



Met het 'digitaal gaan' van dit wetenschapsblad kozen we ervoor verpleegkundige artikelen aan te duiden met het verpleegkundig insigne, oftewel het 'speldje'. Het insigne vindt z'n oorsprong in de 19de eeuw. De ontwikkeling die het sindsdien doormaakte, kan niet los gezien worden van de professionalisering, erkenning en bescherming van het verpleegkundig vak.



Sinds juni 2021 heeft OLVG een verpleegkundig stafbestuur (VSB). Als formele gesprekspartner voor de raad van bestuur denkt, praat en beslist het VSB mee over ontwikkelingen en beleidszaken op verpleegkundig, vakinhoudelijk gebied in OLVG. Bestuurslid Marijke van Buren en commissievoorzitter Bas van Essen vertellen over de portefeuille Educatie & Wetenschap.

Wetenschap@OLVG ook online!

Scan de QR-code voor het laatste wetenschappelijke nieuws en achtergronden en meld je aan om op de hoogte te blijven.



Verhalen vertellen

Charismatisch zijn als zorgmedewerker, hoezo? Ik raakte onlangs geïnspireerd door een webinar van de V&VN voor verpleegkundig specialisten over charisma en authenticiteit in relatie tot onze beroepsgroep. Het blijkt namelijk dat we dit kunnen gebruiken om ons als verpleegkundigen nog beter te positioneren. Sinds het webinar denk ik vaak na over wat mijn rol hierin kan zijn. Hoe kan ik mijn omgeving het beste vertellen wat ons mooie vak inhoudt? En hoe kunnen we er met z'n allen voor zorgen dat we nieuwe collega's aan ons binden en behouden?

Eén manier is door onze verhalen te vertellen, zoals in dit magazine. Ook nu weer staat het blad vol met inspanningen die mijn ambitieuze, enthousiaste collega's op wetenschappelijk gebied hebben geleverd. De onderwerpen zijn zeer uiteenlopend. Van het aanpakken van hiv-stigma in onze eigen beroepsgroep en het effect van kinesiotape bij het behandelen van fracturen, tot tips hoe we beter om kunnen gaan met patiënten met een licht verstandelijke beperking. Stuk voor stuk zijn het onderwerpen die voortkomen uit praktijkdilemma's en waarvan de onderzoeksresultaten direct toepasbaar zijn op de werkvloer.

Al jaren delen we onze onderzoeksresultaten via dit magazine, zodat ook anderen er profijt van kunnen hebben en mooie verhalen niet in de bureaula belanden. Afgelopen najaar zijn we ook online gegaan. Hierdoor kunnen we jullie het hele jaar door blijven prikkelen met up-to-date wetenschappelijke successen en ideeën. De verpleegkundige artikelen zijn te herkennen aan het verpleegkundig insigne. De historie hiervan lees je ook in deze editie.

En het papieren blad? Dat blijft bestaan. Op 12 mei, de 'Dag van de Verpleging', verspreiden we 'm zoals altijd weer in ons ziekenhuis en daarbuiten. Zo bieden we onze collega's digitaal en op papier een podium om hun wetenschappelijke verhalen te vertellen. Niet alleen om de zorg in de dagelijkse praktijk te verbeteren, maar ook om anderen te inspireren en te laten zien hoe mooi ons vak is.

*Janneke Schuitenmaker,
verpleegkundig specialist AGZ
op de SEH, hoofdredacteur*



Als afstudeeronderzoek voor de opleiding tot verpleegkundig specialist ontwikkelde Maria Knapen, in samenwerking met de Hiv Vereniging, de workshop 'Positief zonder Stempels' voor verpleegkundigen en doktersassistenten om stigmatisering van mensen die leven met hiv terug te dringen. Want dat gebeurt nog op grote schaal, ook in de gezondheidszorg.

En verder

- 6 Critically appraised topic: Vroegtijdig herkennen van ischemie en myocardinfarct door monitoring ST-segment
- 10 Toekomstbestendige zorg: Eerste hbo-verpleegkundigen van start
- 11 Kwartet EBP-coaches
- 16 Critically appraised topic: In de couveuse of beter in een warmtebed?
- 18 Verpleegkundig minisymposium: Leiderschap voor en door verpleegkundigen
- 19 Verpleegkundige afstudeerprijs: Interviews met de drie genomineerden
- 22 Critically appraised topic: Een centraal veneuze katheter wisselen bij occlusie van een lumen; zin of onzin?
- 24 Epidemiologica: Focusgroepen om kwalitatieve data te verzamelen
- 28 Critically appraised topic: Verpleegkundige risicotaxering bij suïcidale patiënten
- 30 Abstract: Competentieverricht onderwijs voor ouders van pasgeborenen
- 31 Korte berichten: Neem een kijkje in de Santeon Verpleegkundige Kennisbank

Het verpleegkundig insigne

Van verplichting tot symbool



Judith Vocking

Met het 'digitaal gaan' van dit wetenschapsblad kozen we ervoor verpleegkundige artikelen aan te duiden met het verpleegkundig insigne, oftewel het 'speldje'. Mijn insigne, dat ik in 1998 kreeg toen ik de opleiding tot A-verpleegkundige afrondde, diende als voorbeeld. Het heeft al die jaren op een veilige plek gelegen, want – hoewel ik er trots op was – gedragen heb ik het nooit. Dat hoefde niet, maar ooit was dat anders.

Het insigne vindt z'n oorsprong in de 19de eeuw, toen een tevreden patiënt een verpleegster van het Witte Kruis als dank voor de goede verzorging een aandenken wilde geven¹. Hij liet een wit kruisje maken, dat vanaf dat moment uitgereikt werd aan gediplomeerde witte kruisverpleegsters. Boegbeeld van de Nederlandse verpleegkunde, Anna Reynvaan, droeg het witte kruisje stevast op haar zwarte japon. Zij behoorde tot de eerste lichte vrouwen die slaagden voor de in 1878 door de 'Noordhollandsche Vereeniging Het Witte Kruis' in het leven geroepen opleiding tot verpleegster².

Kaf tussen het koren

De ontwikkeling die het insigne sindsdien doormaakte, kan niet los gezien worden van de professionalisering, erkenning en bescherming van het verpleegkundig vak. Heel lang was er namelijk veel kaf tussen het koren. Na meerdere pogingen was het Johan Rudolf Thorbecke als minister van Binnenlandse Zaken in 1865 gelukt de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst tot stand te brengen. Een citaat uit het artikel, dat in 1965 ter ere van het 100-jarig jubileum van deze wet, in het tijdschrift *Medisch Contact* stond³, spreekt wat dat betreft voor zich: 'De

totstandkoming van deze wetten, moge dan een meer directe, wellicht als negatief aan te duiden, aanleiding hebben gevonden in de toen bittere noodzaak van bestrijding van het maatschappelijk euvel, de kwakzalverij'. Onder de wet – die het uitoefenen van geneeskunst door onbevoegden strafbaar stelde – vielen artsen, apothekers en vroedvrouwen, maar geen verpleegsters. In die tijd waren dat meestal religieuzen en dames van stand die voor hun werk doorgaans geen salaris ontvingen⁴.

Teken van erkenning

Vanaf 1883 worden de insignes breder uitgereikt, nog steeds in de vorm van een wit, benen kruisje. Achterop stond het nummer van het diploma gegraveerd en het werd onder de kin gedragen⁵. Verpleegsters die een diploma in de psychiatrie behaalden, kregen een zwart kruisje. Maar ook andere insignes werden ontwikkeld. In die periode openden in Nederland verschillende ziekenhuizen hun deuren. Zij hadden elk een eigen verpleegstersopleiding voor hun eigen verpleegsters. Die eigenheid kwam ook tot uiting in de insignes die ze lieten ontwerpen voor hun leerling- en gediplomeerd verpleegsters¹. Leerlingen kregen een 'huisspeld', die voor ieder leerjaar een

andere kleur had. Het dragen ervan was verplicht. Die draagplicht gold ook voor het gediplomeerde insigne, dat na afronding van de opleiding werd uitgereikt. De insignes maakten het voor patiënten duidelijk wie er aan hun bed stond. Maar ze werden ook met trots gedragen. De spelden vormden de erkenning voor het beroep als (leerling-) verpleegster.

Officiële draagplicht

In 1907 ontwikkelde de beroepsorganisatie NVV (Nederlandsche Verplegers Vakvereniging) een eigen insigne⁶. Deze 'bondsspeld' was duidelijk herkenbaar voor iedereen. Tegelijkertijd startte de strijd voor een wettelijk beschermd diploma voor verplegers en verpleegsters 'om schade aan patiënten door onopgeleiden te voorkomen'. Dit gebeurde onder aanvoering van diezelfde NVV en Nosokómos – de beroepsorganisatie die in 1900 was opgericht als reactie op de Nederlandse Bond voor Ziekenverpleging, waar artsen de scepter zwaaiden. Uiteindelijk leidde de strijd in 1921 tot de Wet tot Wettelijke Bescherming van het Diploma Ziekenverpleging⁴. Er werden twee inspectie-organen in het leven geroepen en de verpleegkundige diploma's voor algemene verpleging (A) en verpleging van 'zenuwzieken en krankzinn-



nigen' (B) werden opnieuw vormgegeven⁷. De houders van diploma A en B kregen een wettelijk beschermde titel en voor beide groepen werden nieuwe insignes gemaakt door zilverfabriek Van Kempen en Begeer. Vanaf 1924 konden alle gediplomeerd verplegenden zich laten registreren, waar massaal gehoor aan werd gegeven. En om fraude te voorkomen, kwam er een officiële draagplicht voor het insigne. Wie het niet droeg bij de uitoefening van het beroep, was strafbaar⁵ en bij overlijden moesten de nabestaanden het insigne naar de overheid terugsturen⁶.

De vorm van het insigne was tot in detail per wet geregeld. Het moest cirkelvormig zijn, van zilver en een middellijn hebben van 3 cm. Op de voorzijde moest een zilveren (A gediplomeerd) of blauw (B gediplomeerd) kruis afgebeeld zijn met een hoogte en breedte van 18 mm tegen een oranje/gele achtergrond. In de zilveren ring daaromheen moesten de woorden 'Ziekenverpleging' en 'Wet' te lezen zijn in groen geëmailleerde letters van 3 mm hoogte⁴. Alle diploma's en aantekeningen konden er, tegen betaling, aan gekoppeld worden. Een ooievaartje op het insigne verwees naar de kraamaantekening en voor het behalen van de kinderaantekening werden er twee puntjes

rechts en links op het kruisje geplaatst. Als wijkverpleegkundige kreeg je er vier vakjes op je insigne bij⁸.

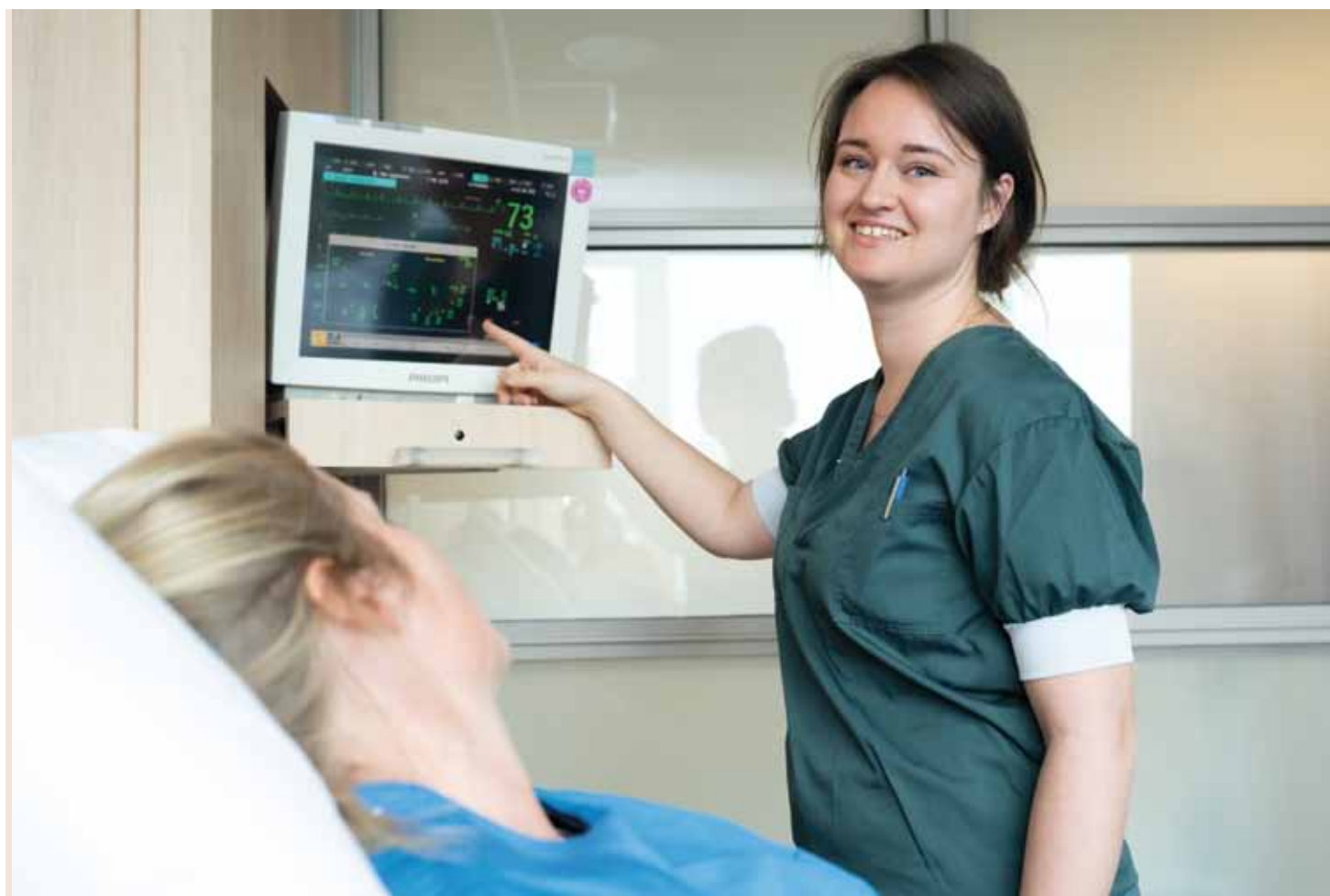
Vermelding Verpleegkundige

In 1967 werd de term verpleegster officieel vervangen door verpleegkundige en dat zien we terug in het insigne. De tekst in de rand werd 'Verpleegkundige' en ook de afmeting veranderde. Maar rond die tijd kwam ook het eind van het verplichte insigne in zicht. Er ontstond een discussie of het nog wel 'van deze tijd' was⁶. Uiteindelijk leidde dit ertoe dat in 1977 de draagplicht officieel kwam te vervallen. En met de komst van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) in de jaren negentig, die de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst verving, was het ook niet meer nodig om insignes uit te reiken¹. Vanaf dat moment is registratie voor verpleegkundigen en twaalf andere medische beroepsgroepen in het BIG-register verplicht. Toch verdwenen de insignes niet. In 1996 ontwierp het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) zelfs een nieuw insigne: het handje in vijf kleuren, voor ieder opleidingsniveau een eigen kleur¹. En hoewel het uitreiken hiervan voor opleidingen vrijblijvend is, wordt het nog steeds veel gedaan. Het heeft een

symbolische waarde gekregen. De trots die het opspelden van het insigne mij in 1998 gaf, wordt dus nog steeds door velen gevoeld.

Referenties:

1. Wiegman, N. Blog: 'Stel het insigne weer verplicht!', 14 juli 2016: <https://www.nursing.nl/blog/blog-nannie-stel-het-insigne-weer-verplicht/> [Geraadpleegd 03-02-2022]
2. Canon Verpleegkunde. Tijdlijn: <https://www.canon-verpleegkunde.nl/> [Geraadpleegd 10-03-2022]
3. Medisch Contact. Een eeuw wetgeving op uitoefening der geneeskunde, juni 1965: <https://www.medischcontact.nl/web/file?uuid=c230d18c-57d9-4e87-9b8b-8ffc79c39e36&owner=7949ab25-9bf1-4531-bf17-9e8a974629a9> [Geraadpleegd 08-03-2022]
4. Florence Nightingale Instituut. Verplegen in het ziekenhuis: <https://www.fni.nl/verplegen-in-het-ziekenhuis> [Geraadpleegd 10-03-2022].
5. Wiegman, N. 125 jaar verpleegkundig insigne, 24 augustus 2015: <https://www.nursing.nl/125-jaar-verpleegkundig-insigne-2656285w/> [Geraadpleegd 01-03-2022]
6. Zwolle in Beeld. Zorg – RK Ziekenhuis De Weezenlanden: <https://www.zwolleinbeeld.nl/index.php/589-foto-s-van-zwolle/zorg-rk-de-weezenlanden-insignes/525-zorg-rk-ziekenhuis-de-weezenlanden-insignes> [Geraadpleegd 01-03-2022]
7. Aan de Stegge, C. Historische column: Trots op zilveren insignes. TVZ. 2021;131:29.
8. Hielkema, H. Kruisje voor verpleging. Trouw, 27 mei 2006: <https://www.trouw.nl/cultuur-media/kruisje-voor-verpleging-b46b45d4/> [Geraadpleegd 10-03-2022]



Vroegtijdig herkennen van ischemie en myocardinfarct door monitoring ST-segment

Kan ischemie of een myocardinfarct eerder worden herkend bij patiënten met een *non-ST-elevated myocard infarct* (NSTEMI) of instabiele angina pectoris door continu monitoren van het ST-segment vergeleken met het elektrocardiogram (ECG) bij opname?

Merel de Koning, Cardiac Care-verpleegkundige

Achtergrond

In 2019 overleden in Nederland 4.899 mensen aan een acuut myocardinfarct¹. Bij een myocardinfarct is er belemmering van de zuurstofvoorziening van het hart, met ischemie tot gevolg. Het is belangrijk dit vroegtijdig te herkennen, omdat bij langdurigere ischemie (en zonder interventie) meer hartspierweefsel afsterft. Conform de internationale richtlijnen wordt in OLVG bij patiënten met een NSTEMI of met instabiele angina pectoris een ECG bij opname gemaakt en worden alleen periodieke

ECG's gemaakt na klachten van pijn op de borst². Patiënten kunnen echter ook ischemie hebben zonder dat zij klachten ervaren. Daarom is het belangrijk om te kijken of er andere methoden zijn om vroegtijdig ischemie en myocardinfarct te herkennen. Als er sprake is van ernstige ischemie ontstaan binnen enkele minuten veranderingen op het ECG. Veel *cardiac care units* (CCU) gebruiken monitoren waarop continu het ST-segment kan worden gemeten. Dit leidt tot de volgende PICO:

P	Patiënten opgenomen met NSTEMI of instabiele angina pectoris
I	Continu monitoren van ST-segment
C	Opname ECG en ECG herhalen bij angina pectoris klachten
O	Vroegtijdige herkenning ischemie of myocardinfarct

(P=patiënt, I=interventie, C=vergelijking, O=uitkomst)

Zoekstrategie en uitkomst

In juni 2021 is (met behulp van een informatiespecialist) gezocht in PubMed, CINAHL, *Cochrane Library of Systematic Reviews*, het EU trialregister en de Nederlandse richtlijndatabase naar wetenschappelijke artikelen en richtlijnen. Er is gezocht met zoektermen voor de diagnose 'acute coronary syndrome' (vanwege wisselende terminologie voor NSTEMI en instabiele angina pectoris) en zoektermen voor de interventie 'continuous ECG monitoring' en 'ST-segment'. De zoekstrings verschilden per database, voor PubMed was het de volgende:

("acute coronary syndrome"[MeSH] OR acute coronary syndrome*[tiab]) AND ST segment AND (continuous* AND monitoring)

De zoekstrategie leverde in totaal 584 hits op. Na beoordeling van titels en abstracts bleven tien potentieel bruikbare artikelen over. Alleen Nederlands- of Engelstalige artikelen over richtlijnen, systematic reviews, trials en cohortstudies zijn meegenomen. Daarbij moest het artikel gaan over patiënten met

NSTEMI of instabiele angina pectoris, waarbij continue monitoring van het ST-segment werd toegepast en moest het de uitkomst ischemie of myocardinfarct rapporteren.

Na het lezen van de volledige tekst van de tien artikelen is uiteindelijk één cohortstudie meegenomen om de PICO te beantwoorden voor herkenning van myocardinfarct³. De kwaliteit van dit onderzoek is beoordeeld met checklist 4.3 van *Cochrane Netherlands*⁴. Er zijn geen studies gevonden die de PICO konden beantwoorden voor herkenning van ischemie.

Resultaten

Jernberg et al.³ hebben in een prospectieve cohortstudie op een CCU in Zweden 630 patiënten onderzocht die waren opgenomen vanwege instabiele angina pectoris klachten en zonder tekenen van ischemie op hun ECG. Naast het ECG bij opname kregen de patiënten 12 uur lang ST-segment monitoring. Afwijkingen in het ST-segment werden door de software berekend en later geanalyseerd door een arts zonder kennis over de klinische uitkomsten van de patiënten. Patiënten werden zes maanden lang opgevolgd voor de uitkomsten myocardinfarct of cardiale doodsoorzaak. De onderzoekers vonden bij 100 mensen afwijkingen in het ST-segment tijdens de continue ST-segment monitoring (ST-depressie, -elevatie of beide). Deze groep patiënten bleek 5,7 keer meer kans te hebben op een myocardinfarct of cardiale dood dan de mensen zonder ST-segment afwijkingen tijdens de continue monitoring. ST-segment afwijkingen tijdens de continue monitoring bleken bovendien een betere voorspeller van myocardinfarct of cardiale dood dan ST-segment depressie tijdens de ECG bij opname ($p < 0,001$ op Log-rank test).

Commentaar en klinische relevantie

Patiënten werden niet gerandomiseerd, waardoor mogelijk *confounding* kon optreden. Hier hebben de onderzoekers rekening mee gehouden door alle deelnemers een ECG bij opname en continue ST-segment monitoring te ge-

ven en in de (Cox-regressie) analyses te corrigeren voor variabelen met een verhoogd risico op myocardinfarct. Bovendien was ook de arts die de ST-segment episodes moest analyseren geblindeerd voor de uitkomsten. Een belangrijke kanttekening is dat dit onderzoek tweeëntwintig jaar oud is. Met de zoekstrategie is het niet gelukt om recenter onderzoek te vinden. De deelnemers uit het onderzoek zijn vergelijkbaar met de patiëntenpopulatie op de Eerste Hart Hulp en CCU in OLVG. In OLVG zijn monitoren aanwezig waarop continu het ST-segment gemonitord kan worden. Het is bij het implementeren van deze interventie wel belangrijk om te kijken naar alarmmoeheid bij verpleegkundigen op de afdeling. Dit moet uitgezocht worden voordat deze interventie wordt toegepast.

Conclusie

Continue monitoring van het ST-segment draagt bij aan het voorspellen van een myocardinfarct bij patiënten met NSTEMI of instabiele angina pectoris, vergeleken met een ECG bij opname. Het is nog niet duidelijk of continue monitoring van het ST-segment ook kan bijdragen om vroegtijdiger ischemie te herkennen.

Niveau van aanbeveling conclusie: 3

Referenties

1. Volksgezondheid en zorg. Sterfte acuut hartinfarct naar leeftijd en geslacht. Beschikbaar via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/coronaire-hartziekten/cijfers-context/sterfte#node-sterfte-acuut-hartinfarct-naar-leeftijd-en-geslacht>. [Geraadpleegd 10 mei 2021].
2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2018;39(2):119-77.
3. Jernberg T, Lindahl B, Wallanting L. ST-segment monitoring with continuous 12-lead ECG improves early risk stratification in patients with chest pain and ECG nondiagnostic of acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 1999;34(5):1413-19.
4. Scholten RJPM, Offringa M, Assendelft WJJ (Eds.) (2018). Inleiding in evidence-based medicine: Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal (5e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De volledige CAT is gepubliceerd in het tijdschrift *Cardiaal*, in de eerste editie van 2022.

'Er wordt nu niet meer over ons besloten, maar met ons'

Sinds juni 2021 heeft OLVG een verpleegkundig stafbestuur (VSB). Als formele gesprekspartner voor de raad van bestuur denkt, praat en beslist het VSB mee over ontwikkelingen en beleidszaken op verpleegkundig, vakinhoudelijk gebied in OLVG. Marijke van Buren is bestuurslid en beheert de portefeuille Educatie & Wetenschap. Zij krijgt ondersteuning van Bas van Essen die als commissievoorzitter betrokken is bij deze portefeuille.

Judith Vocking

Een VSB zat lang in de pijlijn en nu is het zover. Hoe voelt dat?

Marijke: 'Heel goed. We hebben eindelijk formeel zeggenschap en mandaat om mee te beslissen over projecten in ons ziekenhuis. Zo kunnen we de verpleegkundige vakinhoud inbrengen en de kloof tussen degenen die de projecten bedenken en leiden en de werkvloer verkleinen.' Bas: 'Heel veel wat in OLVG wordt beslist, raakt verpleegkundigen direct of indirect. Daarom is het zo belangrijk dat er nu niet meer over ons wordt besloten, maar met ons. En ook tijdig, dus niet als een besluit er al ligt.'

Wat is jullie achtergrond en welke functie hebben jullie binnen het VSB?

Marijke: 'Bij de oprichting van het VSB hebben we besloten dat degenen die in het bestuur en de commissies plaatsnemen, verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten moeten zijn die in de patiëntenzorg werken. Zelf werk ik op de Acute Opname Afdeling op locatie West.

Voordat ik bestuurslid van het VSB werd, zat ik drie jaar in het verpleegkundig stafconvent (VSC).'

Bas: 'Ik ben oncologieverpleegkundige op locatie Oost en ben zo'n twee jaar lid geweest van het VSC. Het leuke en leerzame van zo'n functie is, dat je op plekken komt waar je als verpleegkundige normaal niet komt en ziet hoe een organisatie draait en soms niet draait. Vandaar dat ik er graag bij wilde blijven toen het VSC overging in het VSB. Wel heb ik ervoor gekozen om niet voor een functie in het bestuur zelf te gaan, maar voorzitter te worden van de commissie Educatie & Wetenschap. Ik vond mezelf nog niet klaar om direct in het bestuur plaats te nemen. Ik denk dat we nu een evenwichtig samengesteld bestuur hebben, waar ik vanuit mijn commissie een waardevolle bijdrage aan kan leveren.'

Hoe moet ik jullie onderlinge taakverdeling zien?

Bas: 'Het VSB heeft een gelaagde structuur. Er is een bestuur bestaande uit

zeven personen met ieder een eigen taak of aandachtsgebied. Daaronder bevinden zich vier commissies. Naast Educatie & Wetenschap zijn dat Innovatie & Digitalisering, Excellente Zorg en Kwaliteit & Verbetering. Voor deze structuur is bewust gekozen, want er zijn ontelbare projecten, commissies en kernteams waar wij als verpleegkundige beroepsgroep bij willen en moeten zijn. Dat is te veel voor alleen de bestuursleden. Iedere commissie bestaat uit vijf tot zeven verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die aan diverse projecten deelnemen die vallen binnen hun aandachtsgebied.'

Marijke: 'Als bestuursleden hebben we nauw onderling contact. We vergaderen wekelijks en bespreken dan onder andere alle lopende en nieuw te starten

: we hebben eindelijk formeel zeggenschap en mandaat om mee te beslissen over projecten in ons ziekenhuis

projecten. Dat stelt ons in staat om de grote lijnen te bepalen en de connectie tussen de verschillende portefeuilles te houden, want die kun je niet los van elkaar zien.'

Toen het VSB startte, heette de portefeuille Educatie. Daar is later wetenschap aan toegevoegd. Waarom?

Marijke: 'In onze hoofden was wetenschap een logisch onderdeel van edu-

catie, maar tijdens een van de eerste bijeenkomsten besloten we het een zichtbaardere plek te geven. We vinden wetenschap namelijk enorm belangrijk en we kunnen er nog een flinke ontwikkelingslag in maken. Binnen ons vakgebied en ook zeker binnen OLVG.'

Hoe willen jullie dat doen?

Marijke: 'We willen verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek en EBP meer inbedden in de organisatie. Daarin hebben we natuurlijk al een goede stap gemaakt door verpleegkundigen op te leiden tot EBP-coaches. Zij hebben een belangrijk aandeel in het verspreiden van EBP binnen ons ziekenhuis. Daarnaast willen we graag een wetenschappelijk jaarplan opzetten specifiek voor verpleegkundigen, zodat deze tak van onderzoek een formele plek krijgt in de vaste organisatiestructuur.'

Bas: 'Ik denk ook dat we wetenschap 'sexyer' moeten maken voor verpleegkundigen. Voor sommigen maakt het hun vak interessanter. Je wil hen de mogelijkheid bieden zich daarin te ontwikkelen en daarmee ook de kwaliteit van zorg voor je organisatie als geheel verbeteren. Maar het lastige is, dat wetenschap en EBP naast de primaire taak aan bed gedaan moeten worden. Weet je daar binnen je organisatie een goede structuur voor te maken, dan zorg je ervoor dat je voor verpleegkundigen een aantrekkelijke werkgever wordt en blijft.'

Pleiten jullie dan voor een constructie voor verpleegkundigen, zoals die ook voor artsen bestaat, waarbij zorg- en onderzoekstaken worden gecombineerd?
Marijke: 'Voor mij is dat voor elkaar



krijgen niet alleen een droom maar ook echt een doel. Van EBP-coaches horen we terug dat ze door de combinatie van kliniek en EBP behoeften en knelpunten goed aanvoelen, waardoor ze gericht onderzoek kunnen doen. Maar we horen ook terug dat het nogal eens wringt met de beschikbare tijd.'

Bas: 'Door het enorme tekort aan verpleegkundig personeel zitten we in een spagaat. Als ik een kantoor heb en

: ik denk ook dat we wetenschap 'sexyer' moeten maken voor verpleegkundigen

er is iemand ziek, dan spring ik bij. Het primaire proces heeft altijd voorrang. Dus hoe ga je met de huidige krapte verpleegkundigen ruimte geven om met wetenschap en EBP bezig te zijn? Tegelijkertijd ben ik ervan overtuigd dat als je daarin investeert, het zichzelf terugbetaalt. Het zou mooi zijn als wij als verpleegkundigen kunnen aantonen dat door ons toedoen de kwaliteit van zorg zo omhoog schiet dat de ligduur verkort. Het is dan natuurlijk wel de bedoeling dat die tijdswinst wordt geïnvesteerd in verpleegkundigen en niet in het terugbrengen van het aantal fte.'

Willen jullie nog iets zeggen tegen de OLVG-verpleegkundigen die dit artikel lezen?

Marijke: 'Als verpleegkundig stafbestuur zetten we ons in voor de ontwikkeling van het verpleegkundig vak in OLVG. Dat doen we niet vanuit een ivoren toren, maar samen met jullie. Dus sluit aan bij onze klankbordgroep. Die organiseren we vier keer per jaar om laagdrempelig onderwerpen te toetsen die op dat moment binnen OLVG spelen. Je kunt ook op ons wekelijks inloopspreekuur binnenwandelen met je vragen over en ideeën voor de verpleegkundige beroepsgroep. Jouw mening is enorm waardevol.'

Bas: 'Daarnaast zijn we nog op zoek naar enthousiaste verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten om onze commissies te versterken. Lees je dit artikel – en dat doe je vast niet voor niets – dan zoeken we misschien wel jou. We denken dat er op elke afdeling wel iemand rondloopt die eigenlijk in een van onze commissies behoort te zitten, maar dat nog niet weet.'

Kijk voor meer informatie over het VSB, de commissies, de klankbordgroep, het inloopspreekuur en ander VSB-nieuws op de intranetpagina van het VSB.

Eerste hbo-verpleegkundigen van start

Marieke Berding-Mooiweer en Detmar de Lange zijn afgelopen november als eersten in OLVG gestart in de nieuwe functie van hbo-verpleegkundige op de dagbehandeling van locatie Oost. Ze werken 'aan het bed', maar hebben daarnaast aanvullende taken, waaronder wetenschap en *evidence based practice* (EBP). Zo dragen ze bij aan het kwalitatief verbeteren én toekomstbestendig maken van de zorg.

Hanna de Vos-Hilhorst

Marieke en Detmar zijn allebei al ruim tien jaar verpleegkundige. Marieke in OLVG, Detmar tot voor kort in het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht. 'Daar heb ik de laatste twee jaar als regieerverpleegkundige gewerkt, een vergelijkbare functie als hbo-verpleegkundige. Ik merkte dat ik het fijn vond om naast mijn werk aan het bed, projecten op te pakken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zo heb ik het proces van de artsensite onder de loep genomen en kunnen optimaliseren. Daarnaast heb ik een verpleegkundig onderzoek gedaan naar de zorgzwaarte en -complexiteit op de afdeling. Daar is een objectief meetinstrument uit voortgekomen, waarmee we door scores toe te kennen (laag, midden of hoog complex) inzichtelijk maakten welke patiënten zorgintensief waren. Op die manier konden we de patiënten evenredig verdelen over de verpleegkundigen en had iedereen evenveel werk op z'n bordje.'

Het vak verbeteren

Als Epic KeyUser en EBP-coach had Marieke ook al de nodige ervaring opgedaan. 'In de tijd dat ik bij OLVG werk, heb ik me regelmatig aangesloten bij projecten en studiegroepen. Ik vind het leuk om mijn vak te verbeteren en mezelf te ontwikkelen. Sommige handelingen doen we al jaren op dezelfde manier, maar klopt dat wel? Nu krijg ik de kans om de literatuur in te duiken en daarmee verbetervoorstellen te doen.'

Klinische onzekerheden

De afgelopen periode werkten Marieke en Detmar aan een afdelingsprofiel. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen een hbo-verpleegkundige op de dagbehandeling moet voldoen. Marieke: 'Dat gaat van het begeleiden van leerlingen tot het coördineren van de dag en het doen van EBP en onderzoek. Wat dat laatste betreft willen we dat op de afdeling klinische onzekerheden uitgezocht worden. En er gaan casusbesprekingen plaatsvinden.' Detmar: 'Iemand van de werkvloer brengt dan een casus in die we samen analyseren. Komen daar klinische onzekerheden uit, dan onderzoeken we die met EBP. Daarnaast willen we in de toekomst PICO- en pro-

tocolbesprekingen gaan organiseren. Zo integreren we EBP steeds meer op de werkvloer.'

Uitbreiding

De komende tijd gaat het aantal hbo-verpleegkundigen in OLVG uitgebreid worden. Verschillende verpleegkundigen zijn momenteel druk bezig hun portfolio's op te bouwen, waarmee ze laten zien welke ervaring ze in huis hebben. Marieke en Detmar spelen een rol in de beoordeling van deze portfolio's. Marieke: 'Het valt dan op hoeveel projecten er zijn waar je geen weet van hebt. Ook projecten die voor de dagbehandeling heel interessant zijn. Dat alleen al motiveert enorm.'

Eén team

Bang dat hun nieuwe functie een tweedeling binnen het team teweegbrengt, zijn Marieke en Detmar niet. Detmar: 'We werken als één team en willen allemaal hetzelfde, namelijk de kwaliteit van de zorg voor onze patiënten verbeteren. Marieke: 'Ik merk dat onze collega's ons dit gunnen. Het is voor iedereen waardevol dat de problemen van de werkvloer worden opgepakt en verbeterd.'



Marieke Berding-Mooiweer en Detmar de Lange

Sinds 2019 leiden we in OLVG verpleegkundigen op tot EBP-coach. Zij spelen een belangrijke rol bij het toepassen en verankeren van *evidence-based practice* (EBP) op de afdeling. In dit kwartet vertellen vier EBP-coaches over hun werkzaamheden en ervaringen.

Judith Vocking



EBP behapbaar maken



Implementatieplan EBP

Om de situatie op de afdeling te peilen, vroeg Moniek haar collega's zichzelf een cijfer te geven voor hun kennis over EBP. Dat was gemiddeld een 5,6. Daarnaast bleek maar 18% een klinische onzekerheid te kunnen benoemen. Moniek stelde zichzelf tot doel het kennisniveau op te krikken. Minstens 80% van haar collega's moest kunnen uitleggen wat EBP is en 50% moest een klinische onzekerheid kunnen formuleren. Daarvoor schreef ze een implementatieplan. Met klinische lessen en individuele gesprekken, schoolde Moniek haar collega's. Daarna gaf ze hen de opdracht in groepjes van twee op zoek te gaan naar klinische onzekerheden. Het duo dat er de meeste vond, kreeg een prijs. Eind december sloot Moniek met goed resultaat het implementatieplan af. Ook is er een werkgroep met enthousiaste verpleegkundigen opgericht die zich proactief met EBP op de Dagbehandeling gaat bezighouden.

Moniek Coppoolse,
verpleegkundige Dag-
behandeling

Take-home message

De kunst is EBP behapbaar te maken. Dan wordt iedereen vanzelf enthousiast en gaan ze ermee aan de slag.

Waarom ben je de opleiding tot EBP-coach gaan doen?

'Ik was altijd al bezig met kwaliteitsverbetering op de afdeling, maar ik miste de onderbouwing. Ook wilde ik kritischer leren kijken naar processen.'

Wat heb je van de opleiding geleerd?

'EBP was vrij nieuw voor mij en ik moest echt alles leren. Als ik van de afdeling afging voor de opleiding en collega's vroegen waar ik nou precies mee bezig was, kon ik dat in het begin nog niet goed uitleggen. Nu kan ik gelukkig een goede vertaalslag maken van wat ik geleerd heb naar de praktijk. Vooral het gedeelte over het coachen vond ik heel interessant. Van nature kan ik mensen

: ik heb het gevoel dat ik als persoon gegroeid ben

best goed meekrijgen, maar nu weet ik ook welke mechanismen daarbij spelen. Die kan ik nu bewust inzetten. Ik heb echt het gevoel dat ik zelf als persoon, en zeker ook binnen het team, gegroeid ben.'

Waar hoop je dat de afdeling over vijf jaar staat?

'Ik hoop dat iedereen dan weet wat EBP is en projecten automatisch opgepakt worden. Ik wil mijn steentje daaraan bijdragen door mensen te enthousiasmeren en EBP behapbaar te maken. EBP is belangrijk voor de ontwikkeling van ons vak. Het hoeft niet allemaal groot en moeilijk te zijn. Het mag ook klein en er zijn allerlei mensen in OLVG die je erbij kunnen helpen.'

Verbeteren van de aanspreekcultuur binnen een team



Implementatieplan CRM

Crew Resource Management (CRM) is een veiligheidstraining voor multidisciplinaire teams in de spoedeisende zorg. Hierbij staan niet-technische vaardigheden centraal, zoals communicatie, besluitvorming en leidinggeven. Uit de literatuur blijkt, dat het aanvullend toepassen van CRM een positief effect heeft op de uitkomst van reanimatietrainingen. Naar aanleiding daarvan heb ik een implementatieplan geschreven voor CRM-trainingen ter ondersteuning van acute situaties op de CCU. Bijvoorbeeld bij de opvang van patiënten met een astma cardiale of ventriculaire tachycardie. In de praktijk worden ervaren arts-assistenten, die nog niet gewend zijn aan een leidinggevende rol, soms overruled door ervaren verpleegkundigen. In een simulatiesetting reflecteren artsen en verpleegkundigen op hun handelen en hoe iedereen de situatie heeft ervaren. Zo vergroot CRM de bewustwording ten aanzien van het proces, hun eigen rol en die van anderen. Ook verbetert het de aanspreekcultuur en veiligheid binnen het team.

Marleen Vernooij,
medisch hulpverlener
CCU/EHH

Take-home message

Als EBP-coach maak je datgene wat mensen moeilijk en abstract vinden praktisch en toegankelijk.

Je bent twee jaar EBP-coach. Waar ligt je voornaamste focus?

'Op het begeleiden van CCU-cursisten die een *critically appraised topic* (CAT) moeten schrijven ter afronding van hun opleiding. Toen ik als EBP-coach begon, vroeg ik mijn collega's wat ze van mij verwachtten. Hun antwoord was: ervoor zorgen dat onderzoeksresultaten in de praktijk gebruikt worden en niet op de plank belanden. Daarom kijk ik heel kritisch of onderwerpen van onderzoek voortkomen uit een behoefte op de werkvloer. En dat werkt. Steeds vaker leiden resultaten van een CAT tot onderbouwing of herziening van een protocol, een nieuw protocol, een knelpuntenanalyse of een uitgebreid implementatieplan.'

: ik kijk heel kritisch of onderwerpen van onderzoek voortkomen uit een behoefte op de werkvloer

Hoe ben je de afgelopen twee jaar gegroeid in je rol?

'Ik ben zekerder geworden. In het begin was ik iedereen aan het helpen en nu ben ik meer aan het coachen. Ik stuur de cursisten aan door ze vragen te stellen waarmee ze zelf verder kunnen. Dat kost veel minder energie. En kom ik ergens niet uit, dan kan ik hulp vragen aan de mensen van het Leerhuis.'

Ben je nog steeds blij met je keuze?

'Zeker. EBP is iets wat uitdagend blijft. Je bent niet snel uitgeleerd. Iedere keer ontdek je weer een nieuw laagje. Nu ik ook veel andere projecten op de afdeling doe, mis ik het soms om met EBP bezig te zijn.'

Goed voorbereid naar een coloscopie



Herimplementatie video-instructie coloscopie

Geregeld zijn patiënten slecht voorbereid op een coloscopie, waardoor de ingreep verplaatst moet worden. Dat betekent nogmaals het voorbereidingstraject doorlopen, langer wachten op een diagnose en een onbenut bed. Uit een nul-meting bleek dat slechts 27% van de patiënten de video-instructie, die wij standaard meesturen, had bekeken, terwijl de literatuur zegt dat dit belangrijk aanvullend voorlichtingsmateriaal is. Daarom heb ik een plan gemaakt om de video-instructie opnieuw te implementeren. Ik ga het belang ervan bij mijn collega's onder de aandacht brengen door middel van klinische lessen. Daarnaast wordt het werkproces in Epic zodanig aangepast dat bij het intakegesprek standaard gevraagd wordt of de video bekeken is. Binnen drie jaar wil ik dat 96% van de patiënten goed voorbereid komt voor een coloscopie, zodat de doorstroom verbetert en patiënten én personeel tevredener zijn.

Gerarda van Soest-Vloet, verpleegkundige
Maag-, Darm- en
Leverziekten

Take-home message

Wetenschappelijke inzichten veranderen continu. Daar moet je in meegaan, anders loop je op een gegeven moment achter.

Waarom ben je de opleiding tot EBP-coach gaan doen?

'We werken volgens protocol, maar iedereen geeft daar toch een beetje een eigen invulling aan. Ik ben altijd al nieuwsgierig geweest waarom mensen dingen op hun manier doen. EBP zorgt voor onderbouwing.'

Hoe vond je de opleiding?

'In eerste instantie heel spannend. Ik ben in-service opgeleid, dus had nooit iets met EBP gedaan. Daardoor kwam er in korte tijd veel nieuwe informatie op me af. Maar de begeleiding was echt top. Ik heb veel vragen kunnen stellen, heel veel kunnen leren en ben enorm gegroeid.'

: we moeten ernaartoe dat we ons steeds afvragen waarom we iets doen

Wat wil je als EBP-coach bereiken op je afdeling?

'Ik wil laten zien dat verpleegkundig onderzoek leuk is en dat je er veel mee kan bereiken. Op dit moment doen we als verpleegkundigen vaak gewoon ons werk, maar we moeten ernaartoe dat we ons steeds afvragen waarom we iets doen. Dat is een heel andere manier van denken. Tijdens de opleiding heb ik geleerd hoe je in de literatuur bewijs kunt vinden en dat wil ik overbrengen aan mijn collega's. Op mijn afdeling zijn dat er wel honderd. Dat betekent veel overleggen en kleine stapjes nemen. En omdat EBP voor de meeste collega's nieuw is, probeer ik het zo praktisch mogelijk te maken. Bijvoorbeeld door de resultaten van de CAT die ik voor de opleiding heb geschreven, uit te leggen.'

Babymassage wetenschappelijk onderbouwd



Literatuuronderzoek

Mijn collega Sarah Melis, die instructeur baby-massage is, wilde deze interventie implementeren op onze afdeling. De neonatologen wilden graag eerst wetenschappelijke onderbouwing zien. Daarom heb ik in de literatuur gekeken wat het effect is van babymassage op kinderen geboren vanaf 35 weken zwangerschap. Het blijkt dat deze kinderen sneller groeien en eerder overgaan op volledige voeding. Daarnaast hebben hun moeders minder depressieve gedachten en angstklachten. Dit onderschrijft wat wij op de afdeling al zagen. In sommige culturen is het heel gebruikelijk pasgeborenen te masseren en je ziet het positieve effect daarvan. Inmiddels introduceren we de interventie stapsgewijs. Sarah initieert massages, soms in samenspraak met de fysiotherapie, en leidt ouders en verpleegkundigen op ze te geven. Bij prematuren lijkt massage ook een positief effect te hebben, maar een van onze cursisten zoekt dat nog verder uit.

Pauline Walkers, neonatologieverpleegkundige

Take-home message

Je bent nooit te oud om te leren, dat is mijn motto.

Je bent twee jaar EBP-coach. Waar ligt je voornaamste focus?

'Ik begeleid de neonatologieverpleegkundigen in opleiding bij het schrijven van hun kwaliteitsopdracht. Voor de meesten is dat echt wel een ding. Ik denk mee over een onderwerp, waarbij we altijd iets proberen te kiezen waar ook de afdeling profijt van heeft. Dat werkt motiverend én je voorkomt dat resultaten in de kast verdwijnen. Daarnaast help ik de cursisten structuur aan te brengen. En ik verwijs ze door naar de informatiespecialist van de bibliotheek voor hulp bij het zoeken van wetenschappelijke artikelen. Die neem ik vervolgens met hen door en help ze die te beoordelen.'

: het begeleiden van cursisten houdt me scherp

Dat is best intensief.

'Dat valt mee. Je doet het samen en de truc is op tijd te beginnen. Dan zit er niet zo'n druk op. En het mooie is dat ik er zelf ook elke keer van leer. Het houdt me scherp.'

Je bent ook actief in de journal club. Wat levert dat je op?

'We gaan daar met elkaar in discussie over een artikel en dan niet over de inhoud, maar over de methodologie. Daardoor kan iedereen meepraten, ongeacht het specialisme. Je leert artikelen makkelijker lezen en kritisch te kijken of ze inhoudelijk wel kloppen. Toen ik begon met EBP moest ik me echt door artikelen heen worstelen. Dat is zo'n verschil met nu.'



In de couveuse of beter in een warmtebed?

Wanneer is het verblijf van een pasgeborene in een Kanmed® warmwaterbed beter dan in een couveuse, gekeken naar groei en temperatuur?

Angelina Roelse, neonatologieverpleegkundige

Achtergrond

Zieke pasgeborenen worden veelal verpleegd in couveuses en, zodra het kan, in warmtebedjes om afkoeling en groeivertraging te voorkomen. Voordelen van couveuseverpleging zijn de mogelijkheid warmte en luchtvochtig-

heid te controleren en het goed kunnen observeren van de conditie van de pasgeborene. Een nadeel is dat het het bindingsproces tussen ouders en de pasgeborene vertraagt, doordat de couveuse een letterlijke barrière vormt. Daarnaast levert de couveuse geluids-

overlast. De maximale geluidsnorm voor een pasgeborene is 's nachts 35 decibel en overdag 45 decibel¹. Deze wordt al overschreden door de motor. Vanwege omgevingsgeluid, het geluid van ademhalingsondersteuning op basis van luchtflow en de resonantie van de wanden van de couveuse, neemt het aantal decibel nog meer toe¹.

Volgens de huidige protocollen in OLVG mag een pasgeborene uit de couveuse worden overgeplaatst naar een ander bed vanaf de gecorrigeerde zwangerschapsduur van 32 weken en bij een minimumgewicht van 1.500 gram. Om de pasgeborene zo snel mogelijk over

te plaatsen, zonder nadelen voor groei en lichaamstemperatuur, was het nuttig om de huidige protocollen te toetsen aan recent wetenschappelijk onderzoek. Dit leidde tot de volgende PICO:

P De klinisch stabiele pre- en/of dysmature pasgeborene verpleegd in de couveuse in een level 2 of post ic-setting.

I Snelle overplaatsing van couveuse naar Kanmed warmwaterbed.

C Overplaatsing van couveuse naar warmtebed volgens huidig protocol (minimaal gewicht van 1.500 gram, een gecorrigeerde leeftijd (cGA) van 32 weken zwangerschapsduur, met een couveusetemperatuur van <31 °C).

O De klinisch stabiele pre- en/of dysmature pasgeborene is thermostabiel en groeit conform de groeicurve voor pasgeborenen.

(P=patiënt, I=interventie, C=vergelijking, O=uitkomst)

Zoekstrategie

Voor de beantwoording van de PICO is op respectievelijk 3 december 2020 en 10 december 2020 met behulp van een informatiespecialist gezocht naar wetenschappelijke artikelen in PubMed met de volgende *searchstring*:

("Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant, Very Low Birth Weight"[Mesh] OR "Premature Birth"[Mesh] OR preatur[tiab] OR vlbw[tiab] OR elbw[tiab] OR "low birth weight"[tiab] OR preterm*[tiab] OR pre matur*[tiab] OR preterm*[tiab] OR pre term*[tiab] OR dysmatur*[tiab]) AND ("Incubators, Infant"[Mesh] OR incubator*[tiab]) AND (cot[tiab] OR crib* OR heated mattress*[tiab] OR thermal mattress*[tiab]) (preterm) AND (infant)) AND (heated mattress)) AND (incubator)*

De zoekstrategie leverde 26 artikelen op. Deze zijn geselecteerd op taal (alleen Nederlands- en Engelstalige artikelen zijn geïncludeerd) en publicatiedatum (alleen artikelen jonger dan 10 jaar).

Na het lezen van de abstracts bleven er twee bruikbare onderzoeken over: een *systematic review* (SR) en een retrospectief cohortonderzoek. De kwaliteit van deze twee artikelen werd beoordeeld met checklists van Cochrane.

Resultaten

De SR van Gray e.a.² includeerde vijf gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCTs) (n=247) over verschillen in groei en lichaamstemperatuur van stabiele vroeg geborenen die of in de couveuse of in een Kanmed warmwaterbed werden verpleegd. De geïncludeerde pasgeborenen hadden een gecorrigeerde zwangerschapsduur jonger dan 37 weken en een gewicht tussen 1.000 en 2.000 gram. De onderzoekers vonden geen significant verschil in groei (P=0,63) en lichaamstemperatuur (P=0,33) na 2-3 weken en secundaire uitkomsten, zoals zuurstofverbruik en sepsis.

In het retrospectief cohortonderzoek van Rallis e.a.³ werd een groep pasgeborenen (n=52) met een minimaal gewicht van 1.400 gram vergeleken met een groep (n=83) met een gewicht van af 1.200 gram, die overgeplaatst werden van een couveuse naar een Kanmed warmwaterbed. De onderzoekers vonden dat de pasgeborenen uit de groep met een gewicht van 1.100 gram tot 1.400 gram bij overplaatsing naar een warmtebed sneller groeiden (P=0,001), korter in het ziekenhuis verbleven (P=0,010) en een lager ontslaggewicht hadden, dan de groep met gewicht boven 1.400 gram bij overplaatsing. De pasgeborenen uit de groep met een gewicht onder 1.400 gram werden ontslagen bij een kortere gecorrigeerde zwangerschapsduur. De pasgeborenen in dit onderzoek waren klinisch stabiel, zowel met als zonder ademhalingsondersteuning.

Commentaar en klinische relevantie

In de SR van Gray e.a.² werden vijf RCT's met elkaar vergeleken. De pasgeborenen werden verpleegd in een couveuse of in een Kanmed warmwaterbed en werden niet overgeplaatst van couveuse

naar een Kanmed warmwaterbed. De studiepopulatie was heterogeen en bevatte geen details over het exacte aantal weken gecorrigeerde zwangerschapsduur tijdens het onderzoek. Het onderzoek is betrouwbaar, omdat er voldoende gegevens ter beschikking waren en duidelijk is beschreven hoe de studie is uitgevoerd. De validiteit van het onderzoek was goed.

Het retrospectief onderzoek van Rallis e.a.³ heeft een goede bewijslast, omdat de betrouwbaarheid en validiteit goed bleken te zijn. Er werden voldoende gegevens verzameld in beide groepen. De peri- en neonatale kenmerken van beide groepen pasgeborenen waren niet significant verschillend (P=0,096-1,000). De onderzoekers constateerden dat er sprake kan zijn van bias, vanwege de te kleine onderzoeksgroep en gebrek aan een eenduidig overplaatsingsprotocol op de afdelingen met mogelijk effect op de onderzoeksresultaten. Er werd niet gerandomiseerd en geblindeerd, wat kan hebben geleid tot beïnvloeding van de werkwijze van de verpleegkundigen en daarmee ook de resultaten.

Conclusie

Vanaf de gecorrigeerde zwangerschapsduur van 32 weken en met een couveusetemperatuur van 28 graden, kan de overplaatsing van een pasgeborene vanuit een couveuse naar een Kanmed warmwaterbed eerder plaatsvinden zonder extra gezondheidsrisico's, namelijk bij een minimaal gewicht van 1.200 gram in plaats van 1.500 gram.

Niveau van aanbeveling conclusie: 1

Referenties:

1. Bertsch M, Reuter C, Czedit-Eysenberg I, Berger A, Olischar M, Bartha-Doering L, et al. The "Sound of Silence" in a Neonatal Intensive Care Unit-Listening to Speech and Music Inside an Incubator. *Front Psychol.* 2020; 11:1055
2. Gray PH, Flenady V. Cot-nursing versus incubator care for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(8):CD003062
3. Rallis D, Longley C, Kage A. Transferring preterm infants into an open cot using a heated mattress at $\leq 1400\text{ g}$. *J Perinatol.* 2019;39(10):1399-405

Leiderschap voor en door verpleegkundigen

Dit jaar stond het verpleegkundig minisymposium in OLVG in het teken van verpleegkundig leiderschap. Vanuit verschillende invalshoeken vertelden diverse sprekers over de voorwaarden en middelen om leiderschap in de verpleegkundige praktijk te brengen. Ook stond weer de uitreiking van de verpleegkundige afstudeerprijzen op het programma.

Judith Vocking

De link tussen verpleegkundig onderzoek en leiderschap

De eerste sprekers waren verpleegkundig opleider en onderzoeker Mireille Stelwagen en verpleegkundig specialist hiv-zorg Marie-Jose Kleene. Beiden doen (promotie)onderzoek in OLVG. Marie-Jose naar de inzet van PROMS (*Patient Reported Outcome Measures*) om de zorg voor patiënten met hiv te verbeteren. Mireille naar de ervaringen van ouders en zorgverleners bij het nieuwe concept van rooming-in op de afdeling neonatologie. Ze vertelden hoe ze in het onderzoek terecht zijn gekomen en hoe belangrijk daarbij het tonen van positief leiderschap was. Wees kritisch, stel vragen, toon initiatief, zet jouw onderzoek op de agenda, zoek de

samenwerking met anderen binnen en buiten je organisatie, neem het podium en deel je resultaten, is hun advies. Als handige tip noemden zij het 'Stappenplan onderzoek doen in OLVG', dat op intranet staat. Daarin staat per type onderzoek op een rijtje waar je allemaal aan moet denken.

Uitreiking verpleegkundige afstudeerprijzen

Vervolgens presenteerden de drie genomineerden voor de verpleegkundige afstudeerprijzen hun onderzoek. Zij vertellen erover op pagina 19 t/m 21.

De rebelse verpleegkundige

Daarna was het woord aan Monique van Dijk, hoogleraar Verplegingswetenschap

bij het Erasmus MC. Zij stelt dat verpleegkundigen best wel wat meer mogen rebel-leren. Een rebel is geen probleemzoeker, zegt zij, maar iemand die vanuit een positieve invalshoek mogelijkheden ziet, ontwikkelingen stimuleert, doelgericht is, energie geeft en openstaat voor samenwerking. Daarnaast mag de verpleegkundige beroepsgroep, die 70% van het medisch personeel omvat, best wat minder bescheiden zijn en meer leiderschap tonen. Moniques boodschap is: Geef niet op als je niet direct een reactie krijgt. Zet je alleen in voor de dingen die écht belangrijk zijn; *choose your battles*. Maak gebruik van een gezonde dosis humor en zeg nooit meer: 'Ik ben maar verpleegkundige'. Je hebt alle reden om trots te zijn op je vak. Zeg ook nooit meer 'sorry', als dat niet nodig is. En tot slot, de verpleegkundige beroepsgroep is divers. Heb respect voor elkaar en maak gebruik van de verschillen. Daarmee kom je verder.

Hbo-verpleegkundigen in OLVG: waarom?

Wieke Heideman, programmaleider Toekomstbestendig Verpleegkundige Zorg, sloot de middag af met een presentatie over de nieuwe functie van hbo-verpleegkundige in OLVG. In deze functie heeft verpleegkundig leiderschap een prominente rol. Van hbo-verpleegkundigen wordt verwacht dat ze knelpunten signaleren en die projectmatig oplossen al dan niet op basis van wetenschappelijk onderzoek en EBP. Hiermee kunnen werkprocessen worden verbeterd, waarbij ook over de muren van de eigen organisatie heen gekeken wordt. De functie van hbo-verpleegkundige sluit aan bij de veranderingen in de zorg en biedt ruimte voor individuele ambities van verpleegkundigen (zie pagina 10).

Kijk de hele webinar: <https://wetenschapsblad.olvg.nl/2021/verpleegkundige-minisymposium>.



Minder pijn met gebruik van kinesiotape?



Tijdens het verpleegkundig minisymposium won Mireille Bakker, verpleegkundig specialist op de SEH, de juryprijs voor haar afstudeeronderzoek. Zij zocht uit of het gebruik van kinesiotape (sporttape) voor pijnvermindering zorgt bij patiënten die op de SEH komen met een breuk in de schouder of een breuk/kneuzing van de ribben.

Waarom heb je voor dit onderwerp gekozen?

'Schouder- en ribfracturen zijn hartstikke pijnlijk en worden behandeld met pijnstilling en een sling, omdat ingipsen niet mogelijk is. Toen ik in 2013 op de SEH van OLVG begon, werd aanvullend al kinesiotape gebruikt bij deze patiënten. Maar omdat er geen wetenschappelijk bewijs voor was, kreeg de ene pa-

tiënt het wel en de andere niet. Dat hing af van de voorkeur van de behandelaar of SEH-verpleegkundige. Mij intrigeerde dat en toen ik voor mijn opleiding tot verpleegkundig specialist een onderzoek moest doen, wist ik meteen dat het hierover zou gaan.'

Hoe heb je je onderzoek aangepakt?

'Ik heb een *randomised controlled trial* (RCT) gedaan op de SEH en gipskamers van OLVG Oost en West. In totaal zijn 83 patiënten geïncludeerd met een ribfractuur of -contusie, claviculafractuur, AC-luxatie of proximale humerusfractuur. Door middel van loting werd de ene helft behandeld met pijnmedicatie en een sling. De andere helft kreeg aanvullend kinesiotape. De pijn werd drie keer gemeten: voordat de behandeling werd ingezet, 15 minuten na het wel of niet aanbrengen van de tape en na 4 dagen.'

Wat waren je bevindingen?

'In beide groepen was na 15 minuten en 4 dagen een significante vermindering te zien in pijnscore. Maar op dag 4

was de pijnreductie voor patiënten die behandeld waren met kinesiotape significant groter dan bij de patiënten met alleen medicatie en sling.'

Hebben je resultaten geleid tot veranderingen op de werkvloer?

'We hebben de uitkomsten van het onderzoek gecommuniceerd naar alle behandelaars en er zijn werkafspraken gemaakt. Mensen die het eerst niet gebruikten, doen dat nu vaak wel. Daarnaast is de tape opgenomen in een van de behandelprotocollen.'

Je hebt met dit onderzoek niet alleen deze prijs gewonnen, maar ook de landelijke VIOS afstudeerprijs. Hoe voelt dat?

'Dat had ik natuurlijk niet verwacht. Maar het is ontzettend leuk om de erkenning te krijgen voor het harde werken dat we als team hebben gedaan. Want het is wel mijn onderzoek, maar zonder mijn collega's van de SEH en gipskamer had ik het niet gered. In drie maanden tijd moest de inclusie rond zijn. We hebben dus als een dulle moeten werken.'

Ik heb begrepen dat deze pilotstudie een vervolg krijgt?

'Dat klopt! Ik heb subsidie gekregen voor een vervolgstudie. We hebben nu alleen gekeken naar pijnreductie, maar we zijn bijvoorbeeld ook geïnteresseerd of er sprake is van een placebo-effect. Natuurlijk kun je zeggen 'een effect is een effect, dus wat maakt het uit', maar wil je een grotere groep overtuigen, ook buiten je eigen ziekenhuis, dan is het is van belang om dit te weten. Daarom gaan we hetzelfde onderzoek doen met een extra groep die een nep-tape krijgt. En ik ga de patiënttevredenheid meenemen. Uiteindelijk wil ik heel graag op dit onderwerp promoveren. Ik vond het doen van de pilotstudie al een feestje.'

Een vochtbalans bijhouden; wat zijn de knelpunten?



Cardiac Care-verpleegkundige Gerbert Kremers won de publieksprijs voor zijn afstudeerscriptie. Hij inventariseerde de knelpunten die verpleegkundigen ondervinden bij het bijhouden van een vochtbalans en deed op basis daarvan aanbevelingen.

Waarom heb je voor dit onderwerp gekozen?

'Bij patiënten met chronisch of acuut hartfalen – decompensatio cordis – is een gebalanceerde vochtintake belangrijk. Daarom moet de vochtbalans voor deze patiënten goed bijgehouden worden. In de praktijk gaat dat echter niet altijd optimaal. Dit kan leiden tot complicaties en een langere ligduur. Ook veroorzaakt het soms irritatie bij collega's onderling. Iedereen wilde het probleem graag aanpakken, maar niemand wist waar te beginnen. Ik vond het een mooi onderwerp voor het af-

studeeronderzoek dat ik ter afronding van mijn opleiding tot Cardiac Care-verpleegkundige moest doen.'

Hoe heb je je onderzoek aangepakt?

'Met behulp van het Ishikawa-model heb ik gestructureerd alle knelpunten in kaart gebracht. Vervolgens ben ik gaan kijken welke knelpunten plus oorzaken in de literatuur beschreven waren. Tot slot heb ik collega-verpleegkundigen geïnterviewd of zij de door mij geïnterviewde knelpunten herkenden als oorzaken voor het niet volledig kunnen bijhouden van een vochtbalans.'

Wat waren je belangrijkste bevindingen?

'Zowel in de literatuur als de interviews komt kennistekort als belangrijk knelpunt naar voren. Iedereen is wel op de hoogte van de relevantie van het bijhouden van een vochtbalans. Maar als het bijvoorbeeld gaat over bloedproducten en sondevoeding of het bijhouden van de vochtintake van een patiënt met een vochtbeperking, is er

onduidelijkheid wat er genoteerd moet worden. Ook ontbreekt het aan duidelijke afspraken bij wie een vochtbalans moet worden bijgehouden. Verder blijkt dat het bijhouden van de vochtbalans in EPIC niet altijd makkelijk gaat. Als verpleegkundige moet je eerst van alles aanklikken, voordat je daadwerkelijk kunt registreren. Op een acute afdeling als de CCU ontbreekt het daarvoor vaak aan tijd. Ook vroegen verpleegkundigen zich af of voor een bepaalde patiëntencategorie dagelijks wegen geen alternatief kan zijn voor het bijhouden van de vochtbalans.'

Krijgen jouw bevindingen een vervolg?

'Wat betreft EPIC hoop ik dat er verbetering komt nu we zijn gaan werken met de Rover-app. Daardoor kunnen we aan het bed van de patiënt direct op de telefoon registraties doen. Wat nog niet in de planning staat, maar wel goed zou zijn, is het geven van klinische lessen aan verpleegkundigen en voedingsassistenten om de kennis te verbeteren. Daarnaast is besloten een vervolgonderzoek te starten naar dagelijks wegen als alternatief voor het bijhouden van de vochtbalans. Daar moet dan ook een implementatieplan uit voortkomen. Een student gaat dit project oppakken of ik zelf. Want hoewel het afstudeeronderzoek veel werk was, heb ik de smaak wel te pakken gekregen.'

Hoe was het om de publieksprijs te winnen?

'Bij ons op de afdeling moeten studenten standaard hun scriptie insturen voor de verpleegkundige afstudeerprijs. Eerst dacht ik: 'Is dat nou wel nodig?', maar nu ben ik er blij om. Natuurlijk is het leuk als je werk op deze manier wordt gewaardeerd, maar het stimuleert ook anderen om onderzoek te doen.'

Hoe probleemgedrag van patiënten met LVB verminderen?

Verpleegkundige Esther Gasseling viste **nét** achter het net. Ze behaalde een eervolle derde plek met haar case studie, waarmee ze wilde achterhalen welke verpleegkundige interventie het meest geschikt is om probleemgedrag te verminderen bij een volwassen patiënt met een licht verstandelijke beperking tijdens ziekenhuisopname.

Waarom heb je voor dit onderwerp gekozen?

'Mijn laatste stage liep ik op de afdeling Chirurgie. Daar was een patiënt met een lichtverstandelijke beperking (LVB) opgenomen, vanwege een rectumcarcinoom. Na het plaatsen van een stoma ontstonden complicaties en moest ze meerdere malen opnieuw worden geopereerd. De patiënt vertoonde zorgmijndend gedrag en had geen ziekte-inzicht. Afwisselend was ze rustig en aanspreekbaar, en boos en tegendraads. Als verpleegkundigen hadden we weinig *tools* om hier goed mee om te gaan. In het kader van mijn afstudeeropdracht heb ik met terugwerkende kracht gekeken hoe we deze patiënt beter hadden kunnen begeleiden.'

Hoe heb je je onderzoek aangepakt?

'Ik heb literatuur- en praktijkonderzoek gedaan. Voor dat laatste interviewde ik een aantal professionals van de afdeling Psychiatrie en Medische Psychologie en de Kinderafdeling van OLVG, en een praktijkverpleegkundige uit de verstandelijke gehandicaptenzorg. Bij allen bracht ik een aantal gespreksthema's ter sprake die betrekking hadden op hun professionele kennis en ervaring. Ook legde ik mijn bevindingen uit de literatuur aan hen voor.'

Wat was je belangrijkste conclusie?

'Passende bejegening komt het meest in aanmerking om probleemgedrag

bij patiënten met LVB te verminderen. Deze interventie is gebaseerd op *expert opinion* en niet op wetenschappelijk bewijs. Goed onderzoek is er sowieso weinig op dit gebied. De resultaten die ik vond, bleken niet significant, niet-valide of niet generaliseerbaar voor de ziekenhuissetting.'

Wat houdt passende bejegening in?

'Bied mensen met LVB niet te veel keuzes, stel duidelijk regels en formuleer kort en helder, waarbij je niet drie onderwerpen tegelijk aankaart. Stel verder concrete, haalbare doelen en overvraag mensen niet. Erken daarnaast dat iemand zich onzeker kan voelen als iets niet lukt. Toon in zo'n situatie empathie zonder betuttelend te zijn. En wees je ervan bewust dat dit heel complexe zorg is waar je tijdens je opleiding vrij-

wel niets over leert. Het is dan ook niet erg dat je niet alles weet en kunt, maar besef wel dat elders in het ziekenhuis expertise aanwezig is. Als je vermoedt dat een patiënt LVB heeft – en wees daar altijd alert op, ook als het niet in het dossier staat – neem dan contact op met de verpleegkundig specialist psychiatrie. Deze kan de patiënt screenen. Het kan ook helpen iemand van de kinderafdeling om advies te vragen. Goede zorg voor deze patiënten behoort ook tot onze taak en vraagt om verpleegkundig leiderschap.'

Je begon op je 48^e met de hbo-v, bent cum laude afgestudeerd en hebt met deze case studie de HvA-afstudeerprijs gewonnen. Dat is inspirerend.

'Het motto tegenwoordig is 'een leven lang leren'. Ik ben van huis uit journalist en mijn interesse in informatie en informatieverwerking kwam bij deze opleiding goed van pas. Tijdens de hbo-v maakte ik voor het eerst echt kennis met wetenschapsliteratuur en EBP. Het zoeken in PubMed was als een duik in een goudmijn aan informatie. Het voelde een beetje als toen ik als kind leerde lezen en een hele wereld aan kennis zich ontvouwde.'





Een centraal veneuze katheter wisselen bij occlusie van een lumen; zin of onzin?

Leidt een geoccludeerd lumen van een centraal veneuze katheter tot een verhoogde kans op een bacteriëmie of lijnsepsis?

Yaiza Zonneveld, IC-verpleegkundige en EBP-coach

Achtergrond

Vanwege de acute setting van de Intensive Care (IC) worden centraal veneuze katheters (CVC) in de dagelijkse

praktijk veelvuldig toegepast. De mogelijkheid om meerdere medicijnen via één toegangsweg toe te dienen, is essentieel voor de behandeling van veel

IC-patiënten. Daarnaast worden in de IC-setting vaak medicijnen toegepast die irriterend werken op de perifere veneuze vaatwand, waardoor toediening via een grotere vene noodzakelijk is. De noodzaak tot gebruik van CVC's is onomstreden, maar ze hebben ook nadelen. Er is bijvoorbeeld een risico op complicaties, zoals trombusvorming, en bloeding en ritmeproblematiek bij plaatsing. De meest beruchte complicatie is echter het ontstaan van een bac-

teriemie met als gevolg een lijnsepsis¹. Op de IC van OLVG, locatie Oost wordt een CVC direct verwisseld bij een occlusie van één van de aanwezige lumina. De reden hiervan is dat geoccludeerde lumina voor kolonisatie van bacteriën kunnen zorgen, waarbij het risico op een bacteriemie en dus lijnsepsis wordt vergroot. Hierover valt echter niets terug te vinden in de landelijke richtlijn, net als in de interventiebundel van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) 'preventie van lijnsepsis'. Dit leidde tot de volgende PICO:

P	Patiënten met een centraal veneuze katheter (CVC)
I	Geoccludeerd lumen
C	-
O	Bacteriemie of lijnsepsis

(P=patiënt, I=interventie, C=vergelijking, O=uitkomst)

Zoekstrategie

In Pubmed is gezocht met de volgende zoekstrategie:

((“Catheterization, Central Venous”[Mesh] OR central line[tiab] OR central venous line*[tiab] OR central venous access device[tiab] OR central venous catheter*[tiab] OR CVC[tiab] OR central line*[tiab] OR central venous port[tiab]) AND (“Catheter Obstruction”[MAJR] OR obstruct*[ti] OR occlu*[ti] OR Catheter related thrombo*[ti] OR fibrin sheath*[ti]) AND (“Catheter Related Infections”[Mesh] OR Bloodstream infections[tiab] OR “Equipment Contamination”[Mesh] OR infect*[tiab] OR Catheterization, Central Venous / adverse effects[tiab] OR CLABSIS[tiab] OR bacteremi*[tiab]))*

In Cochrane was dat:

((Fibrin Sheath):ti,ab,kw OR (“Central venous catheter obstruction”):ti,ab,kw OR (“Catheter occlusion”):ti,ab,kw OR (“lumen occlusion”):ti,ab,kw AND (“catheter-related bacteraemia”):ti,ab,kw))

Na ontdebellen leverde dit 206 artikelen op. Alle artikelen werden gescreend

aan de hand van de inclusiecriteria: studies naar volwassenen, kinderen of dieren, die de correlatie tussen het ontstaan van lijnsepsis bij (partieel) geoccludeerde lumen, dan wel trombusvorming rondom een CVC of PICC-lijn onderzochten. Studies naar porta-caths of gericht op de behandeling van geoccludeerde lumen, pilot- en kwalitatieve studies werden geëxcludeerd. Er bleven twee artikelen over voor analyse.

Resultaten

Timsit e.a.¹ verrichtten een prospectieve cohortstudie naar de incidentie, risicofactoren en relatie van CVC-gerelateerde trombose met lijnsepsis. In de studie waren 265 IC-patiënten met een CVC geïncludeerd. De onderzoekers inventariseerden de incidentie en het risico op het ontstaan van centraal veneuze trombose door binnen 24 uur na verwijderen van de CVC, pathologische afwijkingen op te zoeken met een echo duplex. Daarnaast werden de verwijderde CVC's gekweekt op micro-organismen. Er werden 208 CVC's onderzocht en bij 69 patiënten (33%) was er sprake van een centraal veneuze trombose. Van de patiënten met centraal veneuze trombose ontwikkelden er 13 (19%) lijnsepsis. In de groep zonder centraal veneuze trombose (n=139) waren dit er 10 (7%). Het berekende relatieve risico (RR) bij trombusvorming in combinatie met lijnsepsis was 2,64 (P=0,011).

Raad e.a.² verrichtten een retrospectieve cohortstudie in een ziekenhuis dat zich specifiek richt op de behandeling van kanker. Hierbij werden post mortem de aangeprikte en contra-laterale, onaangeprikte venen van 72 patiënten met een CVC onderzocht op pathologische afwijkingen en gekweekte micro-organismen na het verwijderen van de CVC. Bij 31 van de 72 patiënten was er sprake van pathologische trombussen in de kant van de aangeprikte vene. Deze bevonden zich in de wand van de vene (n=27), dan wel in het atrium (n=4). Van de 31 patiënten met pathologische trombussen ontwikkelden er 7 een bacteriemie. Patiënten zonder trombussen ontwikkelden geen van allen een

bacteriemie (P< 0,01). Deze relatie bleek onafhankelijk te zijn van eventuele andere variabelen, zoals type maligniteit, trombocytenaantal pre-mortem of katheterduur.

Conclusie

Er zijn geen studies gevonden naar de kans op een bacteriemie bij geoccludeerde lumina van de CVC. Hierdoor kan deze relatie niet worden toegelicht. Wel bleek dat centraal veneuze trombose leidt tot een verhoogd risico op een bacteriemie en daarmee lijnsepsis^{2,3}. Meer onderzoek is nodig om definitief antwoord te kunnen geven op onze onderzoeksvraag.

Commentaar en klinische relevantie

Op basis van de literatuur is geen definitief antwoord te geven op de onderzoeksvraag. De noodzaak tot vervanging van een CVC bij een occlusie blijft daarom enigszins discutabel. Ook omdat deze handeling als erg vervelend wordt ervaren door de patiënt en niet zonder risico is.

Vanwege de aannemelijkheid dat een trombotische luminale occlusie hetzelfde werkingsmechanisme in gang zet als een centraal veneuze trombose, is aan te raden om de CVC toch te verwijderen. Mede omdat een aanwezige lijnsepsis een grote mortaliteit en morbiditeit met zich meebrengt en daarom zoveel mogelijk moet worden voorkomen.

Niveau van aanbeveling en conclusie: 3

Referenties:

1. Werkgroep Infectie Preventie (WIP). Flebitis en bloedbaan infecties door Intraveneuze infuus-katheters. RIVM. Okt 2010
2. Timsit J, Farkas JC, Boyer JM, Martin JB, Misset B, Renaud B et al. Central Vein Catheter-Related Thrombosis in Intensive Care Patients: Incidence, Risks Factors, and Relationship With Catheter-Related Sepsis. *Chest*. 1998;114(1):207-213
3. Raad I, Luna M, Khalil SAM, Costerton JW, Lam C, Bodey P. The Relationship Between the Thrombotic and Infectious Complications of Central Venous Catheters. *JAMA*. 1994;271:1014-1016.

Focusgroepen om kwalitatieve data te verzamelen



Mireille Stelwagen,
verpleegkundig opleider
en promovendus



Nini Jonkman, adviseur
wetenschap en epidemioloog

Focusgroepen worden in toenemende mate toegepast in verpleegkundig onderzoek. Maar wat zijn het precies? Wanneer kun je ze gebruiken? En waar moet je op letten als je onderzoek met focusgroepen wilt opzetten of een artikel wilt beoordelen waarin men gebruik heeft gemaakt van focusgroepen?

Wat zijn focusgroepen?

Een focusgroep is een vorm van data-verzameling bij kwalitatief onderzoek¹. Een gespreksleider interviewt een specifieke groep personen (vaak 6 tot 12) en vraagt naar hun opvattingen over een specifiek onderwerp. Dit gebeurt aan de hand van open vragen, zoals: 'Hoe ervaren mensen dit?', 'Waarom vinden mensen dit?' of 'Waarom gedragen mensen zich zo?'. Focusgroepen worden ook wel 'focusgroepdiscussies' genoemd, omdat deelnemers op elkaar kunnen reageren.

Wanneer kun je het gebruiken?

Focusgroepen lenen zich uitstekend om data te verzamelen voor kwalitatieve onderzoeksvragen. Deze vragen beginnen vaak met 'hoe?' of 'waarom?'. Als je in het kader van *evidence-based practice* (EBP) op zoek bent naar literatuur voor een hoe- of waaromvraag, kun je dus ook artikelen met focusgroepen gebruiken. Focusgroepen zijn niet geschikt voor vragen die beantwoord moeten worden met cijfers of die over het verwerpen of aannemen van hypothesen gaan.

Als je onderzoek wilt doen naar de ervaringen, opvattingen of behoeften van een groep, kun je focusgroepen gebruiken. Focusgroepen zijn heel geschikt om inzicht te krijgen in opvattingen van een specifieke groep over een bepaald thema. Bijvoorbeeld de behoefte van diabetespatiënten aan nazorg of de mening van collega-verpleegkundigen over het nut van een nieuwe werkwijze. Het voordeel van focusgroepen is dat de deelnemers elkaar kunnen stimuleren, waardoor je meer inzichten boven water krijgt. Wil je meer weten over persoonlijke ervaringen, bijvoorbeeld hoe patiënten met hun ziekte omgaan in hun dagelijks leven, dan zijn individuele interviews een betere methode. Mensen kunnen dan meer ingaan op hun persoonlijke beleving.

Een voorbeeld uit de praktijk

In OLVG zijn focusgroepen ingezet in een onderzoek naar de meningen en ervaringen van ouders met een nieuw zorgconcept (waaronder *rooming-in*) binnen de neonatologie². Vóór de invoering werden focusgroepdiscussies

gehouden met ouders, zodat hun mening meegenomen kon worden bij de implementatie. Na de invoering werden vier focusgroepen afgewisseld met acht diepte-interviews om ervaringen van ouders te verzamelen. Teamleiders hielden ouders te selecteren op basis van inclusiecriteria. Daarna selecteerden en benaderden de onderzoekers ouders doelbewust om een goede afspiegeling van de ouderpopulatie te bereiken. De onderzoeker (een getrainde gespreksleider) leidde, met ondersteuning van een tweede gespreksleider, de focusgroepen. De vragen aan de deelnemers gingen over specifieke onderdelen van het nieuwe zorgconcept. Op het moment dat er geen nieuwe inzichten meer werden gevonden, ook wel data-satura-

Heb je vragen over het opzetten of interpreteren van een onderzoek met focusgroepen? Of heb je een andere vraag over kwalitatief onderzoek? Neem dan contact met ons op via wetenschap@olvg.nl



tie genoemd, werd de dataverzameling afgesloten en werden er geen nieuwe focusgroepen meer georganiseerd.

Waar moet je op letten?

Bij het opzetten van (of beoordelen van artikelen over) kwalitatief onderzoek met focusgroepen, gelden net iets andere principes dan voor kwantitatief onderzoek³. Voor onderzoek met statistische analyses is het belangrijk om een willekeurige steekproef uit de populatie te hebben. Bij kwalitatief onderzoek met focusgroepen, is een doelbewuste steekproef (*'purposive sampling'*) juist belangrijk. Dit betekent dat je gericht mensen selecteert, waarvan je verwacht dat ze verschillende opvattingen hebben, om zo gevarieerd mogelijke data te verzamelen. Als er alleen maar jaknikkers aan tafel zitten, levert de focusgroep een eenzijdig, dus onvolledig, beeld op voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Als je een focusgroep wilt organiseren, bedenk dan van tevoren goed welke onderwerpen je met de deelnemers

wilt bespreken. Een *'topic list'* helpt je om de groepsdiscussie te structureren en ervoor te zorgen dat je alles met de deelnemers bespreekt. Een (geoefende) gespreksleider is heel belangrijk om de discussie in goede banen te leiden. Het liefst wil je dat er nog een tweede gespreksleider bij de focusgroep zit om te observeren en eventueel bij te sturen. Een focusgroep vergt een goede planning, omdat je alle deelnemers op hetzelfde moment bij elkaar wilt brengen. Begin dan ook ruim op tijd met deelnemers uitnodigen. Er bestaat in OLVG een draaiboek voor focusbijeenkomsten vanuit de afdeling Kwaliteit en Verbetering en OLVG heeft een pool met ervaren gespreksleiders.

Voor een betrouwbare dataverzameling en -analyse, is het belangrijk dat je tijdens de focusgroep een audio-opname maakt van de discussie. Deze kun je terugluisteren en uitschrijven. Het analyseren van data uit focusgroepen kan met verschillende kwalitatieve analysemethoden (in de edities van Wetenschap@OLVG Verpleegkunde 2014 en 2015 staan

twee van deze methoden beschreven). Je gaat bijvoorbeeld stukjes tekst labelen met codes en deze codes ordenen in thema's. Hierbij gaat het vooral om het betekenis geven aan de data. Je begint al met de data-analyse tijdens de data-verzameling, zodat je inzichten kunt meenemen (en verder verdiepen) in nieuwe focusgroepen. Een artikel met resultaten van een focusgroep zal, met uitzondering van baselinegegevens, geen getallen bevatten. In plaats daarvan presenteer je de overkoepelende thema's die je hebt gevonden en gebruik je pakkende citaten van de deelnemers die de thema's illustreren.

Referenties

1. Moser A, Kortsjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice* 2018;24(1):9-18.
2. Stelwagen MA, Van Kempen A, Westmaas A, Vet E, Scheele F. Parents' experiences with a model of Integrated maternity and neonatal care designed to empower parents. *JOGNN* 2021; 50:181-192.
3. Castillo-Page L, Bodilly S, Bunton SA. AM last page. Understanding qualitative and quantitative research paradigms in academic medicine. *Acad Med.* 2012;87:386.

Workshop om stigma rondom hiv terug te dringen

Als afstudeeronderzoek voor de opleiding tot verpleegkundig specialist ontwikkelde Maria Knapen, in samenwerking met de Hiv Vereniging, de workshop 'Positief zonder Stempels' voor verpleegkundigen en doktersassistenten om stigmatisering van mensen die leven met hiv terug te dringen. Want dat gebeurt nog op grote schaal, ook in de gezondheidszorg.

Judith Vocking

Met de antiretrovirale combinatietherapie is hiv een chronische aandoening geworden. Is het virus niet in het bloed meetbaar, dan is het ook niet overdraagbaar via seks en bloedcontact. Dit betekent geen risico op besmetting, maar niet iedereen weet dat en zo kan stigma ontstaan.

Negatief stempel

Stigma is een sterk negatief stempel dat invloed heeft op hoe we elkaar en onszelf zien. In het geval van hiv komt stigma vaak voort uit angst om geïnfecteerd te raken, legt Maria uit. 'Zorgprofessionals stigmatiseren meestal niet bewust. Het komt vooral door gebrek aan kennis. Men is niet op de hoogte van de 'n=n boodschap': niet meetbaar = niet overdraagbaar. Hierdoor gebeurt het bijvoorbeeld dat iemand dubbele handschoenen of een schort aantrekt bij het meten van de bloeddruk. Dit is heel kwetsend voor de patiënt en een negatief en onterecht signaal naar andere patiënten op zaal.'

Niet zonder gevaren

Dankzij de huidige behandeling hebben mensen met hiv een normale levensverwachting. Dit betekent dat ze, net als iedereen, ouderdomsziekten kunnen krijgen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Daardoor komen ze steeds vaker in aanraking met niet in hiv gespecialiseerde zorgprofessionals. Misschien verklaart dit het feit dat het percentage mensen dat hiv-stigma in het ziekenhuis ervaart, in dertien jaar is toegenomen van 26 naar 34% in 2020.

Hiv-stigma is niet zonder gevaren, blijkt uit onderzoek. Het kan leiden tot psychische klachten, zoals depressie, een laag zelfbeeld, niet open durven zijn over de eigen hiv-status, zorgmijding en therapieontrouw. 'Destigmatisering is daarom echt noodzakelijk', zegt Maria. 'Verpleegkundigen kunnen daar een cruciale rol in spelen, omdat zij een intensief zorgcontact hebben met hun patiënten. Maar dan moet hun eigen kennis van en beeld over hiv wel kloppen. Een goede

interventie kan hierbij helpen.' Omdat die in Nederland niet voorhanden was, wendde Maria zich tot de GGZ, waar stigma een bekend fenomeen is. Via de organisatie 'Samen sterk zonder stigma' kwam ze een evidence based interventie uit Canada op het spoor, gericht op stigmareductie in de GGZ. Deze vertaalde ze naar de Nederlandse situatie voor hiv, wat resulteerde in de korte workshop 'Positief zonder Stempels'.

Ervaringsdeskundigen

De workshop kreeg vorm met hulp van de Hiv Vereniging. Jeroen Mansvelders die daar als medewerker Individuele Informatievoorziening & Vrijwilligersbeleid werkt, is blij dat Maria bij hen aanklopte. 'Ik vind het heel krachtig dat we ervoor hebben gekozen hand-in-hand op te trekken in dit project. En dan bedoel ik zorgprofessionals en mensen die leven met hiv. De boodschap komt beter over als die gegeven wordt door getrainde ervaringsdeskundigen. Hun inzet is een enorme meerwaarde en wetenschappelijk onderzoek onderschrijft dit. Als we op deze manier een brug weten te slaan, is de kans groter dat we het probleem van stigmatisering oplossen.'

De ervaringsdeskundigen van de Hiv Vereniging keken tijdens de ontwikkeling van de workshop mee en gaven inhoudelijke input. Daarnaast volgden ze een speciaal trainingsprogramma om de workshop te kunnen geven. Jeroen: 'Het is belangrijk dat zij hun verhaal afstemmen op de doelgroep en zich openstellen naar de zorgprofessionals. Er mag geen wij-zij-situatie ontstaan. Dus niet 'dit doen jullie fout en zo moet het',



Jeroen Mansvelders en Maria Knapen

maar samen kijken hoe het anders kan. Ik denk dat we tijdens dit project de interventie zorgvuldig uitgewerkt hebben tot een inhoudelijk goed eindproduct.'

Bewustzijn

Tijdens de workshop geven twee ervaringsdeskundigen eerst informatie over wat stigma is, hoe vaak het voorkomt, de oorzaak ervan en welk effect het heeft. Ze geven specifieke voorbeelden uit de gezondheidszorg en de n=n boodschap komt uitgebreid aan bod. Vervolgens vragen ze de deelnemers twee stigmatiserende woorden of situaties te noemen waarover de groep in gesprek gaat. Ter afsluiting krijgen deelnemers een A4'tje mee met links naar achtergrondinformatie en literatuur over n=n. Maria: 'Zo hopen we dat ze naar huis gaan met het bewustzijn dat stigma voorkomt, hoe ze er zelf in staan en hoe ze het anders kunnen doen.'

Vragenlijst

De workshop werd als pilot aangeboden

den op twee afdelingen, maar COVID-19 gooide roet in het eten. Daarnaast bleek het sowieso lastig om de pilot uit te rollen. Maria: 'De patiëntenzorg gaat altijd voor, waardoor het werven van verpleeg-

: zorgprofessionals stigmatiseren meestal niet bewust, het komt vooral door gebrek aan kennis

kundigen een groot knelpunt was om mijn afstudeeropdracht uit te voeren.' Uiteindelijk heeft één afdeling deelgenomen en is de workshop één keer online en één keer op locatie gegeven. Maria: 'Om het effect te meten, heb ik voor en na de workshop de deelnemers een vragenlijst laten invullen. Natuurlijk hadden we liever een omvangrijkere pilot ge-

daan, maar we hebben wel een idee gekregen hoe het programma functioneert en wat we ermee kunnen bereiken.'

Uitrollen

In 2022 gaat de Hiv Vereniging de workshop in vijf hiv-behandelcentra aanbieden, waaronder OLVG. Jeroen: 'Dit zijn centra waar we al een goede samenwerkingsrelatie mee hebben en niet perse plekken waar veel stigma voorkomt. Het mooiste zou natuurlijk zijn om de interventie daar aan te bieden waar stigma wordt ervaren, maar dan moet je wel die signalen krijgen'. In OLVG is men al een tijdje bezig hier meer grip op te krijgen. Afgelopen 1 december, op Wereld Aids Dag, bracht OLVG-hoogleraar hiv-zorg Kees Brinkman met een filmpje de n=n boodschap naar buiten. Hij riep mensen met hiv op stigma in de zorg te melden met als doel het probleem gericht aan te kunnen pakken. Een mooi signaal vanuit het grootste hiv-centrum van Nederland, dat hopelijk breed wordt opgepikt.



Verpleegkundige risico- taxering bij suïcidale patiënten

Sommige patiënten hebben een verhoogd risico op suïcide. Het is belangrijk dat verpleegkundigen dit kunnen uitvragen. Dit leidde op de Psychiatrische Medische Unit van OLVG, locatie West, tot de vraag of er sensitieve en specifieke risicotaxatie-instrumenten en/of -richtlijnen zijn die als leidraad kunnen dienen voor het uitvragen van suïcidaliteit.

Lieke Mooiman, verpleegkundige op de PMU/PAAZ

Achtergrond

De Psychiatrische Medische Unit (PMU) van OLVG, locatie West, behandelt en verpleegt onder andere patiënten die een verhoogd risico op suïcide hebben. Momenteel is de behandelend arts degene die de risicotaxatie op suïcide doet. De richtlijn 'Suïcidaal gedrag' benoemt dat het belangrijk is dat ook de verpleegkundigen dit beheersen om passende interventies te kunnen starten¹. Verpleegkundigen van de PMU maken momenteel geen gebruik van een risicotaxatie-instrument op dit gebied. Het uitvragen is afhankelijk van

de kennis en ervaring van de verpleegkundigen. Deze varieert sterk door een snelle wisseling van personeel. Dit resulteerde in de volgende PICO:

P	Patiënten opgenomen op een PMU-afdeling met (acuut) suïcidaal gedrag/wensen
I	Risicotaxatie-instrument uitvoerbaar door verpleegkundigen
C	Geen gebruik van risicotaxatie-instrument door verpleegkundigen
O	Nauwkeurig instrument (sensitief en specifiek) om suïcide uit te vragen

(P=patiënt, I=interventie, C=vergelijking, O=uitkomst)

Zoekstrategie en uitkomst

In samenwerking met een informatie-specialist van OLVG is in de maanden februari, april en augustus 2021 gezocht in Pubmed met de zoektermen:

("suicide"[Majr] OR suicid[ti]) AND ("Risk Factors" [Majr] OR Risk Assessment [Majr] OR risk*[ti] AND (assess*[ti] OR detect*[ti])) AND (systematic review OR rct OR random* OR cohort) en de tweede keer met "(Suicide) AND (Risk Assessment)".*

De filters waren: *full text* en een publicatiedatum na 2014. De richtlijndatabase is geraadpleegd met de zoekterm 'suïcidaal gedrag'. De inclusiecriteria waren: Nederlands- of Engelstalig, volwassen patiënten en gediagnostiseerde depressie en/of psychotische patiënten. De eerste search leverde 133 hits op, waaruit één artikel is geselecteerd². De tweede search leverde 150 hits op, waaruit een ander artikel is geselecteerd³. De search in de richtlijndatabase resulteerde in een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie¹. De geselecteerde artikelen zijn beoordeeld met de Cochrane SR-RCT checklist⁴ en AGREE checklist⁵.

Resultaten

De systematic review van Saab et al.² onderzocht het effect van risicobeoordelingsstrategieën op de uitkomsten van suïcide of zelfbeschadiging. 21

studies werden geïnccludeerd. In de categorie suïcide en zelfbeschadiging werden tien instrumenten geëvalueerd. Geen instrument kon zowel kans op ziekenhuisopname als herhaling van suïcidepoging of zelfbeschadiging voorspellen. De studie beschrijft dat het combineren van twee of meer risicobeoordelingsinstrumenten effectiever is dan het gebruik van één instrument.

Het systematic review van Runeson et al.³ evalueert instrumenten die suïcidaliteit in relatie tot diagnostische nauwkeurigheid inschatten voor zowel suïcide als suïcidepogingen. De onderzoekers stelden betrouwbaarheidscriteria op van minimaal 80% sensitiviteit en 50% specificiteit. Er werden vijftien instrumenten geëvalueerd, inclusief een meta-analyse van vijf instrumenten voor de uitkomstmaten suïcidepoging (n=4) en suïcide (n=1). Geen van de onderzochte instrumenten voldeed aan de betrouwbaarheidscriteria.

De richtlijn Suïcidaal gedrag¹ beschrijft een hoofdstuk over het diagnostische proces Suïcidaal gedrag. De richtlijn noemt de 'CASE-benadering' van Shea et al.⁶ een geschikte systematische interviewmethode voor klinische situaties. Dit is een stapsgewijs en gericht gesprek waarin de professional binnen tien minuten meer inzicht in het suïcidede gedrag krijgt. Het artikel beschrijft niets over de mate van sensitiviteit of specificiteit van de benadering.

Commentaar en klinische relevantie

Beide geïnccludeerde onderzoeken^{2,3} hebben een sterke bewijskracht, de gebruikte artikelen zijn kritisch beoordeeld. Ze onderzochten de sensitiviteit en specificiteit van meerdere suïcide risicotaxatie-instrumenten. Onderzoek naar het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in een klinische setting was slechts in enkele van de geïnccludeerde artikelen te vinden. Geen van de artikelen beschreef het gebruik van deze instrumenten door verpleegkundigen. Saab et al.² concluderen dat er meer onderzoek nodig is voor het ontwikkelen en evalueren van een op *evidence*

gebaseerd klinisch beoordelingskader. De aanbevelingen uit de richtlijn 'Suïcidaal gedrag'¹ over het toepassen van de CASE-benadering zijn klinisch relevant in de PMU-setting en toepasbaar door verpleegkundigen. Echter de sensitiviteit en specificiteit van deze benadering is niet verder onderzocht.

Conclusie en aanbevelingen

Uit het literatuuronderzoek kwam geen risicotaxatie-instrument dat voldeed aan de nauwkeurigheidscriteria. Daarnaast werd geadviseerd dat instrumenten gecombineerd moeten worden en alleen toepasbaar zijn voor zeer specifieke patiëntengroepen. De CASE-benadering is een geschikte, gestructureerde manier om een open dialoog met de patiënt aan te gaan en zo meer inzicht te krijgen in suïcidede gedachten. Bij het ontbreken van een nauwkeurig risicotaxatie-instrument is daarom de aanbeveling om de CASE-benadering te implementeren en een werkinstructie of protocol te schrijven waarin deze benadering is opgenomen.

Niveau van aanbeveling: 3

Referenties:

1. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Verpleegkundigen suïcidaal gedrag. Richtlijn Suïcidaal gedrag. 2012. Beschikbaar via: https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/suïcidaal_gedrag/algemene_principes_diagnostiek_en_behandeling/verpleegkundigen_suïcidaal_gedrag.html
2. Saab MM, Murphy M, et al. Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research. *Archives of Suicide Research*, 2021; 1-21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1938321>
3. Runeson B, Odeberg J. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS ONE*, 2017;12(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
4. Scholten RJPM, Offringa M, Assendelft WJJ. Inleiding in Evidence-Based Medicine: Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Vijfde herziene druk. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum; 2018.
5. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. 2009.
6. Shea SC. The Chronological Assessment of Suicide Events: a practical interviewing strategy for the Elicitation of suicidal Ideation. *Clinical Psychiatry*, 1998;59(20).

Deze CAT is een samenvatting van een volledig literatuuronderzoek, waarin de onderzochte instrumenten met betrouwbaarheidsintervallen worden benoemd.

Competentiegericht onderwijs voor ouders van pasgeborenen

M. Stelwagen, A. Westmaas, A. van Kempen en F. Scheele

Achtergrond

Voor de kwaliteit van zorg en de behandeling van pasgeborenen is het cruciaal om ouders meer autonomie te geven¹. Een zorgmodel waarin de focus ligt op het vergroten van autonomie van ouders tijdens de ziekenhuisopname van hun pasgeborenen is *Family Integrated Care* (FIC). Een belangrijk uitgangspunt van FIC is dat ouders als gelijkwaardig lid van het zorgteam worden beschouwd. Om ouders te ondersteunen bij het ontwikkelen van autonoom (onafhankelijk) ouderschap, is oudereducatie een belangrijke pijler van FIC. Het concept 'competentiegericht onderwijs', waarmee professionals opgeleid worden in de beroepspraktijk tot zelfstandige beroepsbeoefenaars, omvat verschillende thema's. Over de toepassing hiervan binnen oudereducatie geeft de literatuur enkele beschrijvingen, zoals het trainen en beoordelen van competenties. Wij wilden weten hoe oudereducatie voor autonoom ouderschap in de praktijk plaatsvindt en hoe het verbeterd kan worden. Dit hebben we gedaan door het te spiegelen aan competentiegericht onderwijs.

Methode

Voor een case-based kwalitatieve studie organiseerden wij drie focusgroepdiscussies en 28 semigestructureerde interviews met 45 zorgprofessionals. Allen waren werkzaam in een ziekenhuisomgeving waar FIC is geïmplementeerd en ouders 24/7 worden gefaciliteerd om te kunnen participeren als volwaardig lid van het zorgteam³. De ouders ervoeren het als een veilige omgeving waarin zij konden leren om zelfstandig voor hun pasgeborenen te zorgen⁴. De participanten werd gevraagd naar hun ervaringen met het *empoweren* van ouders binnen deze setting. De data-analyse gebeurde vol-



Mireille Stelwagen, verpleegkundig opleider en promovendus

gens een *framework* methode⁵. Dit betekent dat er eerst een inhoudsanalyse werd verricht door tekstfragmenten te coderen en te categoriseren en ze vervolgens te koppelen aan de negen thema's van competentiegericht onderwijs, *a priori* opgesteld en gebaseerd op de literatuur. Per thema werd beoordeeld in hoeverre het in de onderwijspraktijk daadwerkelijk werd toegepast.

Bevindingen

Twee thema's – 'leerklimaat' en 'rolmodellering' – kwamen naar voren als sterk aanwezig en toegepast. Vijf thema's bleken onvolledig aanwezig en/of toegepast: 'oudercurriculum gebaseerd op interprofessionele consensus', 'transparantie over de benodigde competenties', 'toegang tot onderwijs', 'beoordelen en rapporteren van resultaten' en 'bekwaamheidsverklaringen gebaseerd op autonomieverwachtingen'. De laatste twee thema's, 'ouders in staat stellen zelfstandig en actief te leren' en 'evaluatie en verbetering van het onderwijsprogramma met ouders', werden niet toegepast.

Conclusie en aanbeveling

Van de negen thema's van competentiegericht onderwijs werden er maar twee volledig ingezet. Hieruit kan geconcludeerd worden dat educatie voor ouders verbeterd kan worden. Door de eenzijdigheid loopt oudereducatie in de neonatale gezondheidszorg het risico vooral gebaseerd te zijn op een meester-gezelmodel. Het is effectiever om leerprogramma's voor ouders te baseren op alle onderdelen van het concept 'competentiegericht onderwijs'. Op deze manier kunnen verbeterpunten geïdentificeerd worden om het leerproces naar autonoom ouderschap te verbeteren.

Referenties

1. Kilbride, M.K., Joffe, S. (2018). The new age of patient autonomy: Implications for the patient-physician relationship. *Journal of American Medical Association* 320, 1973-1974. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1438>
2. Franck, L.S., O'Brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research* 111, 1044-1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1521>
3. Stelwagen, M.A., Van Kempen, et al. (2020). Integration of maternity and neonatal care to empower parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 49, 65-77. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.11.003>
4. Stelwagen, M.A., Van Kempen, A., et al. (2021). Parents' experiences with a model of integrated maternity and neonatal care designed to empower parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 50, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.11.001>
5. Gale, N.K., Heath, G., et al. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology* 13, 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>

Dit onderzoek is geaccepteerd voor publicatie op 31 maart 2022. Stelwagen et al. In-hospital education of parents of newborns may benefit from competency-based education principles: A qualitative focus group and interview study among health professionals. *Journal of Clinical Nursing*.

Neem een kijkje in de Santeon Verpleegkundige Kennisbank

Het heeft even geduurd, maar sinds vorig jaar kun je in de Santeon Verpleegkundige Kennisbank EBP-producten van collega verpleegkundigen en paramedici (in opleiding) inzien. Ook is het mogelijk je eigen producten in te dienen, zodat anderen hiervan kunnen leren en op voort kunnen borduren. Door kennis te delen, komen we sneller verder!



In de kennisbank zijn samenvattingen van verpleegkundige en paramedische onderzoeksdocumenten te vinden, gerangschikt op titel en samenvatting, specialisme en documenttype. De volledige documenten kun je gratis opvragen via het aanvraagformulier naast iedere samenvatting. Realiseer je wel dat de documenten niet centraal worden getoetst op kwaliteit.

Jouw product indienen

Heb je een CAT, kwaliteitsopdracht, onderzoeksverslag of scriptie gemaakt, dan is het mogelijk om die in de Kennisbank te laten opnemen. Je opleidingsproduct moet wel als voldoende beoordeeld zijn. En om de kennisbank up-to-date te houden, mogen produc-

ten niet ouder zijn dan drie jaar. Zorg ervoor dat je document is geanonimiseerd. Haal dus alle namen eruit. Verder is het belangrijk dat je, indien van toepassing, goedkeuring hebt geregeld om jouw product te delen. Bijvoorbeeld van je teamleider als je een implementatieplan wilt indienen waarin ook analyses van het team staan.

Indienen van je product kan via het intranet van OLVG. Wil je meer informatie, neem dan contact op met de medische bibliotheek.

Wetenschap@OLVG VERPLEEGKUNDE (speciale editie van Wetenschap@OLVG) is een onafhankelijke, wetenschappelijke uitgave van het Leerhuis van OLVG, die één keer per jaar verschijnt. Met deze uitgave wil OLVG wetenschappelijk onderzoek voor en door verpleegkundigen op een toegankelijke manier presenteren en verpleegkundigen laten kennismaken met en informeren over de ontwikkelingen rond evidence-based practice (EBP).

Redactie

M. van Buren MSc, verpleegkundige afdeling Acute Zorg; M.R. Herrebrugh, ziekenhuisfotograaf; F.J.G. van Hunnik, teamleider en verpleegkundige MPU, CNIO; K. Henkels de Lange, IC-verpleegkundige; dr. N.H. Jonkman, adviseur wetenschap, epidemioloog; M. ter Meer, praktijkbegeleider dialyse-afdeling; drs. J.W. Schuitenmaker, SEH-verpleegkundige; drs. M.A. Stelwagen, Klinisch Verpleegkundig Opleider; drs. J.A.M. Vocking, communicatie-medewerker.

Redactie- en administratieadres

Wetenschap@OLVG VERPLEEGKUNDE
Postbus 95500
1090 HM Amsterdam
Telefoon: (020) 599 2137
E-mail: wetenschap@olvg.nl
Hoofdredacteur: Janneke Schuitenmaker
Bladcoördinatoren: Judith Vocking
Eindredactie: Manja Herrebrugh en Judith Vocking
Fotografie: Catalina Feres Favi, Manja Herrebrugh, Jelmer ten Hoeve en Joep Maeijer, Audiovisuele Zaken OLVG
Vormgeving: Ruparo, www.ruparo.nl
Druk: Drukkerij De Bij, www.debij.nl
Oplage: 1.000 stuks

Oproep

Heb je een interessant artikel dat je wilt delen? Of wil je reageren op het magazine? Neem dan contact op met onze redactie. We zijn altijd op zoek naar critically appraised topics (CATs). Heb je recent een CAT gemaakt of ga je dit jaar hiermee beginnen? Dan is dit je kans om het resultaat full colour terug te zien in de volgende editie. Meer weten? wetenschap@olvg.nl

Jaargang 10, nummer 11, mei 2022

Agenda journal club

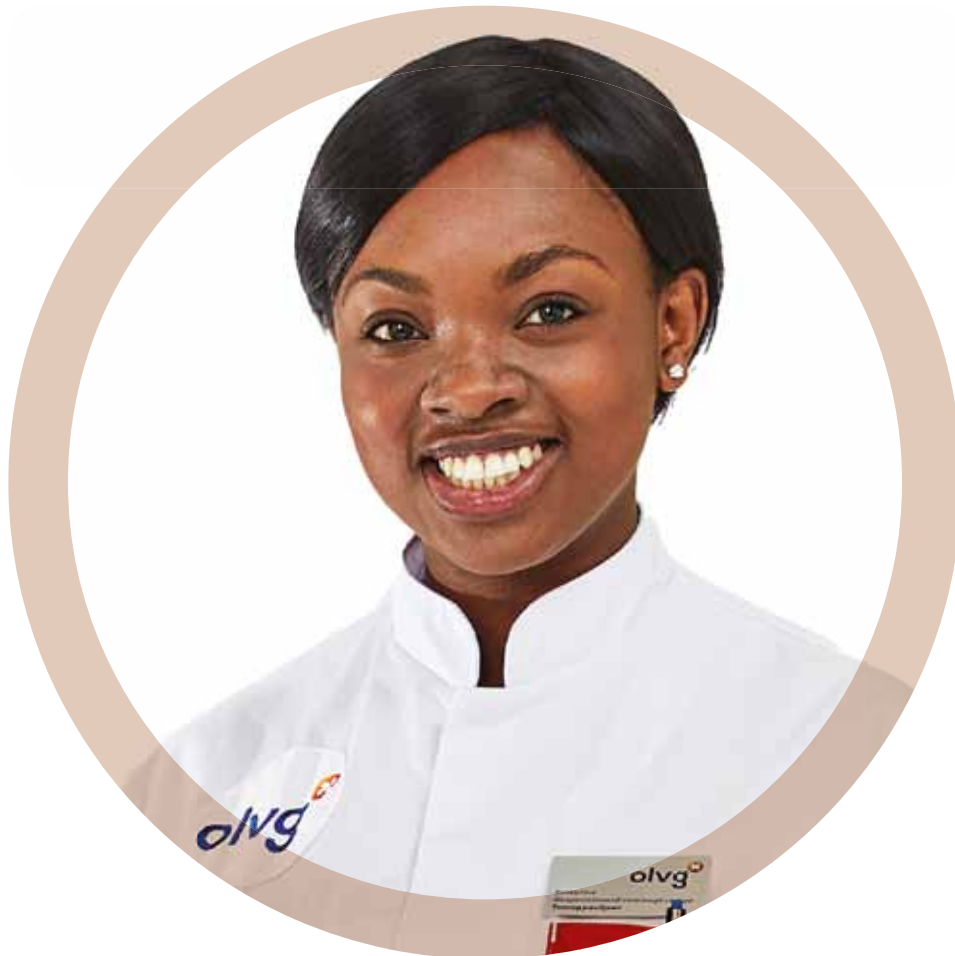
Datum	Tijdstip	Locatie	Onderwerp artikel
13-6-2022	15.30-16.30 uur	A713 (West) & Zoom	Keuzethema: (verrassing!)
4-7-2022	15.30-16.30 uur	N1.12 (Oost) & Zoom	Critically Appraised Topics
8-8-2022	15.30-16.30 uur	A713 (West) & Zoom	Meta-analyses en forest plots
12-9-2022	15.30-16.30 uur	N1.12 (Oost) & Zoom	Predictiemodellen
3-10-2022	15.30-16.30 uur	A713 (West) & Zoom	Onderzoek uit OLVG
7-11-2022	15.30-16.30 uur	N1.12 (Oost) & Zoom	Confounding in observationele onderzoeksdesigns
12-12-2022	15.30-16.30 uur	A713 (West) & Zoom	Censoring en survival analyses

De journal club is voor EBP-coaches en andere verpleegkundigen van OLVG die geïnteresseerd zijn in EBP én hun kennis over verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek willen ontwikkelen.

.....

verpleegkundige?

: maak kennis met OLVG



Bij OLVG zijn we allemaal een beetje eigenwijs maar op een goede manier. We steken onze mening niet onder stoelen of banken en communiceren open en eerlijk, met aandacht voor elkaar. Via korte lijnen, waarbij iedere mening telt. We zeggen op respectvolle wijze waar het op staat, zijn ruimdenkend, persoonlijk en oprecht. Dat past bij de onbegrensde uitdagingen én mogelijkheden van een wereldstad.

We verleggen de bekende weg als het bijdraagt aan het resultaat. En bedenken het liefst hoe het nóg beter kan. Op eigen wijze. Mét elkaar. Altijd in dienst

van onze patiënten, op betekenisvolle momenten in hun leven. Waarbij we iedere keer kijken naar de mens achter de patiënt.

Bij OLVG bepaal je zelf hoe ver je wilt komen en welke initiatieven je neemt. Maar een ding is zeker, je kunt altijd rekenen op de onvoorwaardelijke steun van je collega's en de organisatie.

Meer weten? Neem contact op met OLVG recruitment via recruitment@olvg.nl

Werken bij OLVG. Op eigen wijze.

werkenbijolvg.nl

