikkelen om decubitus te screenen op hun klinische blik. Ik denk dat er altijd mensen zijn die zeggen, nee we moeten dat lijstje blijven volgen. Want dat zit er al zo lang in en verandering is moeilijk. Hebben we de expertise wel met z'n allen, maar dat is ook een stukje vertrouwen krijgen in elkaar. De angst ontstaat bij sommige verpleegkundigen, dat als we het zelf mogen doen gaat iedereen het dan wel doen en doet iedereen het op een goede manier.</p> <p>We hebben allemaal ervaren verpleegkundigen. Je mag vertrouwen hebben in de verpleegkundigen en daar zullen ze ook van groeien.</p> <p>Vertrouwen in elkaar en elkaars professionaliteit, daarnaast ook wel zicht hebben op randvoorwaarden.</p> <p>Er is vertrouwen in elkaar en mocht er geen vertrouwen zijn dan moet dat bespreekbaar zijn.</p> <hr/> <p>Afwijken van protocol wordt goedgekeurd als ik maar goed kan onderbouwen. Je merkt dat RvB, mits goed onderbouwd, open staat voor vernieuwing en verandering.</p> <p>Ik verwacht wel dat Treant hiervoor open staat mede omdat Treant een Magnet hospital wil worden van Nederland. Van bovenaf moeten ze vertrouwen hebben in ons.</p>	<p>Effect geen vertrouwen</p> <hr/> <p>Vertrouwen in elkaar</p> <hr/> <p>Vertrouwen krijgen</p>	<p>1. 2. 3. 4 5. 6. 7 8. 9. 10.</p>

	<p>Organisatie staat er niet negatief tegenover. Organisatie staat er wel achter. En ik denk ook wel dat ze er in vertrouwen dat we dat kunnen.</p> <p><b>Als vertrouwen vanuit organisatie er is dan zie ik dat als de ze vertrouwen in mijn kennis en kunde, dat is een fijn gevoel.</b></p> <p>Wordt wel breed opgepakt nu.</p> <p>Organisatie staat er open voor, wordt kritisch gekeken wat echt nodig is voor verantwoording Voorbeeld dat we hebben afgeweken van een protocol samen met de artsen en vervolgens samen dit besluit genomen.</p> <p>Als ik hoor wat RvB predikt waar men mee bezig is, over Magneetorganisatie, dan hebben ze vertrouwen in meer zeggenschap door verpleegkundigen. De nieuwe wet ondersteunt dit uiteraard ook.</p> <p>Doordat Treant bezig is met de pilot Magnet ziekenhuis, verwacht ik dat zij meer verpleegkundig leiderschap verwachten en dus ook meer open staan voor autonomie van de verpleegkundige. Het feit dat de organisatie het verpleegkundige leiderschap meer wil uitbreiden door het Magnet uit te rollen is een groot goed.</p> <p><b>Ik denk dat ze het vertrouwen wel hebben omdat ze ervan uitgaan dat wij volgens de richtlijnen gewoon werken. De Magnet organisatie gaat volgen, waardoor ook dingen gaan veranderen met betrekking tot verpleegkundige leiderschap.</b></p>		
<b>Competentie</b>	<p>Risico's screenen zijn we heel alert op.</p> <p>Je gaat van het vinkje zetten van ik kan het wel, ga je toch meer bewuster nadenken ik hoef dat vinkje nu niet te hebben want ik heb het al heel lang niet gedaan. Ik wil dat vinkje pas hebben dat ik mij daar ook fijn bij voel, dat ik ook zeker weet dat wat ik doe. Het is een competentie die je verworven hebt in de opleiding. Wij hebben prima dat inzicht om na te gaan, of dat wel of niet nodig is bij deze patiënt.</p> <p>Welk risico hoort bij welke patiënt. Kan samen met mijn collega's wel een risico inschatting maken en als ik dat niet kan dan bel ik mijn collega wel in plaats van een standaardlijst. Welke patiënt heb je voor je en wat is van toepassing voor deze patiënt, zijn ze inderdaad risicogevoelig voor decubitus, dan vind ik dat je dat dagelijks in de gaten moet houden. Risicoscreening op basis van klinische blik kunnen startende verpleegkundigen ontwikkelen. Ik denk het lijstje wat we nu</p>	Bekwaamheid	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3</li> <li>4.</li> <li>5.</li> <li>6.</li> <li>7.</li> <li>8.</li> <li>9.</li> <li>10.</li> </ol>

	<p>hebben is natuurlijk op zich een lijstje die is wel toegankelijk maar niet verplicht stellen. Ik moet mijn eigen kennis daar in uiten en als ik de kennis daar niet in heb dat ik dat dan ook kan zeggen. Verpleegkundigen hebben de expertise of kunnen deze ontwikkelen om decubitus te screenen op hun klinische blik.</p> <p>Goed kunnen beoordelen of een patiënt wel of niet gescoord moet worden op decubitus. En dan moet je echt denken is zo'n patiënt gevoelig voor decubitus, hoe zit het met de voeding. Dat soort dingen, hoe komt de patiënt uit bed, kunnen we dat meer stimuleren.</p> <p><b>Een hulpmiddel voor bijvoorbeeld welke graad decubitus, dat vind ik wel handig.</b></p> <p>Dit is wel iets wat in de opleiding naar voren komt.</p> <p>Wij kijken hier als verpleegkundige al heel erg naar het totaalbeeld als de één hapert, dan moeten we misschien wel aan een ander ding bijschaven. Met name de jongere verpleegkundigen merk je inderdaad dat soms het verder doordenken lastig is.</p> <p>Risicoscreening op decubitus dat is basis voor verpleegkundigen, ik vind dat ze die kennis hebben Patiënt die wel een rode stuit heeft, is al gesignaleerd en daar is al wat mee gedaan.</p> <p>Alle verpleegkundigen hebben denk ik wel de kennis omtrent risicoscreening. We blijven naar die patiënt kijken, waarom kan dit wel en waarom kan dit niet daar.</p> <p>Mijn collega's zijn goed opgeleid en beschikken zeer zeker deze competentie.</p> <p><b>Ik denk dat wij heel goed weten vanuit onze opleiding of vanuit ervaring; risicoscreening op decubitus. Echter moet hier wel aandacht voor zijn betreffende de nieuwe verpleegkundigen.</b></p> <p>Verpleegkundigen met veel ervaring doen aan decubituspreventie, dat is basis voor verpleegkundigen dat zit er zo in gebakken.</p> <p>Dan zegt mijn onderbuik gevoel hier klopt iets helemaal niet. Maar goed volgens zo'n scorelijstje hoef ik dan helemaal niets te doen. Ik heb wel een niet pluis gevoel en onderbuik gevoel van hier klopt iets niet terwijl ik prima vitale waardes heb.</p> <p>Je blijft altijd leren dan verandert er weer een ziektebeeld of er komt weer wat bij, zoals Covid. Vanuit je ervaring kijken, welke patiënt heb ik, is die risicogevoelig, dan ga je daar eerder interventies op zetten en scores doen dan iemand die niet gevoelig is. Risicoscreening op basis van klinische blik kunnen startende verpleegkundigen ontwikkelen.</p>	<p>Werkervaring</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--

	<p><b>Het is vaak niet één ding wat er speelt bij een patiënt. Het is heel omvattend, dit leer je vooral door ervaring. Sommige verpleegkundigen zijn alleen op bepaalde dingen gericht waar hun expertise ligt, dan kun je bepaalde dingen missen. Maar dat is een enkeling.</b></p> <p><b>Ik leer nog steeds elke dag.</b></p> <p>Vertrouwen op je klinische blik. Op het moment dat je iets ziet doe er wat mee. En dat is je ervaring, je hebt het vaker gezien. Herkennen, begrijpen dat heeft ook te maken hoe goed ben je al met je klinische blik. Hoeveel ervaring heb je daarmee al op kunnen doen.</p>		
	<p><b>Als we meer uitgaan van onze klinische blik van onze eigen expertise, denk ik dat wij andere dingen kunnen zien bij patiënten. Ik denk dat het beeld wat wij gaan zien completer gaat worden. Elk moment dat je contact heb met de patiënt ben je aan het screenen om verandering waar te nemen en zo lever je de beste zorg.</b></p> <p>Het met elkaar in gesprek gaan hoe ze naar de patiënt kijken, hoe zie jij de patiënt.</p> <p><b>Hebben we nog patiënten die verhoogd risico hebben? Wat is er ingezet en wat is er niet ingezet doen we er op dit moment alles aan om het te voorkomen.</b></p> <p><b>De leerlingen stellen veel vragen je moet dan je zelf ook kennis bijhouden.</b></p> <p>Een klinische les, tijdens een overleg even decubitus behandelen, wat is het, waar moeten we op letten. Klopt het nog we kijken bij opname en welke dag pakken we dan. Het leren van elkaar en met elkaar. Welk risico hoort bij welke patiënt. Kan samen met mijn collega's wel een risico inschatting maken en als ik dat niet kan dan bel ik mijn collega wel in plaats van een standaardlijst. Het leren in de praktijk, je hebt die patiënt die heb jij nu de hele dag gezien, wat heb je nu eigenlijk gezien?</p> <p>Wel lijkt het mij goed om met elkaar in gesprek te gaan om van elkaar te kunnen leren hoe een ieder risico decubitus screent. Hier leer je tenslotte weer van.</p> <p><b>Terwijl de nieuwe verpleegkundigen veel kennis krijgen misschien nog meer dan wij (oude garde) vroeger hadden maar dat bereikt elkaar niet dus je gaat allemaal op verschillende manieren met alle goede bedoelingen werken maar je krijgt niet een of één uniforme werkwijze waar je van elkaar kunt leren en waarvan de kwaliteit van omhoog gaat.</b></p>	<p>Leren van elkaar</p>	

<p><b>Verbinding open gesprek</b></p>	<p>Mijn mening bij het afwijken: ik vind wel dat die ruimte er is, soms wordt niet altijd die mening gedragen, maar dat mag.  Dat je altijd hulp kan krijgen als je het even niet weet.  Er is een veilige cultuur aanwezig om te leren van uitkomsten van decubitus als dit optreedt.  Ik ben zelf ook wel open, als er een keer iets is dan zeg ik wel ik heb zus en zo en dat had ik beter zou kunnen doen. Er is niemand die mij er dan op afbrand.  We durven elkaar ook wel aan te spreken of te vragen.  We hebben een heel veilige team, we kunnen heel goed tegen elkaar iets zeggen. En dan wordt het ook opgepakt. En elkaar aanspreken als je ziet dat dingen opgepakt moet worden dat je elkaar daar op aanspreekt. Heb jij niet gezien, of wist je dat niet?  Er is een veilige cultuur. Ik zou dit of de afspraak is dit of dat, alles is bespreekbaar. Je laat elkaar wel in elkaars waarde.  <b>Ik denk dat we vooral elkaar moeten vinden, aanspreekcultuur is op onze afdeling is goed, open aanspreekcultuur, daar heb ik geen angst voor.</b></p> <hr/> <p>Fit to fly; in de ochtend met het team en in de middag nog een keer, of er veranderingen zijn of je hulp nodig hebt en andere bijzonderheden. Dat zijn ook de momenten waarin je nog even kunt benoemen van denk om het klinisch redeneren. Door kennis te delen in de fit to fly gedurende het werk, in nieuws brieven, teamoverleg. Dat je medewerkers gaat meenemen wat is de verandering wat kun je zelf gaan doen wat kun je verwachten wat komt er op je af.  Heb het met elkaar erover. Ik denk dat het stukje is dat moet groeien, “van we kunnen het”.  In de Fit to fly, kun je vragen stellen aan je collega’s. “Ik heb een patiënt ik voel mij er niet prettig bij maar kan de vinger er niet op leggen wat er mee aan de hand, wat vinden de collega’s ervan? Wat ik altijd benoem is dat je het samen doet, je bent een team en de een vindt die patiënt wel risicovol en ik niet. Om er dan met elkaar over te hebben waarom, dan leer je van elkaar.  Iedereen durft zelf heel goed aan te geven, hier ben ik niet zo bekend mee. Ruimte hiervoor is in de fit to fly maar ook het contact met je buddy de hele dag. Wat kan ik verwachten, waar moet ik opletten, wat is belangrijk?  Samen bespreekt wat is goede zorg (verpleegkundigen en artsen) en dat je dan eventueel afwijkt van protocol.</p>	<p>Veilige cultuur</p> <hr/> <p>Samen leren, experimenteren</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4</li> <li>5.</li> <li>6.</li> <li>7</li> <li>8.</li> <li>9.</li> <li>10.</li> </ol>
---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Kennis en ervaring is te delen in de fit to fly op de werkvloer. Maar ook in het team overleg of tijdens een moreel beraad.</p> <p><b>Jonge en oude verpleegkundigen kennis delen, teach the teacher, evidence based kijken wat ligt er nu, het proberen, evalueren, nog een keer proberen en dan tot een mogelijke gezamenlijke plan komen hoe het gaat werken.</b></p> <p><b>Juist elkaar versterken, nieuwe kennis van pas gediplomeerd verpleegkundigen en ervaren verpleegkundigen, en dan kijken wat evidence based daar in het midden ligt.</b></p> <hr/> <p>Fit to fly, moment om te benoemen van denk om het klinisch redeneren, vaak voldoende om bewustwording te creëren.</p> <p>Je bent gekoppeld aan een buddy, dat is diegene waar je vragen, bijzonderheden mee bespreekt. Ik denk dat er altijd mensen zijn die zeggen, nee we moeten dat lijstje blijven volgen. Want dat zit er al zo lang in en verandering is moeilijk.</p> <p><b>Je werkt altijd met een buddy hiervoor kun je makkelijk overleggen als je iets niet weet. Als ik twijfel dan bel ik altijd een collega.</b></p> <p>Goed de nadruk op gelegd worden en aandacht aan besteed worden voor risicoscreening zonder lijstjes. Kan in de fit to fly georganiseerd worden. Het met elkaar in gesprek gaan hoe ze naar de patiënt kijken. Een verpleegkundige met meer specifieke ervaring die een handeling wel doet en er komt in de opvolgende dienst een verpleegkundige die dat echt niet gaat doen want die voelt zich hier niet bekwaam voor en is dit ook niet. Dit is soms lastig maar bespreekbaar.</p> <p>Samen bespreken wat is goede zorg (verpleegkundigen en artsen) en dat je dan afwijkt van protocol.</p> <p>Er moet ook ruimte in de tijd zijn om zaken te bespreken met elkaar of even iets uit te zoeken. Wil je vooruitgang hebben met het klinisch redeneren dan moet je echt even tijd en ruimte vrij maken. Samen kom je dan heel ver.</p> <p>We hebben elke dag een overlegmoment, een fit to fly, waar risico's met elkaar besproken kan worden. Betreffende risico's je gaat met elkaar er naar kijken, soms ook met de hoofdbehandelaar. Waarbij de vraag gesteld kan worden is dit het beleid zoals we nu voor ogen hebben, is dat het juiste voor deze patiënt?</p>	<p>Risicodialoog</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	--



	<p>Door meer autonomie zal men meer met elkaar het gesprek aangaan in het bestrijden van decubitus. Er is ruimte voor je mening. Hierin zijn wij ondersteunend naar elkaar en willen graag van elkaar leren. Hierin staan wij allemaal open om met elkaar in gesprek te gaan over risicoscreening op decubitus.</p> <p><b>Kloof tussen ervaren verpleegkundigen op de afdeling en de jong gediplomeerde verpleegkundigen. We proberen die bruggen zo klein mogelijk te maken. Ik zou het fijn vinden als we een bord hebben waarop we dat visueel kunnen maken, zodat we dat erbij kunnen pakken. Waarin we inzichtelijk kunnen maken, momenteel speelt dit heel erg. Ik denk dat het een uitgelezen kans is om kwetsbaarheden van de patiënten in de 'dagstart' dan te bespreken.</b></p>		
<p><b>Risicogestuurd werken / klinisch redeneren</b></p>	<p>Ik heb naar de patiënt gekeken in de volste breedte van de zorg. Wat je leest in de rapportage komt dat overeen met wat je ziet? Wat kan ik daar aan doen, wat moet ik daar mee, klopt het wel? Zo ben je volgens mij de hele dag bezig om te klinisch redeneren. Fit to fly, moment om te benoemen van denk om het klinisch redeneren, vaak voldoende om bewustwording te creëren.</p> <p>Risicoscreening op decubitus dat dat leer je door te werken en klinisch redeneren. Klinisch redeneren doorlopen en toepassen in de PDCA cyclus, dat doe je de hele dag door. Elke patiënt, bewust en onbewust. Is wel een aandachtspunt. De verpleegkundigen moeten meer bewust worden van wat je doet. Maar toch één keer in je dienst even die stappen doorlopen, je kijkt, beoordeelt, is alles goed binnen die ABCD dan klopt het en mis je niets. Je kunt zaken zo makkelijk over het hoofd zien, klinisch redeneren, die zes stappen levert zoveel op. De zes stappen van Marc Bakker aan de hand daarvan ga je klinisch redeneren. Het is net een boom die vanuit één wortel groeit naar alle takken en dat gaat alle kanten op. Dat leer je in de opleiding en dat breidt je steeds verder uit. Klinisch redeneren duurt minimaal zeven jaar, voordat je dat goed kan.</p> <p>We hebben een leerafdeling, daardoor is het klinisch redeneren wel wat beter opgepakt. Het klinisch redeneren is het stukje wat ze missen in hun opleiding, vinden ze fijn dat het op de afdeling wordt opgepakt. Wij kijken hier als verpleegkundigen al heel erg naar het totaalbeeld als de één hapert, dan moeten we misschien wel aan een andere ding bijschaven</p> <p>Meer autonomie voor verpleegkundigen, methodiek moet wel Treant breed opgepakt worden.</p> <p><b>Decubitus is niet alleen decubitus maar ook voeding, mobiliseren enz. Het is totaal plaatje.</b></p>	<p>Klinisch redeneren</p>	<p>2. 3. 4. 6. 8. 9. 10.</p>

	<p>Door klinisch redeneren kunnen acties worden ingezet en afgewogen. De leerling moet de linken leggen wat is de consequentie van A en wat is de consequentie van B. Waar is de balans, één keer per dag worden de patiënten met klinische redeneren besproken, leerlingen en werkbegeleider.</p> <p>Onderbouwing moet gegrondvest zijn in het klinisch redeneren. Je moet wel voldoende kennis en kunde en inzicht hebben om ook daadwerkelijk alle punten in overweging mee te kunnen nemen; het klinisch redeneren. Werkbegeleiders klinische blik, het bewust handelen overbrengen aan jong gediplomeerde en leerling-verpleegkundigen. Patiëntenbespreking doen we op basis van klinisch redeneren, wat heb je gedaan, wat heb je nu gezien, waar heb je op gelet?</p> <p><b>We doen dat kunstje lijkt het bijna en niet meer dat logisch klinisch nadenken. Het klinisch redeneren zit wel in de opleiding maar het vervalt dan toch als ze aan het werk zijn, uitzondering daar gelaten. Klinisch redeneren is met elkaar het gesprek aangaan, een casus met elkaar bespreken. Ik denk dat het een uitgelezen kans is om kwetsbaarheden van de patiënten in de 'dagstart' dan te bespreken. Onze 'dagstart' is nog te minimaal, maar dat kan zeker daarin uitgebreid worden en in meegenomen worden. Kan ik naar uitkijken.</b></p>		
<p><b>Risico-eigenaarschap</b></p>	<p>Experimenteer en zet dat matras in, ze zijn er niet voor niets. Voorkom dat het erger wordt. Werkt het niet dan heb je in elk geval er alles aan gedaan. Ik denk altijd maar ik heb de zorg van deze patiënt, ik zie hem achteruit gaan en jullie zien hem maar vijf minuten. En zo denk je bij elke handeling na 'voel ik mij hiervoor bevoegd en bekwaam?'. Verantwoordelijkheid neemt toe want je denkt overal veel bewuster over na.</p> <p>Je kijkt naar de patiënt en dat is het belangrijkste en niet zozeer naar het lijstje dat je afwerkt. Wij hebben de patiënt voor ons. Management ziet niet wat wij allemaal voor werk doen en welke expertise we hebben. Mijn doel is de patiënt.</p> <p>Risico's screenen zijn we heel alert op als het ook echt een risico is voor onze doelgroep patiënten. We moeten benoemen dat we het voorkomen van decubitus heel hoog in het vaandel hebben. Dat het van je verwacht wordt dat je daar hoog op inzet.</p>	<p>Doelverantwoordelijk</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> <li>6.</li> <li>7.</li> <li>8.</li> <li>9.</li> <li>10.</li> </ol>

	<p><b>Welzijn wensen patiënt en optimale behandeling belangrijk om samen met patiënt dit te bepalen.</b></p> <p>Omdat het dan om de mens gaat daar heb jij de zorg voor en als ik daar dan langer voor moet blijven of ik moet daar een uur nog voor blijven, prima dat doe ik . Wat is dan belangrijker die laatste wens van de patiënt of hoog risico op het ontstaan van decubitus. Welk doel heb je voor ogen?</p> <p>Vertrouwen in elkaars competentie, waarbij we 24/7 zorg verlenen. Waarbij ieder verantwoordelijk is voor zijn handelen maar we zijn een team dragen over en spreken elkaar aan. We staan voor goede zorg aan onze patiënten. Bij de patiënten in dagbehandeling waar niet de vinklijstjes van toepassing zij, zijn we best wel kritisch met elkaar wanneer je mensen signaleert met een verhoogd risico betreffende ontstaan decubitus.</p> <p><b>Leiderschap van verpleegkundigen veel meer centraal moet staan ook om de trots van de verpleegkundige weer terug te krijgen in de beroepsgroep en verantwoording weer terug te krijgen.</b></p>		
	<p>Afwijken van protocol wordt goedgekeurd als ik maar goed kan onderbouwen. Als we de score van de beslisboom afwachten voor inzet AD matras kunnen we te laat zijn, daar niet altijd op wachten. Ik wil er vooraan zijn. Lijstje is standaard en dan heb je geen eigen inbreng. Door variatie toe te laten is er gewoon ruimte van inbreng voor eigen variatie.</p> <p>Van belang is dat de verpleegkundige goed voor patiënt opkomt, je kunt afwijken van protocol als jij goed kunt onderbouwen waarom je van protocol afwijkt.</p> <p><b>Maar ik denk dat de creativiteit als je meer verantwoordelijkheid legt bij de verpleegkundige, de creativiteit verhoogt dat er vanuit andere invalshoeken meer benut gaat worden.</b></p>	Afwijken indien nodig	
	<p>Alles ligt niet binnen je eigen bereik, als je dan regels wilt veranderen, kun je het aangeven maar ben je afhankelijk wat de ander er mee doet.</p> <p>Klinisch redeneren doorlopen en toepassen in de PDCA cyclus, dat doe je de hele dag door. Elke patiënt, bewust en onbewust. Is wel een aandachtspunt. De verpleegkundigen moeten meer bewust worden van wat doe je. Maar toch één keer in je dienst even die stappen doorlopen, je kijkt, beoordeelt plant, is alles goed binnen die ABCD dan klopt het en mis je niets. Je kunt zaken</p>	Randvoorwaarden	

	<p>zo makkelijk over het hoofd zien, klinisch redeneren, die zes stappen levert zoveel op. Ik denk wel een stukje bewustwording is daar nog in nodig is. Je bij opname kunt screenen deze heeft verhoogd risico en is gevoelig of niet. Om meer eigenaarschap te voelen voor risicoscreening op decubitus zou je patiëntendossier anders moeten inrichten. De verpleegkundige bepaalt zelf wanneer het in zorgplan als verhoogd risico wordt opgenomen.</p> <p>Meer autonomie voor verpleegkundige, methodiek moet wel Treant breed opgepakt worden. Criteria vaststellen, dat voor iedereen duidelijk is wat Treant breed van toepassing is. Weet waar je mee bezig bent waarom meet ik het eigenlijk. We moeten er op vertrouwen dat als een verpleegkundige goed is geïnstrueerd dat hij kan inschatten of het wel of niet nodig is. Die instructie is wel een voorwaarde.</p> <p><b>Om mij verantwoordelijk te voelen voor decubitus, heb ik het inzetten van de klinische blik nodig en dat het goed geregistreerd staat.</b></p> <p>Jonge onervaren verpleegkundigen hierin meenemen, fit to fly, senior verpleegkundige of aandachtsvelders. Als je dat doet dan komen feiten automatisch naar boven. Als jij die stappen doorloopt ga je ook evalueren op een gegeven moment en dan weet je dat je een stap hebt laten liggen.</p> <p>We werken vanuit de visie vanuit de organisatie we zijn toegewijd, innovatief en doen het samen. Vertrouwen in elkaar en elkaars professionaliteit, daarnaast ook wel zicht hebben op randvoorwaarden. De collega die naast je staat ondersteunt als je het niet weet. De protocollen kunnen de basis zijn. Maar die patiënt staat voor het protocol, dan kijk je niet past die patiënt in het protocol, nee past het protocol bij de patiënt. Betreffende risicoscreening van de patiënt is wel van belang dat je vooraf patent in kaart hebt gebracht.</p> <p>Om me verantwoordelijk te voelen voor risicoscreening op decubitus heb ik meer zeggenschap en meer handelingsvrijheid nodig.</p> <p><b>Magnet organisatie zal zorgen voor meer eigenaarschap. Echter willen wij als verpleegkundigen heel snel en is de organisatie of de middelen die daarvoor moet zorgen nog niet zo ver. Klinisch redeneren en casus bespreken, om die tijd in te regelen merk je dat dit op de afdeling nog wel eens lastig is.</b></p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Resultaten decubitus van de afdelingen, zie er niets van en ik hoor er niets van. Meer een verantwoordelijkheid van een senior of hoofd betreffende gehele afdeling. Het gaat mij er meer om die patiënt heeft decubitus wat ga je eraan doen.</p> <p>Resultaten decubitus van de afdelingen, nee dat wordt verder niet teruggekoppeld.</p> <p>Geen idee of dat ook bij de kwartaaloverzichten zit, zit het daar in hoeveel patiënten daadwerkelijk decubitus hebben?</p> <p>Hoofd krijgt de scores terug, als verpleegkundige zie je er niets van. Percentage decubitus bij patiënten op je afdeling daar hoor je niets van.</p> <p>Op dit moment leren we niet van de uitkomsten. Ook omdat het weinig voorkomt op onze afdeling. Maar ook omdat het weinig wordt gedeeld.</p> <p><b>We krijgen wel eens een uitdraai en dat wordt in teampost gehangen, negen van de tien verpleegkundigen loopt daar gewoon langs.</b></p> <hr/> <p>Ik denk ook de cijfers van de incidentie, dat je meer wordt meegenomen in hoe vaak komt iets voor. Dat je op die manier bewustwording creëert, want net wat ik zeg ik heb geen idee hoe vaak we decubitus op de afdeling hebben. Maar als je hoort van één op de 10 patiënten ontwikkelt decubitus bij ons, dan zal ik wel denken van daar moeten we iets mee.</p> <p>Interessant als er veel decubitus op een afdeling geconstateerd wordt, hoe pakken zij snel op, hebben zij hun screening goed.</p> <p>Senior verpleegkundigen moeten de zorguitkomsten kunnen inzien van decubitus.</p> <p>Als we er mee starten na drie maanden kijken naar de cijfers. Dan voel je ook gezamenlijk verantwoordelijk, we moeten dit verbeteren of wat kunnen we er aan doen dat het niet meer gebeurt.</p> <p>Het is wel goed dat je het kunt registreren bij aanwezigheid decubitus en dat je het kunt volgen. Als je resultaten weet dan kun je ook een plan maken hoe kun je het verbeteren.</p> <p><b>Het mooiste zal zijn, dat je de uitkomsten kunt integreren in een klinische les of scholing. Om de juiste mensen ook echt in te schakelen om dat weer weg te werken of te verbeteren. En ik denk inderdaad met elkaar in gesprek blijven waar lopen we steeds tegen aan hoe kan dat, om dat te onderzoeken. En op de momenten die juist goed gaat om die ook te vieren, dat je als team ook geluismoment uit haalt.</b></p>	<p>Huidige situatie – leren en verbeteren van resultaten</p> <hr/> <p>Leren en verbeteren van resultaten- gewenste situatie</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## Bijlage 4. Ontregelproject

### Projectvoorstel

<b>Naam van het project:</b>	Ontregelproject risicobeoordeling en registratie decubitus in de cure
<b>Opdrachtgever:</b>	Treant en VWS – training ontregelaar in de zorg
<b>Projectleider:</b>	Ina Braam
<b>Datum:</b>	16-03-2023
<b>Soort project:</b>	Treant/instelling breed project

<b>Wat is de aanleiding?</b>
<p>Het professionele oordeelsvermogen en het eigenaarschap voor kwaliteit en zorg bij verpleegkundigen/verzorgenden worden uitgehouden door de toenemende regeldruk. Een voorbeeld is de registratie van de gestandaardiseerde risicobeoordeling (drie keer in de week) en dagelijkse registratie van decubitus bij alle klinische patiënten. De regel is jaren terug ingesteld in de tijd dat er nog veelvuldig decubitus in de ziekenhuizen geconstateerd werd. Interventies zoals standaard decubitus matrassen maar ook kortere ligduur zorgt voor een herziening. De richtlijn decubitus van V&amp;VN 2021 geeft aan dat de klinische blik essentieel is met eventueel in combinatie met een risicobeoordelingsinstrument.</p> <p>De klinische blik van verpleegkundigen/verzorgenden inzetten voor risicoscreening zonder overbodige registraties zal leiden tot het vergroten van de eigen regelruimte (=autonomie), wat zal leiden tot waardevolle zorg en meer werkplezier.</p>
<b>Opdracht (SMART doel)</b>
<p>Het doel is om in een traject van vijf maanden samen met verpleegkundigen/verzorgenden, de regel risicoscreening en registratie decubitus te beoordelen en oordelen vast te leggen. Tevens is het doel om draagvlak te creëren door standpunten te inventariseren en argumenten uit te wisselen en oordelen te toetsen met alle betrokkenen. Er zal een herontwerp gemaakt worden van de regel decubitus waarbij we uitgaan van vakmanschap van verpleegkundigen. De uitvoering en voortgang zal gecommuniceerd, geëvalueerd en teruggekoppeld worden aan de Qraad.</p>
<b>Welke resultaten zijn te verwachten?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Meer zeggenschap verpleegkundigen over verpleegkundige indicatoren</li><li>• Eigenaarschap over verpleegkundige indicatoren</li><li>• Vergroten van autonomie van de verpleegkundige/verzorgende</li><li>• Meer tijd voor de patiënt</li><li>• Zinnvolle zorg leidt tot meer werkplezier</li><li>• Positieve verandering ten aanzien van kwaliteit samen met verpleegkundigen</li></ul>
<b>Wat is de scope van het project (wat wordt wel, maar ook wat wordt niet gedaan?)</b>
<p>Risicoscreening (braden) en registratie decubitus.</p> <p>Andere verpleegkundige indicatoren worden nu niet meegenomen maar zal zeker aansluitend op dit project een vervolg kunnen krijgen. Bijvoorbeeld pijn (de standaard is nu om drie keer daags de pijnscore uit te vragen) is nu ook landelijk een item om te kijken naar wat zinvolle registratie is.</p>

<b>Welke risico's worden voorzien?</b>
Binnen Treant hebben we systemen ingericht voor compliance van de verpleegkundige indicatoren. Zoals het smiley dashboard, deze denkwijze sluit niet aan bij het vergroten van de eigen regelruimte van de verpleegkundige. Ook in het EVD is alles ingericht en gebouwd op standaard risicoscreening, deze sluit niet aan bij het vergroten van het inschattingsvermogen van de professional, waardoor het eigenaarschap bij verpleegkundigen gestimuleerd wordt.
<b>Raakvlakken/afhankelijkheden</b>
Raakvlak met Magneet Organisatie; vergroten van autonomie van de verpleegkundigen – uitgaan van vakmanschap van verpleegkundigen/verzorgenden.

### Globale planning van het project

Fase	Startdatum	Einddatum
Vorbereiden	17-03-2023	21-04-2023
Besluiten	22-04-2023	16-06-2023
Uitvoeren	16-06-2023	11-09-2023

### Samenstelling projectteam

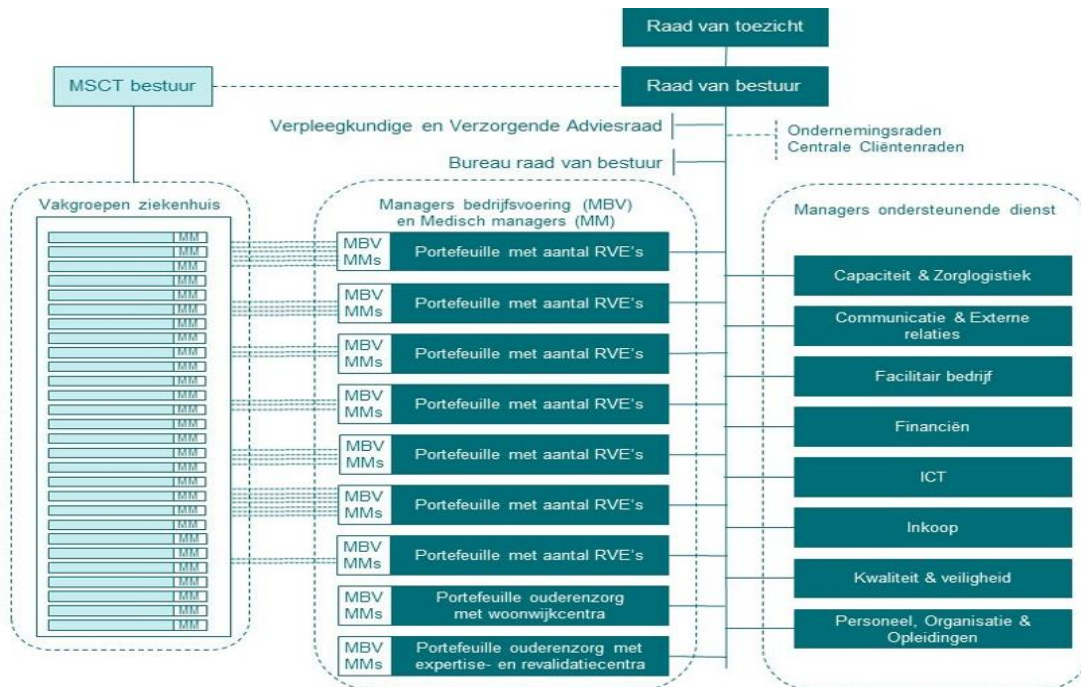
Naam	Functie	Rol in project
I.B.	Senior Adviseur Kwaliteit & Veiligheid, lid VVAR	Projectleider (volgt training ontregelaar)
R.T.	Obstetrie-verpleegkundige	Samen met Ina het begeleiden van dit project (volgt training ontregelaar)
Verpleegkundigen van meerdere verpleegafdelingen	Acht verpleegkundigen, de meeste zijn lid van het verpleegkundig platform	Deskundige
S. B. en K.B.	Wondconsulenten	Adviserend

### Benodigde middelen

Tijd (van projectteamleden, aantal uur per persoon)
Ina Braam en verpleegkundige – vier trainingdagen (opgenomen in begroting afdeling verloskunde en VVAR)
Verpleegkundigen van de verschillende afdelingen (acht à negen): e-learning à één uur en drie keer een sessie van één uur. Dit valt onder het VVAR- verpleegkundig platform.
Geld (eenmalig voor project + eventueel structureel na project) <sup>9</sup>
E-learning en training, dit is gratis van VWS.
“Ontregelaar” zal na project onderdeel kunnen zijn van BK&V.
Overig (zoals kennis)
Gedurende project zullen andere partijen betrokken worden door projectleider voor draagvlak en/of randvoorwaarden zoals BK&V, BI, VVAR, voorzitter EVD commissie en management.
Worden werkgroepen ingesteld, zo ja, welke (incl. bezetting)?
Geen werkgroepen.
Er wordt gebruik gemaakt van verpleegkundigen die zelf interesse getoond hebben in het onderwerp en van de verpleegkundigen verpleegkundige platform.

## Bijlage 5. Organogram Treant

Als besturingsmodel hanteren we voor het primaire proces, per specialisme, een structuur met resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). Een manager bedrijfsvoering geeft samen met een medisch manager leiding aan een RVE. De ondersteunende diensten faciliteren en ondersteunen het primair proces. Om multidisciplinaire afstemming tussen specialismen en in de keten te stimuleren, leggen we dwarsverbanden over de RVE's in de vorm van raden, commissies, programma's en projecten. Deze structuren zijn grafisch weergegeven in onderstaande organogrammen (Treant, 2023).



	Portefeuille met aantal RVE's	Portefeuille met aantal RVE's	Portefeuille met aantal RVE's	Portefeuille met aantal RVE's	Portefeuille met aantal RVE's	Portefeuille met aantal RVE's	Portefeuille met aantal RVE's	Portefeuille met aantal RVE's	Portefeuille met aantal RVE's
<b>Raden</b>									
<b>Commissies</b>									
<b>Programma's</b>									
<b>Projecten</b>									



## Bijlage 6. Poster met vaardigheden

Doelgerichtheid	Diversiteit
<p><a href="#">1 Doelen leidend maken</a> <i>Je hebt voor jezelf duidelijk gemaakt wat je wilt bereiken of realiseren.</i></p> <p><a href="#">2 Omgaan met conflicterende doelen</a> <i>Bijvoorbeeld het welzijn van de patiënt versus diens wensen of gezondheid versus optimale behandeling.</i></p> <p><a href="#">3 Waarde dominant maken</a> <i>Zinnvolle zorg is uitgangspunt boven het moeten van ...</i></p> <p><a href="#">11 Keuzes maken</a> <i>Keuzes maken op basis van visie, missie en waarden.</i></p>	<p><a href="#">4 Variatie toelaten</a> <i>Geen standaardisatie maar zelf omgaan met de risico's.</i></p> <p><a href="#">5 Variatie benutten</a> <i>Het bespreekbaar maken met elkaar van de verschillende meningen over de risico's die er zijn. Het bewust organiseren van deze besprekingsessies om ook als team van te leren en de zorg te verbeteren.</i></p> <p><a href="#">9 Een risicoleider nodigt uit tot omgaan met risico's</a> <i>Benut kracht van overtuigingen, geeft zelf het goede voorbeeld.</i></p> <p><a href="#">20 Vragen stellen boven antwoorden geven</a></p>
Durven	Doen
<p><a href="#">6 Eigenaarschap organiseren</a></p> <p><a href="#">8 Vanuit vertrouwen omgaan met risico's</a> <i>Geen controle (smileys) maar vertrouwen in professionaliteit en in elkaar. Daarnaast stevig optreden als dat vertrouwen wordt geschonden.</i></p> <p><a href="#">10 Onzekerheid toelaten</a> <i>Alert zijn op afwijkingen in de dagelijkse routine.</i></p> <p><a href="#">12 Onderzoek beperken</a></p> <p><a href="#">17 Verspillingen toelaten</a> <i>Benut kleine verspillingen voor veerkracht.</i></p> <p><a href="#">19 Gevolgen van risico's verkleinen</a> <i>Inzetten op behandelen i.p.v. voorkomen.</i></p>	<p><a href="#">7 Functionele omvang organiseren</a> <i>Afstemmen van risicomanagement op de omvang van de organisatie.</i></p> <p><a href="#">13 Alle zes risicostappen zetten en herhalen</a> <i>Zes stappen van klinisch redeneren doorlopen en toepassen in de PDCA cyclus.</i></p> <p><a href="#">14 Omgaan met onzekerheid ontwikkelen</a> <i>Experimenteren en leren vanuit ervaringen samen met het team.</i></p> <p><a href="#">15 Dynamiek hanteren</a> <i>Benutten van principes als houvast bij het flexibel zijn.</i></p> <p><a href="#">16 Interacties voorzien</a> <i>Doorziet interacties tussen verschillende risico's en kan hierop sturen</i></p> <p><a href="#">18 Afwijkingen vroegtijdig opmerken</a> <i>In dagelijkse praktijk herkennen en begrijpen van relevante afwijking door expertise en ervaring; klinische blik.</i></p>

**Ter informatie:** De vaardigheden zijn verdeeld over vier kernaspecten van leiderschap in een complexe onzekere omgeving zoals ziekenhuiszorg. **Doelgerichtheid, diversiteit, durven en doen.**

**Gevraagde actie:** Benoem vier vaardigheden (omcirkelen) die je als verpleegkundige nodig hebt bij risicoscreening van verpleegkundige indicatoren.

## Bijlage 7. Vaardigheden; keuze en toelichting verpleegkundigen

	Vaardigheden voor risicoleiderschap		Topic	Respondent
1	Doelen leidend maken	Criteria vaststellen, dat voor iedereen duidelijk is wat Treant breed van toepassing is. Weet waar je mee bezig bent, waarom meet ik het eigenlijk?	Competentie	3.
2	Omgaan met conflicterende doelen	<b>Welzijn wensen patiënt en optimale behandeling belangrijk om samen met patiënt dit te bepalen.</b>	<b>Autonomie</b>	5.
3	Waarde dominant maken	Zinnvolle zorg is uitgangspunt boven het lijstje invullen, ik geef liever goede zorg dan dat ik een lijstje moet afvinken. Dat wij het voorkomen van decubitus heel hoog in het vaandel hebben en dat van iedereen verwacht wordt dat hij daar actief aan meewerkt. Het zinvol zijn, vind ik één van de belangrijkste dingen hierin. Geen toelichting. <b>Moeten soms dingen doen waar wij het nut niet van inzien.</b>	Autonomie Autonomie	2. 1. 6. 9. <b>10.</b>
4	Variatie toelaten	Lijstje is standaard en dan heb je geen eigen inbreng. Door variatie toe te laten is er gewoon ruimte van inbreng voor eigen variatie. Welk risico hoort bij welke patiënt. Kan samen met mijn collega's wel een risico inschatting maken en als ik dat niet kan dan bel ik mijn collega wel in plaats van een standaardlijst. Jonge onervaren verpleegkundigen hierin meenemen, fit to fly, senior verpleegkundige of aandachtsvelders. <b>Geen standaardisatie maar zelf omgaan met de risico's. Die patiënt die op loopt hoeft je niet te scoren maar juist die patiënt waar we alert op moeten zijn.</b>	Autonomie Competentie	2. 4. 6. <b>10.</b>
5	Variatie benutten	Wat ik altijd benoem; ' je doet het samen, je bent een team en de één vindt die patiënt wel risicovol en ik niet'. Maar om er dan met	Competentie Competentie Verbinding	3. 2. 8.

		<p>elkaar over te hebben waarom, dan leer je ook van elkaar. Misschien heeft ze wel gelijk en ga ik dat ook nu beter in de gaten houden. Het met elkaar in gesprek gaan hoe ze naar de patiënt kijken; 'hoe zie jij de patiënt?'.          Betreffende risico's je gaat met elkaar er naar kijken ook de hoofdbehandelaar, is het beleid zoals we nu voor ogen hebben, is dat het juiste voor deze patiënt?          Bespreekbaar maken, verschillende risico's en meningen.</p>	Verbinding	9.
6	Eigenaarschap organiseren			
7	Functionele omvang organiseren	Meer autonomie voor verpleegkundigen, methodiek moet wel Treant breed opgepakt worden.	Autonomie	3.
8	Vanuit vertrouwen omgaan met risico's	<p>Vertrouwen moet groeien, vinkjes zegt niets over hoe iemand de zorg heeft geleverd hoe de kwaliteit is geweest.          Je mag vertrouwen hebben in de verpleegkundigen en daar zullen ze ook van groeien.          We moeten er op vertrouwen dat als een verpleegkundige goed is geïnstrueerd, dat hij kan inschatten of het wel of niet nodig is. Die instructie is wel een voorwaarde.  <b>De smileys hebben geen meerwaarde nu. Scoren om te scoren. Men moet vertrouwen hebben in vakmanschap</b>          Je moet elkaar er wel op aanspreken.          Vertrouwen in elkaars competentie, waarbij we 24/7 zorg verlenen. Waarbij ieder verantwoordelijk is voor zijn handelen maar we zijn een team dragen over en spreken elkaar aan.          Vertrouwen in elkaar en elkaars professionaliteit, daarnaast ook wel zicht hebben op randvoorwaarden. De collega die naast je staat ondersteunt als je het niet weet.          Geen toelichting.</p>	<p>Autonomie          Autonomie          Competentie          Autonomie          Verbinding          Verbinding          Verbinding</p>	<p>3.          4.          1.          5.          6.          7.          8.          9.</p>

9	Een risicoleider nodigt uit tot omgaan met risico's			
10	Onzekerheid toelaten	<b>Alert zijn op afwijkingen in de dagelijkse routine is juist wel wat je wel wilt blijven doen. Er zijn zeker collega's die hier moeite mee hebben uit angst.</b>	<b>Autonomie-verbinding</b>	<b>10</b>
11	Keuzes maken	We werken vanuit de visie vanuit de organisatie we zijn toegewijd, innovatief en doen het samen.		. 7.
12	Onderzoek beperken			
13	Alle zes risicostappen zetten en herhalen	Klinisch redeneren doorlopen en toepassen in de PDCA cyclus, dat doe je de hele dag door. Elke patiënt, bewust en onbewust. Is wel een aandachtspunt. De verpleegkundigen moeten meer bewust worden van wat doe je. Maar toch één keer in je dienst even die stappen doorlopen, je kijkt, beoordeelt, is alles goed binnen die ABCD dan klopt het en mis je niets. Je kunt zaken zo makkelijk over het hoofd zien, klinisch redeneren, die zes stappen levert zoveel op. Ik denk wel een stukje bewustwording is daar nog in nodig. Dat is de basis. Als je dat doet dan komen feiten automatisch naar boven. Als jij die stappen doorloopt ga je ook evalueren op een gegeven moment en dan weet je dat je een stap hebt laten liggen.	Autonomie	2. 1. 6.
14	Omgaan met onzekerheid ontwikkelen	Experimenteer en zet dat matras in, ze zijn er niet voor niets. Voorkom dat het erger wordt. Werkt het niet dan heb je in elk geval er alles aan gedaan.	Autonomie	4.
15	Dynamiek hanteren	De protocollen kunnen de basis zijn. Maar die patiënt staat voor het protocol, dan kijk je niet past die patiënt in het protocol, nee past het protocol bij de patiënt. Principes hebben maar daar binnen flexibel zijn.	Autonomie	8. 9.
16	Interacties doorzien	<b>Decubitus is niet alleen decubitus maar ook voeding mobiliseren enz. Het is totaal plaatje.</b>	Autonomie <b>Autonomie</b>	<b>5.</b> 7.

		Door klinisch redeneren kunnen acties worden ingezet en afgewogen. <b>Dat je ook weet dat je niet alleen de risicoanalyse doet maar ook welke handelingen je daar op doet.</b>		<b>10.</b>
17	Verspillingen toelaten			
18	Afwijkingen vroegtijdig opmerken	Als er iemand decubitus ontwikkelt, dat je dat vroegtijdig opmerkt, maar ik heb er wel vertrouwen in dat mijn collega's dat kunnen. Als verpleegkundige ben je de hele dag bezig met klinisch redeneren. Hierbij ben je bij de kwetsbare patiënt bewust van alle risico's. Herkennen, begrijpen dat heeft ook te maken hoe goed ben je al met je klinische blik. Hoeveel ervaring heb je daarmee al op kunnen doen.	Competentie  Autonomie Competentie	1. 7. 8.
19	Gevolgen van risico's verkleinen	Inzet van een antidecubitusmatras d.m.v. een beslisboom. Maar dan denk ik dat is ook weer aan de hand van een score, wat kan betekenen dat je lang wacht. Als we zien dat een patiënt een rode stuit heeft, dan het bed inzetten, dit kan verpleegkundige zelf beoordelen.	Autonomie	4
20	Vragen stellen boven antwoorden geven	<b>Nieuwsgierig zijn naar elkaar.</b>	<b>Verbinding</b>	<b>5.</b>