

Onderzoeksrapport

STICHTING AGORA
HOGESCHOOL VIAA

Positief gezond, doe je mee?

Kwalitatief onderzoek naar de toepasbaarheid van
Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg

Afstudeeronderzoek

Lisanne Kotte (1410448)
Tamar Sebens (1410132)
Maartje Timpers (1410028)

Opdrachtgever
Begeleidend docent
Tweede beoordelaar

Sandrina Sangers
Marjanne Oosterhof-Zielman
Aliza Damsma

Opleiding HBO Verpleegkunde
Datum Juli 2018

Positief Gezond, doe je mee?

Onderzoeksrapport

Kwalitatief onderzoek naar de toepasbaarheid van Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg

Door

L. Kotte
T. Sebens
M. Timpers



Studentnummers:	1410448; 1410132; 1410028
E-mail:	l.kotte@viaa.nl; t.sebens@viaa.nl; m.timpers@viaa.nl
Module:	Afstudeeronderzoek
Opleiding:	HBO Verpleegkunde
Onderwijsinstelling:	Gereformeerde hogeschool Viaa
Studiejaar:	2017-2018
Opdrachtgever:	Sandrina Sangers, beleidsadviseur stichting Agora te Bunnik
Plaats en datum:	Zwolle, 11 juli 2018
Begeleidend docent:	M. Oosterhoff-Zielman
Tweede beoordelaar:	A. Damsma

© 2018. Hogeschool Viaa. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

Samenvatting

Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg

Machteld Huber is grondlegger van Positieve Gezondheid. Dit is een gezondheidsconcept dat in 2011 is gepubliceerd (Institute for Positive Health, 2017). Verscheidene zorgorganisaties werken al met dit concept, dat een nieuwe visie op gezondheid biedt (Institute for Positive Health, 2017). Positieve Gezondheid bestaat uit zes verschillende dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Dit onderzoek ging na of Positieve Gezondheid toepasbaar is in de palliatieve zorg en hoe verpleegkundigen de communicatie met patiënten ervaren als zij werken met het concept. Het onderzoek is gedaan aan de hand van de volgende hoofdvraag: *Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen bij het communiceren in de palliatieve thuiszorg na werken met het concept Positieve Gezondheid?*

Methode

Er heeft een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. Het onderzoek is uitgevoerd bij twee verschillende thuiszorgorganisaties. De geselecteerde verpleegkundigen hebben een klinische les gevolgd over Positieve Gezondheid en hebben daarna het concept twee weken toegepast in de praktijk. Met behulp van semigestructureerde diepte-interviews werd nagegaan hoe de verpleegkundigen het werken met Positieve Gezondheid hebben ervaren. In deze interviews is voornamelijk gevraagd naar de positieve en negatieve ervaringen van werken met Positieve Gezondheid, de toepasbaarheid van het concept en het verschil in communicatie voor en na de klinische les. Vervolgens is de data geanalyseerd in drie stappen: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen.

Resultaten

Door het analyseren van de data zijn er verschillende hoofdthema's naar voren gekomen: ervaringen met Positieve Gezondheid, communicatie, toepasbaarheid, werkmethodes van verpleegkundigen, zorg op maat en tijd. Deze thema's zijn overzichtelijk uitgewerkt in mindmaps en opgenomen in de bijlage van dit rapport.

Discussie

Een sterk onderdeel van dit onderzoek was de klinische les. De respondenten vonden dit een fijne vorm van deskundigheidsbevordering en vonden de klinische les relevant en informatief. Een zwak onderdeel van dit onderzoek is de grootte van de steekproef. Het is lastig geweest om binnen de planning een juist aantal respondenten te vinden. Hierbij moest de planning worden bijgesteld en dit heeft wellicht invloed gehad op de resultaten van het onderzoek.

Voor de implementatie van Positieve Gezondheid biedt dit onderzoek duidelijke voorwaarden vanuit verpleegkundigen.

Conclusie

Aan de hand van de resultaten kan geconcludeerd worden dat Positieve Gezondheid toepasbaar is in de palliatieve thuiszorg. Respondenten zeggen meer diepgang en structuur te hebben, ook zijn zij bewust geworden van hun eigen zorgverlening en de zwakke kanten daarvan. Doordat er wordt gekeken naar wat de cliënt zelf belangrijk vindt, kan er goede zorg op maat geleverd worden. Daarnaast wordt Positieve Gezondheid vaak gezien als leidraad of houvast, voor als verpleegkundigen vastlopen in het communiceren.

Echter zijn er wel een aantal voorwaarden en aanbevelingen gedaan door de verpleegkundigen. Voordat verpleegkundigen met Positieve Gezondheid kunnen werken moeten zij eerst meer kennis krijgen over het concept doormiddel van scholing of cursus, om het goed toe te kunnen passen in de praktijk. Een andere voorwaarde is dat er voldoende tijd moet zijn om een gesprek te kunnen voeren met de cliënt. In deze tijd van zorg is het soms erg lastig om daar tijd voor te vinden.

Aanbevelingen

Voor eventueel vervolg of vernieuwd onderzoek zijn verscheidene aanbevelingen beschreven op macro-, meso- en microniveau. Er wordt aangeraden om het aantal respondenten vanuit meer verschillende organisaties in grotere aantallen te verzamelen en de werktijd met het concept te vergroten. Daarnaast wordt voor Agora noodzakelijk geacht om een duidelijk implementatieplan te maken, wanneer zij het concept zouden gebruiken. Ook wordt scholing voor de verpleegkundigen aangeraden. Voor de verpleegkundigen en de cliënt blijft evaluatie daarnaast van belang. Ten slotte moet altijd gekeken worden of de zorg, volgens welke methode ook, aansluit bij de cliënt.

Summary

Preface – Positive Health in palliative home care

Machteld Huber is the founder of the new concept Positive Health. Positive Health is a concept that became known in the Netherlands in 2012 (IPH, 2017). There are a lot of different healthcare organizations already working with this concept. Positive Health offers a new vision on providing care for patients and on what health is. Huber has given a new definition to health; she sees *“health as the ability to adapt to circumstances and to self-manage healthcare, in the face of physical, social and emotional challenges”* (IPH, 2017). The concept contains six different dimensions: mental, physical, quality of life, spiritual, daily functioning and social life. The researchers have investigated what the experiences were of the six nurses who worked with Positive Health in the palliative home care. The research question was: *What are the experiences of the nurses, with the focus on communication with the palliative patient, after working with the concept of Positive Health?*

Method

This research was qualitative, because the researchers and the client were interested in the experiences of the nurses and whether Positive Health is applicable within the palliative home care. The nurses who participated came from two different organizations that provide palliative home care. The selected nurses received a clinical lesson about Positive Health and how it can be used on a daily basis with the focus on communication between patient and health care provider. After receiving the clinical lesson, the participants worked with the concept for about two weeks. Thereafter the nurses were interviewed using standardized open-ended interviews according to the semi-structure (Valenzuela & Shrivastava, 2008). In the interviews, the nurses were asked about the positive and negative experience they had when applying Positive Health in palliative home care. They were also asked about the applicability of Positive Health in this setting and the differences in communication by applying it.

Results

The obtained data was analysed according to the method described by Luuk Tubbing (Tubbing, 2016). An analysis of the data demonstrated the reoccurrence of the following themes in the interviews: different experiences in working with Positive Health, communication, applicability, different work methods of the nurses, customized care and time management. These themes are categorized in mind maps which are added to the attachments.

In short the nurses were positive about the applicability of the concept in the palliative home care. However, a lot of them also mentioned there shouldn't be too many methods for providing care. They also pointed out that it costs a lot of time and money to implement a new method.

Discussion

A strength of this research was the clinical lesson. The nurses said it was a good way to improve their competency and they found the clinical lesson very relevant and informative. A weakness of the research was the number of participants. It was very difficult to find the right participants with the right criteria, which led to a delay of the original planning. This could have influenced the research in different ways.

Conclusion

After obtaining and analysing the results it can be concluded that Positive Health is applicable in the palliative home care. Participants said they experienced more depth and structure, also they became more aware of their own weaknesses in providing care. Positive Health makes the nurse look at the patient as a whole person, not only their disease, causing customized care for each individual. Also, Positive Health can be used by nurses as a guideline and support when they get stuck in communication.

However, the nurses gave a couple of conditions and recommendations if nurses and organisations want to work with Positive Health. They say it would be good to give the nurses training in Positive Health so they gain the knowledge and know how to apply the concept. Another condition is that there must be enough time to have a conversation with the patient. In this time, it's sometimes difficult to find time for a meaningful conversation.

Recommendations

For a possible follow-up research there are some recommendations: to increase the number of participants and the time they have to use Positive Health. In short the recommendations are to increase the group of nurses who are implementing the concept, also it is good to make a clear plan about the costs and time of implementing this new concept. Lastly the name of Positive Health could be changed, especially in the palliative care.

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van het afstudeeronderzoek 'Positief Gezond, doe je mee?'

Er is kwalitatief onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van het concept Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg.

De hoofdvraag van het onderzoek was: *'Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen bij het communiceren in de palliatieve thuiszorg na werken met het concept Positieve Gezondheid?'*

Het onderzoek is uitgevoerd door drie verpleegkundestudenten van hogeschool Viaa, te Zwolle.

De opdrachtgever van het onderzoek is Sandrina Sangers. Zij is beleidsadviseur van stichting Agora te Bunnik. De periode waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden is oktober 2017 tot en met juli 2018.

Wij hebben veel geleerd over het concept Positieve Gezondheid, communicatie en kwalitatief onderzoek. Ook zijn we blij dat dit onderzoek duidelijkheid levert aan de openstaande vraag over de toepasbaarheid Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg. Zo konden we een bijdrage leveren aan Agora en wellicht in de toekomst voor meerdere zorgorganisaties.

Allereerst willen we Sandrina Sangers hartelijk bedanken voor de opdracht, het vertrouwen en de betrokkenheid tijdens het proces. Daarnaast voor het opsturen van relevante en recente informatie over Agora, de palliatieve zorg en Positieve Gezondheid. Verder willen wij onze afstudeerbegeleider en beoordelaar Marjanne Oosterhoff-Zielman bedanken voor haar goede en adequate begeleiding en haar expertise in onderzoeken. Zo konden wij het onderzoek op een goede, professionele manier uitvoeren en beschrijven. Ze voorzag ons steeds van kritische feedback. Daarnaast willen wij onze tweede beoordelaar Aliza Damsma bedanken voor haar kritische blik op het onderzoek. Ten slotte willen we de zes respondenten die hebben meegewerkt bedanken voor hun tijd en inzet. Door hen is het onderzoek uiteindelijk mogelijk gemaakt.

We wensen u veel leesplezier.

Juli 2018, Zwolle

Lisanne Kotte
Tamar Sebens
Maartje Timpers

Inhoud

Samenvatting.....	3
Summary	5
Voorwoord	7
1. Inleiding.....	10
1.1 Aanleiding.....	10
1.2 Probleemstelling.....	11
1.3 Doelstelling.....	11
1.4 Vraagstelling.....	11
1.5 Leeswijzer	12
2. Theoretisch kader.....	13
2.1 Palliatieve zorg.	13
2.2 Positieve gezondheid.....	14
2.3 De palliatieve verpleegkundige.	15
2.4 Communicatie.	16
3. Methode.....	18
3.1 Methode van dataverzameling.	18
3.2 Populatie en steekproef	18
3.3 Operationalisering.....	20
3.4 Data analyse	21
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	22
3.6 Ethische verantwoording	23
3.7 Presentatie	23
4. Resultaten.....	25
4.1 Ervaringen met Positieve Gezondheid	25
4.2 Communicatie	29
4.3 Toepasbaarheid	31
4.4 Werkmethodes van verpleegkundigen	33
4.5 Zorg op maat	34
4.6 Tijd	36
5. Discussie	37
5.1 Methodologisch.....	37
5.2 Inhoudelijk.....	38
6. Verpleegkundige visie	40
7. Conclusie	41

7.1	Wat zijn volgens verpleegkundigen de voor- en nadelen van werken met Positieve Gezondheid?.....	41
7.2	Hoe is Positieve Gezondheid volgens verpleegkundigen toepasbaar in de palliatieve thuiszorg?	42
7.3	Welk verschil merken verpleegkundigen in communicatie na werken met Positieve Gezondheid?.....	43
7.4	Eindconclusie op hoofdvraag	44
8.	Aanbevelingen	45
	Nawoord.....	46
	Bibliografie	47
	Bijlagen	50
	Bijlage A. Doelstellingen klinische les.....	51
	Bijlage B. Prezi klinische les	52
	Bijlage C. Casus klinische les.....	53
	Bijlage D. Interview vragen.....	54
	Bijlage E. Mindmaps resultaten.....	55
	Bijlage F. Prezi eindpresentatie	58
	Bijlage G. Toestemmingsformulieren respondenten.	68
	Bijlage H. Zoekplan.	69
	Bijlage I. Logboek.....	71
	Bijlage J. Beoordelingsformulier onderzoeksplan	83
	Bijlage K. Beoordelingsformulier eindverslag	87
	Bijlage L. Toestemmingsformulier HBO kennisbank	89
	Bijlage M. Ephorus verklaring.....	90

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de aanleiding, probleemstelling, doelstelling en vraagstelling met de bijbehorende deelvragen van het onderzoek beschreven. Verder wordt gekeken naar de relevantie voor het verpleegkundig beroep en de relatie tot mensgerichte zorg. Ook is er een korte beschrijving gegeven van de opdrachtgever. Als laatste vindt u de leeswijzer van dit rapport.

1.1 Aanleiding

De gezondheidszorg in Nederland is in verandering. Waar vroeger ouderen al lang opgenomen zouden zijn, wonen zij nu nog thuis. Hierdoor verandert ook de zorgverlening, de wijkzorg vergroot en wordt complexer. Zo neemt de vraag naar verpleegkundigen op dit gebied toe (Veer, 2016). Ook de palliatieve cliënt krijgt met deze vernieuwingen te maken. De wens om thuis te kunnen sterven kan overschaduw worden door het gebrek aan wijkverpleegkundigen (Jansen, 2017). Tijdens de veranderingen, die vaak het gevolg van bezuinigingen zijn, is het belangrijk om het doel van de zorgverlening steeds voor ogen te blijven houden, namelijk: de cliënt (invoorzorg, 2017).

De zorgprofessional verandert mee. Het beroepsprofiel van de verpleegkundige is aangepast (V&VN, 2018). Waar eerst het beroep van de verpleegkundige verdeeld was in vijf hbo-rollen, is het nu ingedeeld met zeven CanMeds rollen (V&VN, 2018). Al deze verschillende rollen en bijbehorende taken geven weer hoe gevarieerd het beroep van de verpleegkundige is. Dit vraagt een flexibele en kritische houding van de verpleegkundigen (Hunsink, Cusveller, Bijl, Linge, & Polhuis, 2011). Zij vormen de regisseur in het leven van de cliënt en moeten zich richten op de wensen van iedere unieke cliënt (V&VN, 2018).

Voor de cliënt verandert er ook veel. De gehele zorgketen verschuift en verandert. Omdat de kwaliteit van zorg moet worden gewaarborgd, moet steeds meer zorg volgens protocol uitgevoerd worden (Loghum, 2011). De cliënt wordt gestimuleerd om zelfredzaam te blijven en moet zelf de zorg aanvragen (Oelen, 2013). In de zorgverlening is mensgerichte zorg noodzakelijk om zorg op maat te kunnen verlenen. Bij een mensgerichte manier van zorg verlenen wordt de zorg vanuit het perspectief van de cliënt verleend. Om mensgerichte zorg te verlenen, heeft de verpleegkundige een holistische blik op de cliënt nodig (Verberk & Merks, 2013). Dit betekent dat de verpleegkundige de cliënt moet kennen, om zo de zorg op de behoeften van de cliënt aan te passen. Juist in de palliatieve thuiszorg is dit een vereiste, omdat in de palliatieve zorg de zorgvragen en zorgbehoeften erg verschillend zijn. Ook moet hierbij niet alleen aandacht zijn voor de zorgvraag en zorgbehoefte gericht op fysiek en psychisch gebied, maar ook op het welbevinden van de cliënt (Nederlandse zorgautoriteit, 2017). Tijdens de veranderingen wordt de mensgerichte zorgverlening een grotere uitdaging en de verpleegkundige speelt hierbij een essentiële rol. Juist in de thuiszorg is het van belang dat er wordt ingespeeld op de leefwereld van de cliënt, die de zorg in zijn of haar eigen omgeving verleend krijgt (Sanders, 2018). Communicatie is een belangrijk onderdeel van mensgericht zorg verlenen.

Met name in de palliatieve zorg is goede communicatie met de cliënt onmisbaar om als verpleegkundige de zorgbehoefte van de cliënt voor ogen te houden.

Het nieuwe zorgconcept Positieve Gezondheid kan een rol spelen bij de optimalisering van zorg op maat. Machteld Huber is grondlegger van Positieve Gezondheid, een concept wat in 2012 is gepubliceerd (Institute for Positive Health, 2017). Huber heeft een eigen visie geïntroduceerd op gezondheid en deze visie krijgt steeds meer aanhang (Institute for Positive Health, 2017). Bij Positieve Gezondheid is gekozen voor Hubers' eigen definitie van gezondheid: "Het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven." De eigen regie staat in verbinding met mensgerichte zorg, waarbij de cliënt ook zelf aan geeft welke zorg nodig is (Nederlandse zorgautoriteit, 2017). Positieve

Gezondheid omvat zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Deze dimensies geven een holistische blik op de cliënt (Institute for Positive Health, 2017). De volgende organisaties hebben zich al aangesloten bij Positieve Gezondheid: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Noaber foundation, CZ, VGZ, Zilveren Kruis, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Jeroen Bosch ziekenhuis, Lister, provincie Limburg en andere honderden professionals in zorg en welzijn (Institute for Positive Health, 2017). Wellicht zullen er in de toekomst meerder organisaties kiezen voor werken met Positieve Gezondheid.

Om na te gaan of Positieve Gezondheid daadwerkelijk van nut kan zijn, is er onderzoek nodig. Dit onderzoek is gedaan voor Agora, onder leiding van Sandrina Sangers. Agora is een organisatie die zich richt op de kwaliteit van leven tot het einde. Hierbij letten zij op de coördinatie en continuïteit van de zorg. Agora zoekt, samen met professionals in zorg en welzijn, naar de factoren die de kwaliteit van leven tot het einde beïnvloeden en streeft naar regievoering door de cliënt. De organisatie vindt het erg belangrijk dat zorg op maat wordt geleverd volgens de behoefte en voorkeur van de cliënt. Agora heeft zelf geen verpleegkundigen in dienst maar is een overkoepelende organisatie die ondersteuning biedt aan palliatieve thuiszorgorganisaties. In de huidige werkwijze van Agora, werken de verpleegkundigen in de palliatieve zorg voornamelijk met vier dimensies, namelijk: lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel (IKNL, 2010). Agora wil graag op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen en is benieuwd naar de mogelijkheden van het concept Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg (Agora, 2018).

1.2 Probleemstelling

Er is nog geen informatie te vinden over Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg. Agora is benieuwd naar Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg en wil weten wat de toegevoegde waarde is. Het concept zou een invalshoek kunnen zijn om de zorg op maat aan ongeneeslijk zieken en hun omgeving te optimaliseren.

1.3 Doelstelling

Het doel van het onderzoek was na te gaan wat de ervaringen van verpleegkundigen zijn met het gebruik van Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg. Hierbij is het concept Positieve Gezondheid op een specifiek onderdeel van de zorgverlening toegepast, namelijk: communicatie. Agora kan op basis van de uitkomsten van dit onderzoek na gaan hoe Positieve Gezondheid te integreren is in de palliatieve thuiszorg en welke positieve en negatieve ervaringen het werken met dit concept op heeft geleverd.

1.4 Vraagstelling

De hoofdvraag bij dit onderzoek luidde:

Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen bij het communiceren in de palliatieve thuiszorg na werken met het concept Positieve Gezondheid?

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn onderstaande deelvragen opgesteld.

1. Wat zijn volgens verpleegkundigen de voor- en nadelen van werken met Positieve Gezondheid?
2. Hoe is Positieve Gezondheid volgens verpleegkundigen toepasbaar in de palliatieve thuiszorg?
3. Welk verschil merken verpleegkundigen in communicatie na werken met Positieve Gezondheid?

1.5 Leeswijzer

In dit onderzoeksrapport kunt u lezen hoe onderzoek is gedaan naar Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg.

In hoofdstuk 1 is het onderwerp ingeleid met daarbij de aanleiding, probleemstelling, doelstelling en vraagstelling van het onderzoek.

Hoofdstuk 2 geeft het theoretische kader weer met relevante achtergrondinformatie wat betreft de verschillende belangrijke onderwerpen bij dit onderzoek.

Hoofdstuk 3 bevat de methode van onderzoek. Hier worden de dataverzameling, data-analyse en verantwoording van methode beschreven.

Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van het onderzoek.

In hoofdstuk 5 staat de discussie met verpleegkundige visie en vervolgens de conclusie met aanbevelingen.

Ten slotte vindt u relevante bijlagen.

2. Theoretisch kader.

Dit hoofdstuk geeft een beeld van de theoretische achtergrond van het onderzoek. Ten eerste wordt uitgelegd wat palliatieve zorg is. Daarna staat het concept Positieve Gezondheid van Machteld Huber beschreven. Vervolgens zijn de verpleegkundige taken in de palliatieve zorg beschreven en de rol van communicatie in dit onderzoek toegelicht. Tot slot wordt er toegelicht waarom er is gekozen voor een klinische les ter implementatie van het concept.

2.1 Palliatieve zorg.

Er zijn verschillende definities van palliatieve zorg. Er is voor dit onderzoek gekozen voor de definitie van de World Health Organization (WHO). Deze sluit volgens de onderzoekers het beste aan bij de hoofdvraag en deelvragen die onderzocht zijn bij de verschillende thuiszorgorganisatie die palliatieve zorg verlenen.

Volgens de WHO (WHO, 2002) is palliatieve zorg:

“Een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van cliënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

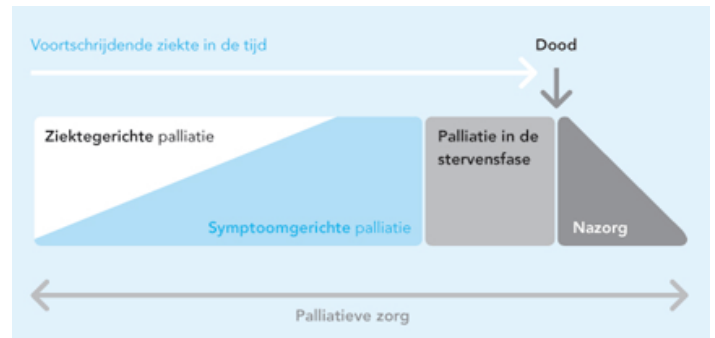
Palliatieve zorg kan vroeg in het ziekteverloop aan de orde zijn, in combinatie met therapieën die levensverlengend zijn (zoals chemotherapie en radiotherapie). Palliatieve zorg kan (medische) onderzoeken omvatten die nodig zijn om pijnlijke, klinische complicaties te begrijpen en te behandelen.”

Het kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (Boddaert, Douma, Dijkhoorn, & Bijkerk, 2017) geeft dezelfde definitie als het WHO, en voegt hieraan toe: “... *Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.*”

Volgens het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL, 2010) zijn er binnen de palliatieve zorg vier fasen.

1. Ziektegerichte palliatie: hierbij wordt de aandoening behandeld, er is geen genezing mogelijk. De behandeling is gericht op levensverlening, zoals chemokuur bij kankercliënten.
2. Symptoomgerichte palliatie: de focus ligt op het verlichten en onder controle houden van de symptomen. Het leven van de cliënt moet zo goed mogelijk zijn. In deze fase kan de cliënt verzwakken en immobieler worden. Er kunnen nieuwe klachten ontstaan. In deze fase kan de cliënt keuzes/beslissingen gaan nemen rondom het levenseinde. Wat wil de cliënt wel en wat niet. Hieronder vallen onder andere: palliatieve sedatie en (verdere) behandelingen. In deze fase wordt gestreefd naar kwaliteit van leven.
3. Palliatie in de stervensfase: in deze fase vindt verschuiving plaats van kwaliteit van leven naar kwaliteit van sterven. Dat houdt in dat een cliënt kan sterven wat voor hem/haar goed voelt en waarbij hij/zij vrede heeft. Dus op een manier waar hij/zij zelf vrede mee heeft. Deze fase duurt enkele dagen.
4. Nazorg: dit is de zorg die geboden wordt aan naasten van de cliënt (die inmiddels is overleden). Naasten hebben ruimte en tijd nodig om het verlies te kunnen verwerken. Soms zullen ze behoefte hebben aan ondersteuning. Het kan gaan om gesprekken of gewoon de aanwezigheid van iemand

In afbeelding A zijn de vier fases schematisch weergegeven.



Afbeelding A. Noot. Herdrukt van: "Algemene principes van palliatieve zorg", door IKNL. 2010

2.2 Positieve gezondheid.

In de palliatieve thuiszorg wordt voornamelijk gewerkt met de vier domeinen van de palliatieve zorg (IKNL, 2010), in dit onderzoek wordt er gekeken of Positieve Gezondheid ook toepasbaar is in de palliatieve thuiszorg. Positieve Gezondheid is een nieuw gezondheidsconcept geïntroduceerd door Machteld Huber in 2011. *"Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven"* (Institute for Positive Health, 2017). De reden voor het nieuwe concept was dat de WHO-definitie van gezondheid niet meer voldoende was. Deze definitie was in 1948 geformuleerd en luidde: *"Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken"* (WHO, 2002). In dit tijd waren er voornamelijk infectieziekten die met antibiotica konden worden bestreden.

Tegenwoordig komen steeds vaker chronische ziekten voor en de definitie is bijna onhaalbaar. Hierdoor zou bijna iedereen als ziek worden gezien en gezondheid nooit behaald kunnen worden (Huber, 2014).

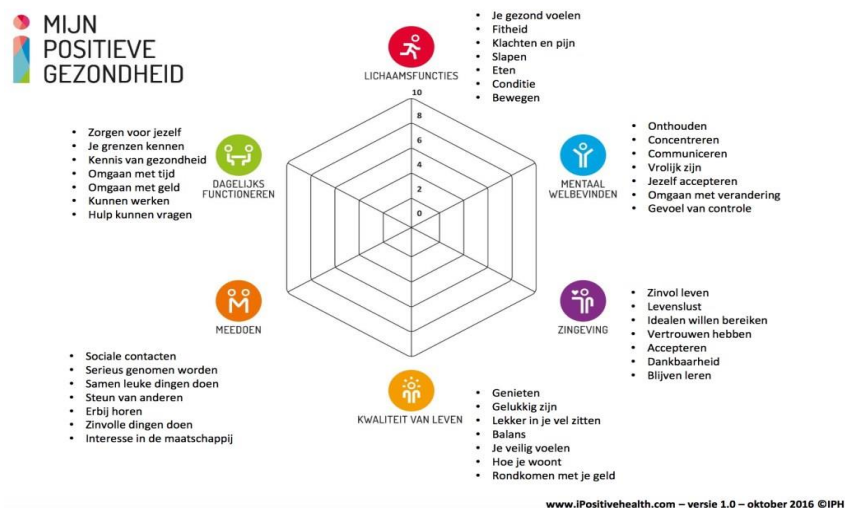
Als huisarts werkende, werd Machteld Huber ernstig ziek en dat was voor haar de reden om onderzoek te doen naar gezondheid. Huber merkte dat het focussen op het hele systeem, in plaats van het probleem, meer zelfmanagement bracht wat positieve invloed zou hebben op de cliënt. Volgens Huber geven de dimensies van de WHO niet voldoende aandacht aan de veerkracht en het complete welbevinden van een cliënt. Uiteindelijk is onder leiding van Huber een nieuwe definitie van de gezondheid geschreven, die als alternatief voor de definitie van het WHO gebruikt kan worden (Brons, 2015). Machteld Huber ontwikkelde Positieve Gezondheid en is oprichtster van het Institute for Positive Health. Deze organisatie wil Positieve Gezondheid stimuleren, versterken en versnellen (Institute for Positive Health, 2017).

In 2012 is er een onderzoek gedaan naar de definitie van Positieve Gezondheid onder verschillende stakeholder groepen zoals cliënten, artsen en verpleegkundigen. De definitie is grotendeels positief ontvangen, omdat mensen meer dan hun ziekte zijn en uitgegaan wordt van hun kracht in plaats van hun zwakheden. Ook het zelfmanagement en de verantwoordelijkheid voor de cliënt werden erg positief ontvangen. Kritiek werd gegeven op het feit dat niet iedereen het vermogen en de wilskracht heeft om verantwoordelijkheid te dragen voor zijn/haar gezondheid. Daarnaast zou de "echte ziekte/aandoening" onderschat of genegeerd kunnen worden.

Naar aanleiding van het onderzoek is in kaart gebracht welke factoren volgens de deelnemers belangrijk indicatoren van gezondheid zijn. Hier zijn 42 indicatoren uitgekomen, verdeeld over zes hoofddimensies. Doormiddel van een vragenlijstonderzoek is nagegaan welk belang door verschillende stakeholdergroepen werd toegekend aan de zes dimensies. Hier werd ook gekeken naar het verschil tussen cliënten, artsen en verpleegkundigen. Cliënten gaven aan alle dimensies ongeveer even belangrijk te vinden. Artsen vonden vooral de dimensie lichaamsfuncties zeer belangrijk voor gezondheid. Terwijl verpleegkundigen net als de cliënten alle dimensies bijna even

belangrijk vonden. Huber raadde op basis van dit onderzoek aan om met behulp van de zes dimensies in gesprek te gaan en ontwierp een spinnenweb om als hulpmiddel bij gesprekken met cliënten te gebruiken (Huber, 2014), zie afbeelding B.

Positieve Gezondheid is gericht op de mens in plaats van de ziekte of aandoening. Het doel hierbij is om verder te kijken dan de lichamelijke aandoeningen en na te gaan wat iemand belangrijk vindt, een holistische blik op de cliënt (Institute for Positive Health, 2017). Resultaat gaf ook weer dat cliënten zich aangesproken voelden in hun kracht, in plaats van hun zwakte.



Afbeelding B. *Noot*. Herdrukt van: "Positieve Gezondheid", door Institute for Positive Health. 2017

De gehele zorg wordt bij Positieve Gezondheid ingedeeld in zes dimensies.

- Bij de lichaamsfuncties valt te denken aan de gezondheid op lichamelijk vlak met onder andere lichamelijke conditie, slaappatroon, eten en bewegen.
- Bij het mentale welbevinden draait het om het geestelijke welzijn, bijvoorbeeld onderdeel concentratievermogen.
- Zingeving geeft de zin van het leven weer; waar de cliënt elke dag voor leeft, hierbij kunnen dankbaarheid en levenslust een grote rol spelen.
- Kwaliteit van leven kunnen materiële voorwerpen zijn, maar ook gevoelsmatige aspecten/onderdelen.
- Het 'meedoen' is de sociale context die om iemand heen staat waarbij de cliënt interesse in de maatschappij kan hebben, sociale contacten gebruikt en het gevoel heeft dat hij/zij ergens bij hoort.
- Bij het dagelijks functioneren horen de dagelijkse taken die hij/zij moet uitvoeren tijdens hun leven, zoals; omgaan met grenzen, tijd, geld en kennis hebben van gezondheid.

Door dit model met verschillende dimensies kunnen cliënt en hulpverlener samen het leven van de cliënt in het geheel in kaart brengen. Wat is nou echt belangrijk voor de zorgvrager en wat is hiervoor nodig?

2.3 De palliatieve verpleegkundige.

De zorg van verpleegkundigen voor cliënten in de palliatieve zorg is anders dan bijvoorbeeld de zorg voor chronisch zieke cliënten of de zorg voor cliënten in het ziekenhuis.

Zoals eerder gezegd is palliatieve zorg niet gericht op genezing, maar op het creëren van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Hierbij is doodgaan een normaal en natuurlijk proces wat niet vermeden wordt. Behalve ondersteuning voor cliënten op verschillende gebieden biedt de

verpleegkundige ook ondersteuning aan de naasten van de cliënt, hierbij gaat het met name om emotionele ondersteuning (Beal, 2011).

CanMEDS rollen.

De taken van een verpleegkundige in de palliatieve zorg worden met behulp van de CanMEDS-methodiek beschreven (de Wit, Koelewijn-Vissers, & Guldmond-de Jong, 2010). De CanMEDS-methodiek is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek met zeven gebieden en de bijbehorende competenties waaraan medische professionals moeten voldoen. Deze competenties worden gebruikt door verpleegkundigen, artsen en andere zorgprofessionals.

De zeven CanMeds rollen zijn:

- De communicator: de verpleegkundige communiceert en begeleidt de zorgvrager en de naasten om zo de kwaliteit van de palliatieve zorg te waarborgen.
- De zorgverlener: hierbij kijkt de verpleegkundige kritisch naar de zorg die gegeven wordt. De verpleegkundige maakt gebruik van de vakinhoudelijke kennis en vaardigheden om zorg op maat te geven met een professionele attitude.
- De samenwerkingspartner: de verpleegkundige zorgt voor effectieve samenwerking met verschillende disciplines binnen de palliatieve (keten)zorg om zo goede kwaliteit van zorg te geven aan de palliatieve cliënt.
- De reflectieve Evidence Based Practiced-professional: hierbij toont de verpleegkundige een levenslange leerhouding door de beroepsdeskundigheid van zichzelf en de collega's voortdurend te ontwikkelen en hierdoor de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen.
- De gezondheidsbevorderaar: de verpleegkundige handelt op verschillende niveaus binnen de palliatieve zorg (zoals: palliatieve zorgvragers, de naasten van de palliatieve zorgvragers, de gemeenschap en de Nederlandse bevolking) om zo de gezondheid en het welzijn te waarborgen.
- De organisator: de verpleegkundige draagt bij aan het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Hierdoor wordt gezorgd voor een continue en effectieve palliatieve zorg voor de zorgvragers.
- De professional en kwaliteitsbevorderaar: de verpleegkundige handelt op een ethische en integere manier volgens de professionele standaarden.

2.4 Communicatie.

Communicator is één van de CanMeds rollen van verpleegkundigen en ander medisch specialisten. Om het onderzoek af te bakenen is deze rol er specifiek uitgelicht. Hiervoor is gekozen om ervoor te zorgen dat de respondenten niet hun hele werkmethode hoeven te veranderen maar met één aspect aan de slag gaan: de communicatie. Communicatie is één van de belangrijkste taken van verpleegkundigen, zonder communicatie ben je nergens (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Ook bij Positieve Gezondheid is communicatie cruciaal. De zorgverlener moet in gesprek gaan met de cliënt om erachter te komen wat voor hem/haar belangrijk is en waar hij hulp bij nodig heeft

Bij het communiceren in de zorg is sprake van het overbrengen van een boodschap en het uitwisselen van informatie (Redeker, 2018). In de zorg heeft communicatie de volgende doelen: de cliënt-en/of zorgverlener bereiken, een betere samenwerking wat kan bijdragen aan betere zorg en dienstverlening, zorgen voor meer contact tussen de betrokken partijen en elkaar beter leren kennen (Mostert, 2017). Volgens de beschrijving van de CanMeds rollen (V&VN, 2018) is het doel van communicator van de zorgverlener om kennis te verwerven. Communicatie heeft verschillende aspecten zoals: empowerment, gebruik van ICT, gebruik van sociale media, gedragsbeïnvloeding, gesprekstechnieken, motivatie en theoretische communicatie. Communicatie verloopt verbaal en non-verbaal. In het communiceren is het belangrijk dat het non-verbale overeenkomt met het verbale. Ook is het van belang om duidelijk te zijn zodat er geen ruis ontstaat. Ontstaat er wel ruis,

dan komt de boodschap die de zender wil geven niet goed over, er wordt langs elkaar heen gepraat, er is geen (wederzijds)begrip, kortom, er is geen contact (Mostert, 2017).

Binnen de Positieve Gezondheid speelt communicatie een grote rol, zoals hierboven is vermeld. Door met de cliënt in gesprek te gaan, te luisteren en door te vragen en niet meteen te handelen komen zorgverleners erachter wat echt belangrijk is voor de cliënt.

Stel een cliënt scoort een vier op lichaamsfuncties en op andere dimensies een zes. Wil de cliënt liever de vier op lichaamsfuncties verbeteren of misschien juist de zes op kwaliteit van leven? Het gaat er dus niet om dat de cliënt op alle dimensies hoog moet scoren, maar om de cliënt inzicht te geven in zijn gezondheid en zelf te laten bepalen wat hij belangrijk vindt (Kleverlaan, 2017).

3. Methode

In dit hoofdstuk staat beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd, welke methodes gebruikt zijn, hoe de respondentengroep is geselecteerd, de manier waarop de data is geanalyseerd en hoe kritisch is gekeken naar de betrouwbaarheid en haalbaarheid van het onderzoek.

3.1 Methode van dataverzameling.

Wanneer een onderzoek wordt voorbereid is één van de vragen of gekozen wordt voor een kwantitatief onderzoek of een kwalitatief onderzoek. Bij kwantitatief onderzoek zijn de verzamelde gegevens uit te drukken in getallen, bij kwalitatief onderzoek wordt bijvoorbeeld de persoonlijke mening of ervaring van respondenten nagegaan (Reulink & Lindeman, 2005).

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *'Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen bij het communiceren in de palliatieve thuiszorg na werken met het concept Positieve Gezondheid?'*

Voor de beantwoording van de hoofdvraag staan niet de kwantitatieve, getalsmatige aspecten van het concept Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg centraal, maar de kwalitatieve aspecten. De ervaringen van de verpleegkundigen zijn immers niet uit te drukken in cijfers. Daarom is gekozen voor een kwalitatief onderzoek door middel van interviews na een klinische les en een periode van werken met Positieve Gezondheid.

Om een betrouwbare en valide conclusie te kunnen trekken was het van belang om naar de individuele ervaringen te kijken en niet naar een groepservaring (Baarda B. , 2009). Verpleegkundigen werken immers zelfstandig met dit hulpmiddel, daarom was het nodig om een verscheidenheid aan ervaringen naast elkaar te verkrijgen. Voor de opdrachtgever was het van belang om inzicht te krijgen in de verschillende ervaringen van verpleegkundigen om in te kunnen schatten hoe het instrument Positieve Gezondheid naar verwachting zou landen bij een groot aantal verpleegkundigen met verschillen in leeftijd, ervaring en persoonlijkheid. Men was niet geïnteresseerd in de formulering van een 'consensuservaring' uit een groepsgesprek. Daarom is niet gekozen dat de verpleegkundigen elkaar konden beïnvloeden en is er geen gebruik gemaakt van voor groepsinterviews of een focusgroep (Fischer & Julsing, 2014). Er zijn individuele interviews afgenomen.

Bij het afnemen van de interviews hebben de onderzoekers semigestructureerde diepte-interviews toegepast. Bij deze diepte-interviews is doorgevraagd zodat de onderzoekers een duidelijk en helder beeld verkregen omdat het de respondenten de mogelijkheid bood om de diepte in te gaan bij de beantwoording van de vragen, een belangrijk voordeel van kwalitatief onderzoek (Grit & Julsing, 2012). In deze interviews is aan de hand van deelvragen nagegaan wat de verschillende ervaringen en aanbevelingen van de individuele deelnemende verpleegkundigen waren na de proefperiode. Er zijn verschillende gegevens naar boven gekomen die hebben bijgedragen tot de beantwoording van de hoofdvraag.

3.2 Populatie en steekproef

Aan het onderzoek hebben verpleegkundigen deelgenomen , die werken in de palliatieve thuiszorg. Het onderzoeksteam heeft, samen met de opdrachtgever, eisen opgesteld bij het selecteren van deze respondenten. De opdrachtgever, Agora, heeft als eis gesteld dat de verpleegkundigen in de palliatieve thuiszorg werken omdat hun onderzoeksvraag gericht is op deze doelgroep cliënten. Daarnaast zijn vooraf meerdere eisen gesteld aan de respondenten. Allereerst moet het niveau van de verpleegkundigen niveau 4 of 5 zijn. Omdat de zorgtaken van niveau 4 en 5 beter gericht zijn om Positieve Gezondheid toe te passen, wordt de kwaliteit van de implementatie hierdoor gewaarborgd.

Voor de respondenten zijn daarbij de volgende inclusiecriteria opgesteld: gediplomeerde verpleegkundigen vanaf niveau 4, verpleegkundigen die minimaal 6 maand werkzaam zijn in de palliatieve thuiszorg en verpleegkundigen die minimaal 12 uur per week werken (Tubbing, 2016).

Deze zijn opgesteld zodat de verpleegkundigen de nieuwe werkwijze goed konden vergelijken met hun eigen werkmethode (Baarda B. , 2009). Daarnaast zijn er verpleegkundigen van verschillende organisaties. Hiervoor is gekozen omdat verschillende organisaties verschillende resultaten zouden bieden en meer zou inzicht geven in het werken met Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg (Verhoeven, 2016). Verder moeten de respondenten werkzaam zijn in Nederland, omdat het concept alleen nog maar in Nederland¹. De exclusiecriteria die opgesteld zijn: verpleegkundigen die niet werkzaam zijn in de palliatieve thuiszorg, niet voldoen aan niveau 4 of 5, verpleegkundigen buiten Nederland, verpleegkundigen met onvoldoende werkervaring en onvoldoende werkuren.

Er is gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef doordat de selectie heeft plaatsgevonden op basis van de hierboven staande criteria (Verhoeven, 2016). Verder is er gekozen voor een steekproef omdat het niet haalbaar is geweest om de gehele populatie binnen de gegeven tijd te interviewen (Vleeshouwers, 2017). De grootte van de steekproef was gezet op vijf tot tien verpleegkundigen. De steekproef heeft na reactie van de verpleegkundigen en de klinische les plaatsgevonden.

Uiteindelijk konden zes verpleegkundigen geselecteerd worden om deel te nemen aan het onderzoek. De respondenten zijn uiteindelijk afkomstig van twee verschillende organisaties, hierna te noemen: groep 1 en groep 2. De verpleegkundigen zijn geselecteerd door relevante variabelen, zoals hiervoor is beschreven (Remmers & Groenland, 2016). Daarnaast is selectie doelgericht geweest omdat er op verschillende kenmerken is geselecteerd (Verhoeven, 2016).

Code	Groep	Geslacht	Leeftijd	Opleidingsniveau	Eventuele extra scholing
V1	1	Vrouw	<i>Geen data</i>	<i>geen data</i>	<i>geen data</i>
V2	1	Vrouw	45	Mbo verpleegkundige niveau 4	-
V3	1	Vrouw	26	HBO-V	Wijkverpleegkundige
V4	2	Vrouw	39	HBO-V	Palliatieve zorg
V5	2	Vrouw	56	Inservice A	<ul style="list-style-type: none"> - Management voor non profit organisaties - Palliatieve zorgverpleegkundige Post HBO - Palliatief zorgconsulent
V6	2	Vrouw	21	HBO-V	-

Tabel 1. Demografische gegevens respondenten.

Bij kwalitatief onderzoek is het belangrijk om de juiste informatie te verzamelen, die antwoord zal geven op de probleemstelling (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Tijdens de interviews is er kwalitatief informatie verzameld en hierbij gekeken of verzadiging op zou treden (Verhoeven, 2016). Uiteindelijk is er tot de stop van de interviews geen volledige verzadiging opgetreden. Zo is de hele selectie van respondenten geïnterviewd en alle informatie hiervan gebruikt voor de beantwoording op de hoofdvraag. Tijdens de interviews is er verzadiging opgetreden, dit is echter alleen voorgekomen bij kleinere onderdelen van antwoorden.

¹ Sinds 1 juni is Positieve Gezondheid ook in België opgestart.

3.3 Operationalisering

Klinische les.

Voordat de respondenten konden gaan werken met Positieve Gezondheid hebben zij een klinische les van de onderzoekers gekregen over het concept. In de klinische les zijn verschillende onderdelen aan bod gekomen. Het doel van de klinische les was om de respondenten kennis te laten maken met het onderzoek, Positieve Gezondheid en de praktische invulling van het concept bij het communiceren te geven.

In bijlage A zijn de doelstellingen van de klinische les opgenomen. Er is gekozen voor een klinische les omdat dit een interactieve manier is van informatie geven aan de deelnemers. Het is geen presentatie met een eenzijdig verhaal, maar de deelnemers moeten zelf ook nadenken en meedoen aan de klinische les. De verpleegkundigen hebben zelf geoefend met Positieve Gezondheid (V&VN, sd). Een hand-out van de gegeven informatie uit de klinische les is te vinden in bijlage B.

De klinische les is bij beide organisaties afzonderlijk gegeven. Allereerst werd er kennis gemaakt. Vervolgens is aan de respondenten uitgelegd wat het doel van het onderzoek was en hoe het onderzoek eruit ziet. Ook is aan hen uitgelegd wat Positieve Gezondheid is en wat de zes dimensies zijn. Zij hebben hierbij een hand-out gekregen van het model. Met de deze informatie hebben zij casuïstiek geoefend in een groep, zie bijlage C.

De groep respondenten werd verdeeld in kleinere groepjes en kregen twee dimensies toegewezen. Zij kregen de opdracht om bij die dimensies een aantal vragen te bedenken die zij zouden kunnen stellen aan de cliënt uit de casus. Nadat iedereen een aantal vragen had bedacht is dit besproken met de hele groep. Daarna is de casus uitgespeeld aan de hand van een rollenspel. Eén van de onderzoekers speelde de palliatieve cliënt en de verpleegkundigen moesten bij haar een beenwond verzorgen. Hierbij werden zij geïnstrueerd om Positieve Gezondheid te integreren in de communicatie. Tot slot hebben de respondenten nog vragen kunnen stellen over Positieve Gezondheid en het gebruik in de praktijk en zijn er met hen data afgesproken voor de interviews.

Interviews

Nadat de verpleegkundigen twee weken gewerkt hebben met Positieve Gezondheid, zijn zij geïnterviewd en is gevraagd naar hun ervaringen met het concept.

Tijdens het onderzoek is iteratief data verzameld. Dit wil zeggen dat de data herhaald verzameld is tot de probleemstelling kon worden beantwoord (Verhoeven, 2016). Door gebruik te maken van iteratieve processen heeft het bijgedragen aan kwalitatieve resultaten voor het onderzoek.

Aan de hand van de onderzoeksvragen zijn interviewvragen opgesteld die als leidraad functioneerden tijdens de interviews, zie bijlage D.

Om gericht resultaten in te winnen en het onderzoek goed af te bakenen, is gekozen om Positieve Gezondheid te gebruiken in een onderdeel van de zorgverlening, zoals al eerder is benoemd. Zo zijn de interviewvragen gericht op communicatie. Om zo veel mogelijk diepgang te bereiken en zo de gewenste informatie te verkrijgen, is gekozen voor een open formulering van deze vragen. Zo bevatten de vragen geen richting die op het antwoord zou wijzen (Evers, 2015).

Ten eerste is de respondenten gevraagd wat zij vinden van Positieve Gezondheid in de theorie. Daarna is gevraagd hoe zij het concept in de praktijk vinden. Deze twee vragen zijn opzettelijk breed gesteld zodat de respondenten hier veel informatie over konden geven en hierop doorgevraagd kon worden. Vervolgens is hen gevraagd of zij verschil hebben gemerkt tussen het werken met Positieve Gezondheid en hun eigen werkmethode. Er is specifiek voor deze vraag gekozen om de ervaringen bij Positieve Gezondheid te vergelijken met eigen werkmethodes. De respondenten hebben hun mening kunnen geven over het gebruik van de nieuwe methode en hun gebruikelijke.

Hierop aansluitend is de respondenten gevraagd wat de voor- en nadelen van het concept zijn.

Daarna is gevraagd of de cliënt verschil heeft opgemerkt in communicatie en of het concept een

toegevoegde waarde biedt voor de cliënt. Als laatste is gevraagd of Positieve Gezondheid wel of niet toepasbaar is in de palliatieve thuiszorg en of zij het model aan zouden raden aan hun collega's. Tot slot hebben de respondenten ruimte gekregen voor overige opmerkingen, vragen en informatie.

Om te controleren of de juiste interviewvragen waren opgesteld, is er voorafgaand aan de interviews een proefinterview afgenomen (Verhoeven, 2016). Dit proefinterview is afgenomen bij een huisarts assistent die vooraf algemene informatie over Positieve Gezondheid had gekregen. Aan de hand van het proefinterview zijn de onderzoekers bewust geworden van hun sterke punten en valkuilen bij het afnemen van een interview. Daarnaast is ook het opname apparaat getest. Het proefinterview is afgenomen in een rustige ruimte, om zoveel mogelijk ruis te voorkomen. Ook is gezorgd voor een ontspannen sfeer door rustig uit te leggen wat de bedoeling was en door zelf een ontspannen en rustige houding aan te nemen. Tijdens het interview heeft één interviewer de vragen gesteld en een ander het (non-) verbale gedrag van de respondent geobserveerd. Uit het proefinterview bleek dat de opgestelde vragen voldoende waren en leidde tot de juiste informatie. Wel is gebleken dat er meer doorgevraagd had kunnen worden op sommige onderdelen. Dit is dan ook meegenomen bij de interviews.

De respondenten zijn individueel geïnterviewd met semigestructureerde diepte-interviews. Dat wil zeggen dat er voor het interview een basisvragenlijst is opgesteld. Hierbij kon doorgevraagd worden om dieper op de antwoorden in te gaan (Jong, et al., 2016). Bij deze manier van interviewen, is er veel ruimte gegeven aan de respondenten, om tijdens de interviews open te vertellen over hun ervaringen, meningen en gevoelens. Doordat er enige structuur in de interviews zat werd het doel en de vraagstelling goed bewaakt (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Zo was er in elk interview een duidelijke hoofdlijn en werd teveel afwijking van het onderwerp zoveel mogelijk voorkomen. Tijdens de interviews is ook het boommodel toegepast (Evers, 2015). De hoofdvraag van het onderzoek is als de stam van een boom en de takken zijn de verschillende thema's binnen het onderzoek die zijn bevraagd. Elke vraag is met ongeveer dezelfde mate van diepgang gesteld, hierdoor is er een brede informatie ingewonnen vanuit de respondenten.

De interviews zijn opgenomen met een voice-recorder. De eerste twee interviews zijn door drie onderzoekers afgenomen. De interviewer heeft de vragen gesteld en de andere twee hebben op het (non-) verbale gedrag van de respondent gelet. Omdat het eerste interview met alle onderzoekers is afgenomen, kon overlegd worden welke aanpassingen er eventueel gemaakt moesten worden. De rest van de interviews zijn door twee onderzoekers afgenomen, waarbij één de vragen heeft gesteld en de andere het (non-)verbale gedrag heeft geobserveerd. De interviewers hebben elkaar steeds afgewisseld.

3.4 Data analyse

Alle interviews zijn volledig getranscribeerd, dit betekent dat alles wat er in de interviews is gezegd, uitgetypt is. Vervolgens zijn de interviews gefragmenteerd. Hierbij zijn de fragmenten geordend en heeft elk fragment een nummer gekregen om zo later een fragment makkelijk te kunnen achterhalen. Elk fragment heeft drie nummers gekregen. Het eerste nummer staat voor de respondent, het tweede nummer staat voor de vraag en het laatste nummer staat voor het fragment. Bijvoorbeeld fragmentnummer 4.6.17; respondent 4, vraag 6, fragment 17.

Vervolgens zijn de interviews gecodeerd, dit is aan de hand van drie stappen gedaan (Tubbing, 2016).

1. De eerste stap was het open coderen. Hierbij zijn aan elk fragment één of meerdere labels toegekend. Er is expliciet gekeken naar de inhoud van het fragment en is de vraagstelling in het achterhoofd gehouden (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Ook is er per fragment gekeken of er een lading aan het fragment zat die belangrijk is voor het uiteindelijke resultaat. Dit heeft er voor gezorgd dat de interviews per thema kon worden geanalyseerd. Het open coderen is gebeurd met behulp van een tabel in Word. In de eerste kolom stond de

interviewvraag, in de tweede kolom het fragment nummer, vervolgens het antwoord van de respondent en in de laatste kolommen de labels en de lading.

2. De volgende stap was het axiaal coderen. Hier zijn alle overeenkomende labels bij elkaar gezet. Eerst zijn de fragmenten met dezelfde labels onder elkaar gezet, daarna zijn alle fragmenten uitgeprint. Vervolgens zijn alle fragmenten met hetzelfde label uitgeknipt en is per labelgroep en per fragment gekeken welke fragmenten bij elkaar horen. Om de intersubjectiviteit, ofwel de betrouwbaarheid, van de resultaten te vergroten zijn de fragmenten met meerdere mensen gelabeld en geordend. Iedereen heeft namelijk een mening over of fragmenten wel of niet bij elkaar horen. Door er met drie mensen naar te kijken en over te discussiëren zijn de resultaten zo objectief mogelijk (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009).
3. De laatste stap was het selectief coderen. Aan de hand van vergelijkingen wordt de samenhang tussen codes geanalyseerd. Na het groeperen van de fragmenten zijn er hoofdthema's ontstaan. Hierbij is ook gekeken naar uitzonderingen binnen de interviews, deze zijn ook meegenomen in de resultaten.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid.

Hierboven zijn de dataverzameling en data-analyse beschreven, nu wordt beschreven hoe het onderzoek betrouwbaar en valide is uitgevoerd. Ter controle van de vragenlijst en van de opnameapparatuur, die is opgesteld is een proefinterview afgenomen bij een huisartsassistente die basis kennis had gekregen over Positieve Gezondheid en het onderzoek (Verhoeven, 2016). Op basis van het proefinterview is gebleken dat de vragenlijst goed was, maar dat er aan gedacht moest worden om goed door te vragen. Na het afnemen van een proefinterview zijn de respondenten geïnterviewd. Daarvoor is gevraagd of de respondenten de vragen eerlijk en volledig wilden beantwoorden, hiermee zijn ze mondeling akkoord gegaan.

Om de interviews objectief af te nemen is gebruik gemaakt van verschillende interviewers, zodat eventuele vooroordelen niet van invloed zijn geweest op de uitkomsten van het onderzoek (Watters, 2013).

Zoals hierboven beschreven zijn de interviews door verschillende onderzoekers afgenomen om de betrouwbaarheid te vergroten (Cohen & Crabtree, 2006).

Om gericht door te kunnen vragen op onderwerpen, is gekozen voor diepte-interviews (Kahrmanovic, 2014). Verder is er gekozen voor diepte-interviews zodat er doorgevraagd kon worden op onderwerpen (Alles over marktonderzoek, sd; Dingemans, 2017).

Eén respondent heeft een week langer de tijd gekregen om Positieve Gezondheid toe te passen in de praktijk. Zij had namelijk aangegeven dat zij vergeten was met het concept te werken en dat daardoor het interview niet nuttig zou zijn. Daarom is in overleg met haar besloten om haar een week extra te geven om ook de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Hierdoor heeft zij alsnog haar ervaringen tijdens het interview kunnen delen en zijn haar ervaringen meegenomen in het onderzoek.

Door het oriënterende karakter van het onderzoek was de omvang van de steekproef gering. Toch was het door bovenstaande keuzes mogelijk om binnen de tijdsspanne van het onderzoek nauwkeurig te achterhalen wat de overwegingen van de respondenten waren en werd een zo consistent en betrouwbaar mogelijk resultaat verkregen.

Validiteit

De validiteit van het onderzoek is gewaarborgd doordat de vragen van de interviews betrekking hadden op de hoofd- en deelvragen van het onderzoek.

Doormiddel van de diepte-interviews is gekeken of de veronderstelde bruikbaarheid van Positieve Gezondheid blijkt uit de praktijkervaringen van de respondenten (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009).

Interne validiteit is op meerdere manieren nagestreefd door zoveel mogelijk consistentie na te streven. Alle verpleegkundigen ontvingen dezelfde klinische les over Positieve Gezondheid en de bruikbaarheid in de palliatieve thuiszorg. Daarna hebben alle verpleegkundigen twee weken gewerkt met het concept. Na die periode is doormiddel van individuele interviews gekeken naar de ervaringen van de verschillende respondenten (Verhoeven, 2016).

Verder is er sprake van ecologische validiteit omdat de conclusies van het onderzoek naar verwachting gegeneraliseerd kunnen worden voor andere zorgverleners in de dezelfde setting (Williams, 2015).

Als laatste is er sprake van inhoudsvaliditeit omdat de antwoorden op de interviewvragen beoordelen wat er gevraagd wordt (Clause, 2018). De respondenten hebben geweten wat er gemeten is. Daarin hebben ze feedback kunnen geven die geanalyseerd worden waarna de onderzoekers een conclusie hebben getrokken.

3.6 Ethische verantwoording

Het onderzoek is op een ethische verantwoorde manier vormgegeven. De respondenten zijn vrij geweest om te kiezen of ze wel of niet deel wilden nemen aan het onderzoek. Van te voren hebben zij informatie gehad over wat met de interviews gedaan zou worden. Aan de respondenten is tijdens de klinische les duidelijk uitgelegd wat het doel van het onderzoek is en hoe het onderzoek zal verlopen.

De ingewonnen informatie van de respondenten is anoniem gebleven doordat er geen namen van hen zijn genoemd. Wel zijn er een aantal demografische gegevens van de verpleegkundigen bekend maar zonder naam is niet te achterhalen van wie dit komt en zo blijven de respondenten anoniem. Aan de respondenten is gevraagd of zij bezwaar hadden tegen het opnemen en transcriberen van de interviews, zij zijn hiermee akkoord gegaan en hebben een toestemmingsformulier getekend, zie bijlage G. Bij de transcriptie en analyse van de interviews is gebruik gemaakt van codes in plaats van namen.

Het onderzoek is op een objectieve en eerlijke manier uitgevoerd, de gegevens zijn objectief verwerkt door zo weinig mogelijk eigen interpretatie te geven aan de resultaten en zoveel mogelijk letterlijk de ervaringen van de respondenten te gebruiken (Baarda B. , 2009). De uitkomsten van het onderzoek hebben geen nadelige gevolgen voor de respondenten.

Voor de cliënt is er geen ethisch component geweest. De cliënt is geconfronteerd met verpleegkundigen die Positieve Gezondheid hebben toegepast. De respondenten zijn meer in gesprek gegaan met de cliënten over onderwerpen die normaliter niet zo snel ter sprake zijn gekomen. De cliënt kon de gesprekken weigeren. De inhoud van de gesprekken tussen verpleegkundige en cliënt is niet betrokken bij het onderzoek, het valt onder het beroepsgeheim van de verpleegkundige. Daarom is er geen expliciete toestemming gevraagd aan de cliënten.

3.7 Presentatie

Het onderzoek is gepresenteerd bij stichting Agora. De presentatie heeft plaatsgevonden op het kantoor van Agora op 3 juli om 13:00. De presentatie duurde drie kwartier. Sandrina Sangers, de opdrachtgever van het onderzoek en een andere beleidsadviseur van Agora waren bij de presentatie aanwezig. Verder was de begeleidende docent Marjanne Oosterhoff-Zielman aanwezig bij de presentatie.

Tijdens deze presentatie werden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd, is advies gegeven aan Agora en was er ruimte voor vragen en discussie. Een hand-out van de presentatie is te vinden in bijlage F.

Na de presentatie is er tijd genomen om het onderzoek en de presentatie zelf te evalueren samen met Sandrina Sangers en Marjanne Oosterhoff-Zielman.

De punten die geëvalueerd zijn, waren:

- De mate waarin de presentatie een inzichtelijk beeld gegeven heeft van het afstudeeronderzoek.
- De mate waarin de onderzoekers tijdens de discussie een eigen mening hebben verwoord en de verbinding hebben gelegd met het eigen beroepsbeeld.
- De tevredenheid van de opdrachtgever.
- De samenwerking gedurende het proces met de opdrachtgever en de onderzoekers.

(Schep-Akkerman, 2017)

Om de presentatie aan te kondigen hebben de opdrachtgever en beide begeleidende docenten per e-mail een uitnodiging gekregen met de datum, tijd en locatie van de presentatie. Ook heeft de opdrachtgever mensen van het team uitgenodigd en zijn de respondenten uitgenodigd.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de zes diepte-interviews besproken. Tijdens de interviews is de focus gelegd op de ervaringen van verpleegkundigen na werken met Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg. Deze resultaten zijn opgedeeld in de volgende onderwerpen: ervaringen met Positieve Gezondheid, communicatie, toepasbaarheid, werkmethode van verpleegkundigen, zorg op maat en tijd.

4.1 Ervaringen met Positieve Gezondheid

Tijdens de interviews is gevraagd naar de ervaring van de verpleegkundige bij werken met Positieve Gezondheid. Alle respondenten waren positief over het model in de theorie, ze vonden het een mooi en goed systeem.

“Mooie benadering van hoe mensen omgaan met gezondheid en ziekte.” 4.1.1

De respondenten hebben aangegeven dat zij Positieve Gezondheid aan raden bij hun collega's. Zij hebben vooral ervaren dat ze diepgaandere gesprekken met de cliënt hebben gekregen. Hierdoor hebben zij ook meer achtergrondinformatie gekregen dan met hun eigen werkmethode. Daarmee kan de zorg aangepast worden op de behoefte van de cliënt en dit vinden zij waardevol om in hun team te delen.

“(…) Ik heb hem de afgelopen weken ook inderdaad aangeraden.” 1.8.44

“Ik zou het in zo verre denk ik aanraden omdat je er altijd wat uit kan halen.” 4.8.34

Naast meer diepgang hebben de respondenten ook meer structuur ervaren tijdens het gebruik van Positieve Gezondheid. Veelal is aangegeven dat het concept goed toe te passen is in de palliatieve zorg.

“Ik denk dat het op zich wel voordelen heeft, het geeft wel structuur zeg maar in een gesprek.” 6.4.8

De verpleegkundigen gaven aan dat de dimensies lichaamsfuncties en dagelijks functioneren altijd wel gevraagd wordt, omdat zij dit vaak het belangrijkste vinden. Daarbij geven de respondenten aan dat het lastig is om over de andere onderwerpen te praten, omdat dat ongemakkelijk of eng kan zijn. Ook is er aangegeven dat na het toepassen van de andere dimensies bij een evaluatie, dit leidde tot nieuwe inzichten.

“(…) lichaamsfuncties doen we altijd al wel. (...) dan kom je gewoon op andere dingen uit, dus dat is wel heel fijn.” 5.3.9

“Je gaat eigenlijk toch wel weer op het lichamelijke vlak (...) dingen vragen.” 1.2.9

Verder hebben respondenten gemerkt dat ze Positieve Gezondheid vooral als leidraad en houvast hebben gebruikt. Vooral het model van Positieve Gezondheid, dat de verpleegkundigen hebben gekregen, gaf hen iets om op terug te vallen als ze vastliepen in de communicatie. Zij zien het concept meer als hulplijstje om erbij te hebben.

“Je hebt een soort leidraad om eigenlijk in te gaan op gesprekken op dingen als je vast staat kan je overgaan iets anders zeg maar.” 6.7.18

“Nou weet je wat het denk ik met name is, doordat je hier gaat classificeren en eigenlijk hulpkreten d'r hebt staan, want dat is eigenlijk wat je hebt bij Machteld Huber, (...) is dat een soort van reminder is, door van hulplijstje om te helpen kijken naar waar ben ik nog wat vergeten?” 4.4.15

Daarnaast hebben de respondenten aangegeven dat ze het concept niet precies toe te passen volgens het model, maar dat zij er een eigen draai aan gegeven. Hierdoor vonden zij het makkelijker om met het concept te werken.

“Dan vraag ik ze niet helemaal zoals hier, maar ik probeer op mijn eigen manier in gesprek te gaan en de ene keer loopt dat wel zo en de andere keer niet.” 5.6.18

Door Positieve Gezondheid toe te passen, zijn de verpleegkundigen bewuster geworden van de sterke en zwakke kanten van hun eigen zorgverlening. Daarnaast heeft het gezorgd voor een verbreding van het gezichtsveld.

“(...) het heeft niet alleen bij mij voor een blinde vlek gezorgd, maar ook bij mijn collega's.” 1.8.45

“Bekijk het van een andere kant. Bekijk het gewoon van de andere invalshoek.” 4.1.4

Door het concept toe te passen hebben verpleegkundigen gemerkt dat bij communicatie met Positieve Gezondheid een hele andere kant van de cliënt belicht wordt en dat er dieper in gegaan wordt op de cliënt. Positieve Gezondheid gaat met de tijd mee en sluit aan op de mens van nu, dit is terug te zien in de onderwerpen van de verschillende dimensies.

“Hier ga je dieper op de patiënt in en het contact is anders, je gaat dieper op de patiënt in.” 5.3.6

“(...) hij gaat eigenlijk wat meer in op de mens van nu, door wat verder in te gaan op de sociale vlakken. (...) Ik miste dat een beetje in de andere theorieën die ik had geleerd op school.” 1.1.3

De meeste respondenten hebben het gebruik van Positieve Gezondheid als goed ervaren.

“(...) in dat opzicht doe ik dat Positieve Gezondheid wel en vind ik dat wel heel mooi.” 3.1.3

“(...) ik probeer het op mijn eigen manier te doen.” 5.6.17

“Ik zou het in zo verre (...) aanraden omdat je er altijd wat uit kan halen.” 4.8.37

De respondenten hebben Positieve Gezondheid uitgebreider en aanvullender genoemd. Sommige zouden het concept gebruiken bij meerdere onderdelen dan communicatie. Zij hebben hierbij voornamelijk de periodieke gesprekken opgenoemd.

Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat de verpleegkundigen soms enige beperkingen ondervinden tijdens het werken met Positieve Gezondheid. Een aantal respondenten gaf aan het lastig te hebben gevonden dat zij nog weinig ervaring hadden met Positieve Gezondheid en hierdoor maar een aantal dimensies met de cliënten hebben besproken. Zij hebben aangegeven het concept hun eigen te willen maken zodat zij alle dimensies met de cliënt kunnen bespreken en niet het model er telkens bij te hoeven pakken als zij bij de cliënt zitten.

“(...) het moet me eigen worden, hè het nadeel is nu dat ik gewoon het, ze niet goed weet, niet in mijn hoofd heb dus heel lullig van een papiertje afkijken. En dat wil ik me gewoon eigen gaan maken.” 2.5.16

In het gebruik van Positieve Gezondheid is duidelijk geworden dat soms maar een deel van de zes dimensies zijn gebruikt. Alle zes dimensies in één zorgmoment kan te veel worden voor de cliënt. Zo is er aangegeven te kijken en in te schatten waar de cliënt behoefte aan heeft om over te praten en daarop in te gaan. Een andere verpleegkundige heeft eerst geprobeerd om alle zes de dimensies in één keer te vragen, maar het werd chaotisch en de cliënt was erg moe daarna. Vervolgens ging die verpleegkundige bij een andere cliënt twee dimensies pakken, waardoor er meer diepgang werd bereikt en de cliënt veel over zichzelf ging vertellen.

“(...) ik flits dan bijvoorbeeld lichamelijke functies dan in één keer kwaliteit van leven. (...) ik ben echt van dagelijks functioneren naar meedoen naar zingeving gegaan, dus ik merkte dat voor de bewoner dat te veel van het goeie was.” 2.1.3

“En bij die andere meneer heb ik bewust maar twee gepakt. Dus ik denk dat je niet alle domeinen in een keer in één gesprekje moet gaan doen (...).” 2.2.6

Vervolgens is naar voren dat de er eerder gemerkt is hoe cliënten zich daadwerkelijk voelen. Hierdoor kon door de verpleegkundige beter ingespeeld worden op het gevoel en welbevinden van de cliënt. Zij vroeg zich wel af in hoeverre dit de taak is van de zorgverleners of dat de cliënt, in extremere situaties, zou moet worden doorverwezen.

“Dan kan ik zo hard mijn best doen zo veel competente vaardigheden in huis hebben, maar dan kom ik niet door. Weet je, dan moet ik ook zeggen (...), tot hier rijkt mijn vermogen en dan moet ik ook gaan doorverwijzen.” 4.5.20

Ook is naar voren gekomen dat er al veel meetinstrumenten zijn en dat het ook te veel kan worden.

“Hij is heel mooi om d'r zo bij te hebben vind ik, maar je moet niet te veel meetinstrumenten gaan krijgen. Dan heb je teveel verschillende.” 5.9.31

“Maar om nou te zeggen weet je volgens mij is het slim om iedereen daar mee te werken, er is en er moet altijd al zo veel.” 4.8.37

Echter niet alle respondenten zouden het concept willen gebruiken als werkmethode, maar meer als instrument om naast hun eigen werkmethode te gebruiken. Bijvoorbeeld wanneer ze vastlopen met een cliënt.

“Ik zou het niet aanraden in de zin van je zou er echt mee moeten gaan werken, maar ik zou het wel aanraden in de zin van: ‘Weet je, kijk ook eens naar Positieve Gezondheid van Machteld Huber’.” 4.8.35

Sommige respondenten zijn zelf al meer bezig-zijn geweest met zingeving en spiritualiteit in hun werk. Zij hebben een extra module gevolgd over zingeving en spiritualiteit en zijn van mening dat er ook al andere goede instrumenten en hulpmiddelen zijn die goed voor hen werken.

“(...) signalering in de palliatieve fase, dat is ook al zo iets waarmee je bezig gaat.” 5.9.29

“En ik ben zelf wel voorstander van de signaleringsbox, eigenlijk is dat een klinisch redeneren model (...). In de signaleringsmethode zitten eigenlijk al die dimensies wel verwerkt.” 4.4.23

Ook is aangegeven dat het waardevol en effectief kan zijn wanneer de 'eigen gezondheid' gescoord zou worden door verpleegkundigen met Positieve Gezondheid. Door dit te ervaren heeft een verpleegkundige gemerkt dat cliënten ook zelf hun eigen gezondheid kunnen scoren en vervolgens kunnen kijken en overleggen waar de zorg op ingezet kan worden. Door Positieve Gezondheid heeft een verpleegkundige gemerkt dat er meer speelde bij een cliënt dan in eerste instantie gedacht werd. Het was een eyeopener voor de verpleegkundige maar ook voor de cliënt zelf.

"En als je kijkt naar, je kunt je eigen Positieve Gezondheid scoren, zou je hem ook als hulpmiddel wel kunnen inzetten voor cliënten die daar het cognitieve vermogen voor hebben (...)." 4.7.33

"Op basis waarvan ik kon ontdekken of dat zij zelf kon ontdekken wat er nou eigenlijk in haar diepste ik speelde." 4.2.8

Verder is aangegeven dat door Positieve Gezondheid cliënten ook positiever in hun eigen leven gingen staan en weer energie krijgen om door te gaan vooral als dit bevestigd wordt door de zorgverlener.

"(...) bij cliënten die op een positieve manier in hun gezondheid situatie staan ook een stuk waardering kunt uitspreken en dat voor hun dus ook een stukje groei kan inhouden, en qua inhouden, dat ze wel weer doorkunnen." 4.6.31

4.2 Communicatie

Als verpleegkundige is het belangrijk om van te voren te weten wie de cliënt is. Respondenten hebben ervaren dat de houding van cliënt en zorgverlener een grote rol spelen in communicatie. De relatie tussen zorgverlener en cliënt is hierbij natuurlijk ook van belang.

“Als iemand heel gesloten is dan kan je met Positieve Gezondheid ook niet heel makkelijk naar voren halen. Iemand die heel open is, dan is het veel makkelijker om het gesprek aan te gaan op alle levensgebieden (...).” 4.2.6

Uit de interviews is naar voren gekomen dat respondenten het nog wel eens spannend of eng heeft gevonden om over bepaalde dimensies van Positieve Gezondheid in gesprek te gaan. Het is dan met name over onderwerpen als zingeving en kwaliteit van leven.

“(...) en met name het stukje zingeving dat is nog wel een lastig element. (...) Maar als het een te diepe laag betreft dan wordt het wel eens een probleem” 4.2.6

“Maar ik vond dat zelf ook wel spannend.” 1.7.38

“(...) waar denk je dat je straks naar toe gaat als je dood bent?’ Ja dat kun je niet zo maar vragen. Daar moet je iemand echt een beetje voor kennen.” 1.7.38

“Dat wil niet zeggen dat je er in een eerste gesprek op in kunt gaan. Je hebt natuurlijk wel vertrouwen nodig.” 4.2.6

De respondenten hebben daarin aangegeven dat het empathisch vermogen, levenservaring, hoe goed je de cliënt kent, veiligheid, vertrouwen, balans tussen oprechte interesse en bemoeizucht een belangrijke rol spelen. Zij hebben aangegeven dat sommige cliënten verschil opmerkten toen Positieve Gezondheid in de communicatie werd toegepast. Het verschil was met name merkbaar in het empathisch vermogen en de mate van begrip van de zorgverlener. Respondenten merkten dat cliënten zowel negatief als positief verschil opmerkten met het communiceren rondom Positieve Gezondheid.

“(...) het valt of staat uiteindelijk wel met hoe stel jij je vragen en hoe open stelt zich iemand dan, en hoe veilig voelt iemand zich bij jou.” 4.4.19

“(...) ik denk dat mensen vooral een verschil ervaren in hoe empathisch iemand is en hoe begripvol.” 4.6.27

Verder kwam naar voren dat communicatie erg belangrijk is in het verlenen van zorg aan de palliatieve cliënt. Door te werken met Positieve Gezondheid hebben de respondenten een verschil opgemerkt in hun communicatie met de cliënten. Zij zijn tot gespreksonderwerpen gekomen waar ze zelf niet zo snel kwamen. Veel respondenten gaven aan meer diepgang te ervaren in de gesprekken, meer achtergrondinformatie van de cliënt hebben gekregen en er daardoor achter kwamen wat er speelt voor de cliënt. Een aantal respondenten gaf aan dat zij voordat zij gingen werken met het concept, met name oppervlakkige gesprekken hadden met de cliënt over hun ziektebeeld en lichamelijke klachten.

“Je komt dichtbij de patiënt van wat er nou speelt en niet alleen het oppervlakkige en het ziektebeeld en alleen maar de lichamelijke klachten, (...) en vooral die kwaliteit van leven en die zingeving enzo, dat zijn toch wel de belangrijke dingen vind ik voor de palliatieve cliënten.” 5.6.21

“Je komt veel meer waar het echt om draait.” 2.4.15

Tevens gaven respondenten aan dat zij naast verdieping ook verbreding ervaarden in de communicatie tijdens het werken met Positieve Gezondheid, dat zij meer onderwerpen kregen om met de cliënt over te praten zoals mentaal welbevinden en meedoen.

“Dat dagelijks functioneren, ja dat weet je al wel en lichaamsfuncties is ook altijd het eerste wat mensen aangeven. Maar juist dat stukje mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven en het meedoen, dat zijn de belangrijke dingen dus.” 5.6.22

“(…) Je komt nou gewoon tot vragen, die ik anders niet zou bedenken. Waar je het eens over gaat hebben.” 2.4.19

Er is ook nog een andere voorwaarde gegeven om Positieve Gezondheid goed toe te kunnen passen; voldoende tijd hebben voor de cliënt. Verder is de relatie tussen zorgverlener en cliënt ook belangrijk als zij met het model willen werken. Er moet vertrouwen zijn en de cliënt moet open staan om over bepaalde onderwerpen te willen praten.

Tevens werd aangegeven dat het concept niet bij alle cliënten even goed toepasbaar is. Als de cliënt niet wil, dan kan de verpleegkundige er ook niet goed mee werken.

“Je krijgt wat meer achtergrond informatie, d'r komt meer vanuit de patiënt ook los. En niet iedereen heeft de behoefte daaraan, dat moet ik ook zeggen hoor.” 5.3.8

De gesprekstechnieken van de zorgverleners zijn belangrijk om het model goed toe te kunnen passen. Bovendien is aangegeven dat sommige onderwerpen voorzichtig aangesneden moeten worden en dat wederom de houding van verpleegkundige en cliënt erg belangrijk is.

“(…) uiteindelijk valt of staat alles met communicatietechnieken. En dan kan je de theorie van Machteld Huber of welke theorie dan ook zo goed kennen, maar als jij je communicatieve vaardigheden niet in beeld hebt en je empathie niet, dan kom je met geen enkele theorie verder.” 4.3.12

Ook kwam naar voren dat de manier waarop een zorgverlener in een gesprek reageert, grote invloed kan hebben op de uitkomst van het gesprek en de houding van de cliënt.

“Zo van: ‘Oh, ja wat zielig, ja het is toch wel wat.’ Terwijl een ander zou zeggen: ‘Maar weet u, wat kunt u eigenlijk nog?’ (…) De een kan het makkelijker als de andere.” 4.4.25

“(…) Er zullen nog wel collega's zijn die vooral meegaan in de negatieve gezondheid.” 4.6.28

De respondenten hebben aangegeven dat tijd nemen voor cliënten één van de belangrijke behoeften is voor een goed gesprek. De cliënten merken dat er tijd wordt genomen en dat er meer diepgang bereikt wordt. Echter is er vaak geen tijd om op dat niveau te komen en als het wel gebeurt moet de verpleegkundige vaak midden in een gesprek al weer door naar de volgende cliënt.

4.3 Toepasbaarheid

In de interviews is naar voren gekomen of de respondenten het concept toepasbaar vinden. Hierbij hebben alle respondenten een positief antwoord gegeven. Zij hebben aangegeven dat het concept goed toepasbaar is. Er werd beargumenteerd dat de dimensies van Positieve Gezondheid in de palliatieve zorg ook naar voren komen. Hierbij werd ook doorgevraagd wat Positieve Gezondheid oplevert. Er zijn verschillende reacties gegeven. Positief gezien, hebben verschillende respondenten opgemerkt dat er meer diepgang in de gesprekken ontstaat. Door middel van deze diepgang, komt de verpleegkundige meer te weten over de cliënt.

“Ja, dat denk ik wel. Ik denk doordat je al dieper met patiënten in gesprek komt, meer achtergrondinformatie, meer wat er speelt voor de patiënt.” 5.6.19

“En wel meer naar boven krijgt en dat merk je zeg maar, met evaluaties en ik had ook wel laatst met een cliënt, is denk ik een maandje terug. Had ik daar een evaluatie mee, en die is wel vaak zenuwachtig zeg maar, en nou ja eigenlijk bespreek ze dat nooit zo met ons, maar tijdens de evaluatie kwam dat wel naar boven.” 3.4.18

Hierbij volgde ook een kritische houding van de respondenten.

“Ik denk wel van, dat we misschien wat meer bewust moeten zijn van naar die diepgaandere gesprekken van dat er misschien, dat er nog meer boven kunnen krijgen waar we misschien wat in kunnen betekenen, zodat zeg maar sommige cliënten hebben bijvoorbeeld, die zijn wat neerslachtig maar misschien kun je als je de oorzaak uiteindelijk weet te achterhalen dat je dat dan wel, dat dat minder wordt.” 3.8.31

Tevens hebben de respondenten niet volmondig ingestemd met de toepasbaarheid van het concept. Zij kwamen soms met twijfels, voorwaarden, aanvullingen of gaven meerdere malen aan dat er niet te veel verschillende werkwijzen wenselijk zijn.

“Hij is heel mooi om d'r zo bij te hebben vind ik maar je moet niet te veel meetinstrumenten gaan krijgen. Dan heb je teveel verschillende.” 5.9.31

“Ik zou het niet aanraden in de zin van je zou er echt mee moeten gaan werken, maar ik zou het wel aanraden in de zin van, weet je kijk ook eens naar Positieve Gezondheid van Machteld Huber.” 4.8.35

“Dan vraag ik mij af of de Positieve Gezondheid van Machteld Huber daar meer effect uit het, meer positiviteit haalt of meer informatie uithaalt dan een andere benadering.” 4.2.7

“(...) dus je moet wel heel goed weten bij wie je het gebruikt.” 5.5.16

Daarnaast werd aangegeven dat het concept op breder vlak gebruikt zou kunnen worden, er zijn meerdere onderdelen in de zorg benoemd waarbij zij Positieve Gezondheid zouden toepassen. Dit geldt voornamelijk voor de periodieke gesprekken.

“Ik zou het tijdens een anamnesegegesprek bijvoorbeeld heel goed kunnen inzetten of tijdens een voorbereidend gesprek voor een MDO, dan kun je namelijk nog beter in kaart brengen, of mensen ook nog tevreden zijn hoe het nu gaat.” 1.2.4

Vervolgens werd benoemd dat het concept bij verschillende doelgroepen in de zorg zou kunnen worden toegepast, omdat het voor iedereen belangrijk is om te kijken naar mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden.

“Ja, maar ook bij collega’s die niet in de palliatieve zorg werken. (...)” 1.8.40

De verpleegkundigen hebben gemerkt dat Positieve Gezondheid goed toe te passen is als hulpmiddel en niet altijd als enige werkmethode gebruikt hoeft te worden. Hierbij maakt het wel uit hoeveel tijd je voor de cliënt hebt en of je de cliënt al langer kent of net pas ontmoet.

Er is niet altijd genoeg tijd of mogelijkheid geweest om alle dimensies in een gesprek te gebruiken. De respondenten hebben aangegeven dat het hen handig lijkt om het concept als hulpmiddel af en toe erbij te pakken.

“Dat je ook kijkt naar, welke cliënt heb ik nu voor me en wat past hier nou eigenlijk als beste bij als hulpmiddel die ik ga gebruiken of als methode die ik hier ga inzetten.” 4.8.41

Een randvoorwaarde die meerdere keren genoemd is, is de kennis die nodig is om een nieuw concept toe te passen. Meerdere malen is aangegeven dat scholing of een cursus nodig is om Positieve Gezondheid op een goede manier toe te kunnen passen in de praktijk.

“Maar dan zouden mensen wel. Tenminste de verpleging anno nu, die zou daar echt wel een beetje in getraind moeten worden.” 1.7.38

“Op zich had ik ook al wel wat kennis denk ik in verband met die zingeving en spiritualiteit, die cursus die ik volgde.” 5.1.2

Over het toepassen van Positieve Gezondheid zijn ook negatieve reacties gegeven.

“Bij de ene meneer merkte ik dat ik gewoon, toen deed ik ze alle zes en werd het hem te veel hij had echt zoiets van wat vuur je op mij af.” 2.2.5

“(...) Maar dat was hem te veel. Hij was ook doodmoe na die tijd had ik het idee. Want ik had hem best wel heel veel vragen gesteld.” 2.2.7

4.4 Werkmethodes van verpleegkundigen

De verpleegkundigen, die allemaal werkende zijn in de palliatieve zorg, werken met veel verschillende methodes; de signaleringsbox, verschillende domeinen en de gezondheidspatronen van Gordon. Respondenten hebben positief en negatief naar hun eigen werkmethodes gekeken. Daarnaast is meerdere malen genoemd dat zijn niet te veel meetinstrumenten willen hebben. Een respondenten zagen niet altijd de toegevoegde waarde van Positieve Gezondheid in, maar vinden het over het algemeen wel een goed model.

“Deze is mooi om d’r bij te hebben (...).” 5.9.29

“(...) alles zit daar al een beetje in en dat passen we ook soms wel toe bij patiënten dus je moet wel oppassen dat je niet te veel meetinstrumenten.” 5.9.30

“En ik ben zelf wel voorstander van de signaleringsbox, eigenlijk is dat een klinisch redeneren model want daar valt ook heel veel mee. Maar daarin zitten in de signaleringsmethoden zitten eigenlijk al die dimensies wel verwerkt.” 4.4.23

Naast de positieve reacties, zijn er ook negatieve reacties op eigen werkmethode gegeven. Er is aangegeven dat de eigen werkmethode; Omaha, te uitgebreid is en dat niet altijd alle onderdelen van deze methode bruikbaar zijn in de praktijk. Ook kwam naar voren dat, ondanks het goede systeem, de communicatie over zingeving toch moeilijk blijft om uiteindelijk echt te beginnen. Niet alle onderdelen van het systeem Omaha worden daadwerkelijk in de zorgverlening gebruikt, bij Positieve Gezondheid vaak wel. Er is ook aangegeven dat het concept completer is dan de gezondheidspatronen van Gordon.

“Ja, wij werken dan met domeinen en daar staan de zorgleefplannen natuurlijk zo op ingedeeld die evalueer je, als iemand pijn heeft of iemand heeft een wond, dan heb je het daar wel over. Maar je gaat er dan niet in één keer niet bij alle bewoners over kwaliteit van leven hebben ofzo.” 2.3.10

“Als we kijken naar ons intake systeem werken wij met Omaha systeem. Maar daar zitten natuurlijk meerdere dimensies ook wel in en in feite vind je daar zowel de lichaamsfuncties, zingeving is ook wel de ruimte voor. Maar ik bemerk vooral dat mensen het heel zorgzinnen werkers in de zorg heel moeilijk vinden om op dat stukje zin ook uiteindelijk daadwerkelijk in te gaan.” 4.3.13

In de onderstaande citaten is duidelijk merkbaar dat niet alle verpleegkundigen een vaste werkmethode hebben in de zorgverlening. Zij kunnen meerdere hulpmiddelen of modellen inzetten bij het werk en bekijken dit per situatie/cliënt.

“Omaha. Maar goed, die bevat eigenlijk helemaal niet zo geweldig. Dat is iets met alle domeinen en alles. Volgens mij willen ze weer terug richting Gordon hoorde ik alweer iets over dus ’t wordt misschien toch weer veranderd.” 5.3.10

“Ik vind het heel lastig omdat ik al de nodige jaren binnen het palliatief zorg aan het werk en een opleiding heb gevolgd en nu met de spirituele zorg bezig ben en vanuit wijkverpleegkundige perspectief ook van alles en nog wat wel zie en hoor aan theorieën aan hoe noem je dat, hulpmiddelen in de zin van scorelijsten modellen. Ik neem alles wat ik in mijn verleden, afgelopen jaren heb meegekregen in mijn werk neem ik alles mee. Dus misschien maak ik er wel een mix van. Het is net van oké, hoe waait het.” 4.5.25

4.5 Zorg op maat

In het interview zijn verschillende praktijkvoorbeelden genoemd en is besproken hoe Positieve Gezondheid invloed heeft gehad op de palliatieve cliënt. Meerdere respondenten hebben hierbij aangegeven dat door gebruik van het concept bij de communicatie, meer diepgang werd bereikt in het gesprek met de cliënt. Lichamelijk klachten en het ziektebeeld zijn vaak benoemd als de oppervlakkige en standaard onderwerpen. Kwaliteit en zingeving is meer als diepgang beschouwd en leverde in veel gevallen, volgens de respondenten, meer informatie en een dankbare houding van de cliënt op. Daarnaast geeft het hen een betere geheel plaatje van de cliënt, oftewel; een holistische blik.

“Ook in de palliatieve zorg, de cliënt is centraal en die mag zelf weten van hè, hoe die z'n leven in wil delen, laatste stuk dus.” 3.7.28

“(…) dan kun je namelijk nog beter in kaart brengen, of mensen ook nog tevreden zijn hoe het nu gaat.” 1.2.4

“Weet je het is eigenlijk vergelijkbaar vind ik met een ethisch vragenlijst...alleen daar kijk je meer naar de mantelzorger, en hier kijk je meer naar de persoon zelf en ik vind het wel mooi dat stuk zingeving en mentaal welbevinden daar wel heel duidelijk in naar voren komen.” 4.7.35

“(…) En dan denk ik van ja. Dat is nu zo duidelijk naar voren gekomen, dan denk ik ja, daar moeten we niet verder over doorgaan. Dat vond ik juist wel omdat je, ja, toch wel bepaalde vragen dan stelt via mijn Positieve Gezondheid, dat je dat inzicht dan wel krijgt.” 2.4.12

De verpleegkundigen hebben ook aangegeven dat de gespreksstof afhankelijk is van de behoefte van de cliënt en bij wie je het gebruikt.

“Maar dan pak je maar een heel klein puntje. Het is niet direct heel erg slecht. Want ik denk niet dat de cliënten elke dag alles zouden willen bespreken.” 1.2.10

“(…) dus je moet wel heel goed weten bij wie je het gebruikt.” 5.5.16

“En we hadden de vorige keer een rollenspel gedaan met een dame die dus jonger was. En dan merk je dat het meedoen in de maatschappij eigenlijk veel belangrijker is, of veel meer ter sprake komt dan bij de ouderen.” 1.8.41

Vanuit de cliënt zijn verschillende reacties gekomen. Niet elke respondent heeft gevraagd of gemerkt of de cliënt verschil op merkte in communicatie. Soms moest de werkwijze wat aangepast worden omdat alle dimensies in één keer vragen te veel kon zijn. Er is ook een aanname gedaan dat de cliënt al snel de vragen als bemoeizucht zou kunnen zien, dit is echter niet waargenomen.

“Maar mensen merkten wel dat ik andere vragen stelde. Dat ze even ‘Huh, wat zegt u nu?’” 1.6.31

“(…) En bij de ene meneer merkte ik dat ik gewoon, toen deed ik ze alle zes en werd het hem te veel hij had echt zoiets van wat vuur je op me af.” 2.2.5

Zingeving en kwaliteit van leven zijn veelvoudig genoemd als lastige onderwerpen. Tijdens het werken met Positieve Gezondheid zijn de respondenten bewust bezig geweest met deze gespreksonderwerpen. Meerdere verpleegkundigen hebben het concept als positief ervaren, omdat het meer duidelijkheid en overzicht geeft.

“En het zal dan heel jammer zijn als de kwaliteit van leven juist aan ‘t einde, dan daardoor minder wordt. En met zo’n patroon kun je heel goed in kaart brengen of alle punten nog naar wens zijn, om het zo te zeggen.” 1.2.13

Daarnaast zijn af en toe nog kort voorbeelden genoemd van het gevoel van de cliënt.

“Terwijl je je als oudere ook heel erg nutteloos kan voelen.” 1.8.42

4.6 Tijd

Een aantal respondenten hebben een opmerking gegeven over tijd. Een gesprek met de cliënt aangaan is niet altijd vanzelfsprekend vanwege de tijdsindeling. De respondenten merken hierbij al snel dat ze niet voldoende tijd hebben en dat tijd goed verdeeld moet worden over de cliënten.

“Als je een gesprek aangaat met de cliënt in deze tijd van zorg dan loop je altijd uit. Dus als je ene cliënt goed in gesprek gaat, dan doe je de rest van je cliënten eigenlijk te kort.” 1.5.24

Dit is als één van de negatieve factoren van het werken met Positieve Gezondheid benoemd. Er is aangegeven dat gericht werken met Positieve Gezondheid voor diepgaandere gesprekken zorgt. Hierbij is het wel lastig gebleken om deze gesprekken in de gegeven zorgtijd goed in te delen.

“Maar dat was wel het nadeel wat ik ervan ervaarde (...). Je gaat heel diep in op de mens en op z'n welbevinden. Naja als daarin gaat, kun je niet zomaar zeggen dat je naar de volgende cliënt moet.” 1.5.27

Tevens is naar voren gekomen dat deze tijdproblemen een standaard klacht zijn geworden en dat dit niet als excuus gebruikt moet worden.

Anderzijds werd tijd ook als positieve factor genoemd. Meerdere respondenten hebben aangegeven dat, meer tijd nemen voor de cliënt, positief effect heeft op de relatie van de verpleegkundige met de cliënt. Niet alleen de dankbare reactie van de cliënten is gebleken, maar ook de positieve invloed op de kwaliteit van het gesprek, omdat er meer informatie van de cliënt los kan komen.

“(...) op een gegeven moment begon ie me echt lieverd te noemen en zo van nou, echt heel dankbaar en wat fijn dat je even bij me komt zitten en dat je de tijd voor me neemt dat was ook heel positief.” 2.6.18

“(...) dan komt er denk ik wel meer naar boven.” 3.6.25

Ten slotte is tijd ook één van de benodigdheden bij het werken met Positieve Gezondheid. Soms is er eerst gekeken naar de tijd, om vervolgens een gesprek aan te kunnen gaan.

“Maar omdat ik zelf wel bewust wordt, van goh ik praat elke keer maar over één derde van het hele spinnenweb, en nou, misschien moet ik dan als ik de tijd heb toch maar eens even kijken of ze behoefte hebben om aan het andere te praten.” 1.2.11

5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt teruggekeken op het onderzoek. Hierbij zullen achtereenvolgens de methode van het onderzoek en het inhoudelijke deel bekritiseerd worden. Daarnaast wordt de eigen verpleegkundige visie van de onderzoekers beschreven. Uiteindelijk zal duidelijk worden welke aanpassingen gedaan moeten worden voor een eventueel vervolg- of vernieuwd onderzoek.

5.1 Methodologisch

Voorafgaand aan het onderzoek is de methode beschreven en onderbouwd. De eisen zijn zo veel mogelijk naar wens en vraag van de opdrachtgever gesteld. Tijdens het onderzoek is dit een richtlijn en hulpmiddel geweest, maar moesten ook eisen, verwachtingen en planning bijgesteld worden.

Klinische les

De klinische les over communicatie met Positieve Gezondheid heeft positieve reacties van de respondenten opgeleverd. Zij vonden de theorie duidelijk en uitgebreid. Daarnaast hebben zij aangegeven dat het interactieve gedeelte van de klinische les, de casuïstiek die geoefend is, zorgde voor duidelijkheid over de werkwijze die zij zouden toepassen en concreter maakte. Na de klinische les is het model van Positieve Gezondheid op papier uitgedeeld, zodat de respondenten dit model altijd op zak konden hebben. Uit de interviews is ook gebleken dat de verpleegkundigen het heel handig vonden om het model binnen handbereik hebben.

Planning

Het vinden van de passende respondenten heeft meer tijd gekost dan van te voren ingeschat. Zo ontstond er uitloop van de opgestelde planning. Hierdoor zijn de eerst gestelde eisen aangepast in de planning van het onderzoek. Er is uiteindelijk gekozen om de werkduur van de respondenten te verlagen van vier naar twee weken.

Dit kan invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Door twee in plaats van vier weken met Positieve Gezondheid te werken, hebben de verpleegkundigen mogelijk te weinig tijd gehad om zich het concept eigen te maken en het op een goede manier toe te passen in de praktijk. Dit komt ook naar voren in de resultaten. Een van de respondenten heeft aangegeven dat deze weken voor haar niet genoeg waren geweest om bewust met Positieve Gezondheid te werken. Daarom werd afgesproken dat haar interview een week later ingepland zou worden, zodat zij meer tijd kreeg om met het model te werken. Uiteindelijk heeft zij, net als de andere respondenten in totaal ook de periode van twee weken kunnen werken met het concept. Een periode van vier weken, zoals de eerdere planning, zou idealer zijn geweest voor de respondenten om het concept bewuster toe te passen en meer eigen te maken.

Respondenten

De eisen met betrekking tot de respondenten zijn uiteindelijk minder strikt aangehouden dan vooraf gesteld. Door de eerder genoemde uitloop van de planning, was de streekproef kleiner dan gewenst. De organisaties en verpleegkundigen die benaderd waren, gaven aan geen tijd te hebben om deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast is alleen informeel gevraagd naar de werkrichting van de respondenten, echter niet formeel. Dit heeft er toe geleid dat niet alle respondenten aan de vooraf gestelde eisen voldeden. Niet alle respondenten zijn alleen werkzaam in de palliatieve thuiszorg. Sommige respondenten verlenen zorg aan een bredere doelgroep cliënten. De opdrachtgever is hiervan op de hoogte gesteld en in overleg is het onderzoek doorgezet. De respondenten zijn tijdens de klinische les gevraagd om de werkwijze alleen te richten op de palliatieve thuiswonende cliënt.

De kleine steekproef heeft er toe geleid dat aan één van de eisen van de opdrachtgever niet kon worden voldaan. De opdrachtgever wenste respondenten die, net als de verpleegkundigen waarmee de opdrachtgever werkt, werken met de vier domeinen in de palliatieve zorg. Het was de bedoeling

om deze werkwijze met Positieve Gezondheid te vergelijken. Het is binnen de tijdsperiode niet mogelijk geweest om deze gewenste respondenten te vinden, die volledig voldeden aan de eis van de opdrachtgever. Daarnaast is niet te achterhalen of deze verpleegkundigen daadwerkelijk te vinden zijn, wanneer hier langer de tijd voor wordt genomen. In overleg met de opdrachtgever is uiteindelijk gekozen voor een andere wending van het onderzoek. Er is voor gekozen de mening van de respondenten over hun huidige werkmethode en benadering in vergelijking met het hulpmiddel Positieve Gezondheid te bevragen.

Tijdens het onderzoek leek ook het niveau van de respondenten invloed gehad te hebben op de kwaliteit van de antwoorden in het interview. De respondenten waren verpleegkundigen van niveau 4 en 5. De verpleegkundigen van niveau 5 leken vaak kritischer dan de verpleegkundigen met niveau 4. Dit was voornamelijk merkbaar in de kritische blik op het eigen functioneren en het concept. Daarnaast er ook verschil merkbaar in de scholing die de verpleegkundigen hebben gehad. Verpleegkundigen met betere scholing, gericht op spirituele zorg, bleken uit zichzelf al bewuster bezig te zijn met communicatie gericht op de palliatieve cliënt dan verpleegkundigen die deze achtergrond niet hadden.

Ook is er verschil gemerkt tussen de twee organisaties. Wanneer er meer dan twee verschillende organisaties zouden deelnemen, is er misschien nog meer verschil op te merken. Als er een grotere groep respondenten uit meerdere organisaties zouden deelnemen, zou de betrouwbaarheid van het onderzoek hierdoor vergroot kunnen worden.

Tot slot is er nog een aanmerking bij de demografische gegevens, te vinden in de methode. Een van de respondenten heeft geen data doorgegeven.

5.2 Inhoudelijk

Uit dit onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen na het werken met Positieve Gezondheid meer diepgang ervaren, waardoor zij ook meer achtergrondinformatie van de cliënt krijgen. Ook hebben zij meer structuur ervaren en vonden het concept handig als leidraad en houvast. Door de diepgang in gesprekken werd voor de respondenten duidelijk wat voor de cliënt echt belangrijk was. Daarnaast gaven de respondenten aan dat zij meer over kwaliteit van leven en zingeving gingen praten en niet alleen bij het oppervlakkige praatje bleven. Dit is precies het doel van Machteld Huber met Positieve Gezondheid. Huber zegt dat door het concept de eigen regie van de cliënt wordt benadrukt en vergroot (de Feijter, 2017). Dit is ook bevestigd door de respondenten. Zo gaf een respondent een duidelijk voorbeeld: zij wilde graag dat de cliënt meer van zijn kamer af kwam, maar door door te vragen en goed naar de cliënt te luisteren kwam zij achter de reden waarom de cliënt niet van zijn kamer af wilde en heeft zij het daarom geaccepteerd. Zij gaf aan echt inzicht te krijgen in de wensen van de cliënt.

Huber geeft ook aan dat het veel tijd kost om je het concept eigen te maken (de Feijter, 2017). Dit werd door de respondenten bevestigd. Wat voor hen wel hielp was het model, een handig hulpmiddel om Positieve Gezondheid toe te passen. De zorgverlener moet opnieuw leren luisteren en niet direct willen handelen, dat kost het meeste tijd om te veranderen. Ook het voeren van diepgaander gesprekken vraagt meer tijd bij de cliënt waardoor de werkdruk toeneemt. Dat kan tot gevolg hebben dat de verpleegkundige meer stress ervaart.

Tevens zegt Huber dat het communiceren erg belangrijk is voor zorgverleners (de Feijter, 2017). Bij communicatie is wederzijds vertrouwen nodig om Positieve Gezondheid te gebruiken in de praktijk. Dit geldt zowel voor de relatie tussen zorgverlener en cliënt als tussen zorgverleners onderling. Dit vertrouwen is meerdere malen als voorwaarde door de respondenten benoemd. Een voorwaarde die de respondenten aangaven, is dat de cliënt en de verpleegkundige beiden open moeten staan voor

het werken met het concept. Anders werkt het concept niet. Dit geeft Machteld Huber zelf ook aan. Zij zegt in een interview:

“Maar Positieve Gezondheid werkt alleen voor mensen die dit echt willen. Het gaat niet om moeten, je kunt het niet opleggen. Er is geen uitgewerkt protocol. Het moet herkenning oproepen en je moet je eigen relatie tot Positieve Gezondheid zien te vinden.” (de Feijter, 2017).

Er kan geconcludeerd worden dat Positieve Gezondheid niet altijd met korte implementatietijd toe te passen is en daarom niet zonder goede voorbereiding als werkmethode ingezet kan worden.

6. Verpleegkundige visie

Hieronder wordt de verpleegkundige visie van de onderzoekers beschreven.

Positieve Gezondheid wordt als relevant concept gezien voor de communicatie in de zorgverlening. De onderzoekers concluderen dat het model toepasbaar is in de palliatieve thuiszorg en ook daarbuiten met als kanttekening dat het alleen goed werkt als het concept goed wordt geïmplementeerd. Juist in de communicatie zijn er veel voordelen op te merken, zoals de gespreksonderwerpen die dit model overzichtelijk biedt. De onderzoekers hebben zelf nog niet met veel verschillende methodes gewerkt, maar kennen wel de diverse werkwijzen in de zorgverlening. Positieve Gezondheid biedt volgens hen: duidelijkheid, structuur en overzicht, zoals ook de respondenten hebben aangegeven. Bij dit concept is veel aandacht voor de regie van de cliënt, zorg op maat en communicatie. De focus ligt op het werken vanuit de cliënt richting de zorgverlener, in plaats van andersom. Deze onderdelen vinden de onderzoekers erg belangrijk in de zorgverlening. Anderzijds vinden zij eveneens dat er niet te veel verschillende methodes moeten komen. Ook vragen zij zich af wat het model toevoegt in vergelijking met andere werkmethodes. Er zijn al andere methodes die de cliënt holistisch willen benaderen, zoals het Neuman System Model (Verberk & Merks, 2013).

Het model kan, naar hun mening, gebruikt worden als hulpmiddel in communicatie of voor andere zorgdoeleinden. Om echter duidelijkheid te bieden aan de verpleegkundigen en niet met te veel werkwijzen te komen zou het ideaal zijn om een gehele organisatie alleen volgens Positieve Gezondheid te laten werken. Zo is er meer overzicht en een eenduidige werkwijze in een team van verpleegkundigen. Zoals ook door de respondenten is aangegeven, is het belangrijk om niet te veel werkwijzen te hebben en hierin duidelijkheid te creëren in een organisatie.

De onderzoekers verwachten echter dat een goede implementatie van Positieve Gezondheid tijd en geld zal gaan kosten. Allereerst zouden de verpleegkundigen geïnstrueerd moeten worden bij het gebruik van Positieve Gezondheid. Dit zou kunnen met scholing of een cursus. Daarnaast zal een nieuwe methode van werken veel tijd kosten, omdat er veel aangepast zou moeten worden in de werkwijze van de organisatie en de denkwijze van de verpleegkundige.

Ten slotte vinden de onderzoekers het model van Machteld Huber erg interessant omdat het een nieuwe blik biedt op gezondheid, waarbij vanuit de cliënt wordt berekend welke zorg verleend moet worden. Dit is belangrijk voor de visie van de verpleegkundige, om zorg op maat te kunnen verlenen. Wel vragen zij zich af in hoe verre dit daadwerkelijk haalbaar is in de zorgverlening, omdat er niet altijd tijd, geld of mogelijkheden zijn om bijvoorbeeld psychische of spirituele hulp te verlenen wanneer er ook lichamelijke hulp verleend moet worden. Een goede balans daarin vinden blijft lastig. Zij zijn van mening dat het de taak van de verpleegkundige blijft om als regisseur de zorg goed te coördineren voor de cliënt (V&VN, 2018). De verpleegkundige moet het overzicht houden en inschatten welke zorg nodig is voor de cliënt. Hierbij kunnen andere disciplines of het sociale netwerk van de cliënt worden ingezet.

Al met al kan het concept volgens de onderzoekers veel voordelen opleveren voor kwaliteit van zorg, communicatie en de cliënt. Wel achten zij het noodzakelijk om bij eventuele implementatie van Positieve Gezondheid vooraf goed na te gaan of er voldoende voordelen zijn om de kosten, zoals tijd en geld, te kunnen verantwoorden. Dit onderzoek biedt hierbij een overzicht van duidelijke voorwaarden, vanuit verpleegkundigen, voor de implementatie van Positieve Gezondheid.

7. Conclusie

De resultaten leiden uiteindelijk tot de onderstaande conclusie. Dit hoofdstuk beantwoordt eerst de deelvragen en sluit af met een algemene conclusie op de hoofdvraag. Een opmerking vooraf: de eerste en de laatste deelvraag wordt bij het negatieve deel van de conclusie ook de twijfels, aanvullingen, voorwaarden of opmerkingen bedoeld, dus niet enkel negatieve reacties van de respondenten. Zoals al eerder benoemd zijn er twee verschillende organisaties benaderd voor het onderzoek, hierna te noemen groep 1 en groep 2.

7.1 Wat zijn volgens verpleegkundigen de voor- en nadelen van werken met Positieve Gezondheid?

Positief

Verpleegkundigen zijn over het algemeen positief over de theorie van het concept Positieve Gezondheid. Zij vinden het een goed en mooi systeem dat hen structuur geeft bij het werken. De verpleegkundigen vinden het model Positieve Gezondheid breder dan andere methodes. Alle dimensies die het concept bevat, zijn van belang in de zorgverlening. Door het toepassen van Positieve Gezondheid zijn verpleegkundigen zich bewuster geworden van hun eigen zorgverlening. Hierin is verschil merkbaar tussen de verpleegkundigen. De hoger opgeleide verpleegkundigen met meer scholing waren vaak kritischer op hun eigen functioneren. Werken met het concept zorgt ook voor verbreding van het gezichtsveld van de verpleegkundigen. Zij zien in dat in de dagelijkse communicatie veel oppervlakkig wordt gepraat en niet altijd diepgang wordt bereikt met de cliënt, terwijl deze diepgang essentieel is om de zorgbehoefte te signaleren. Daarom is een veel genoemd voordeel de diepgang die Positieve Gezondheid oplevert. Door het werken met dit concept krijgt de verpleegkundige een holistische blik op de cliënt waarbij de behoefte van de cliënt duidelijker wordt. De verpleegkundige heeft de zorgvraag van elke unieke cliënt beter voor ogen en zo wordt de zorg op maat verleend en in het bijzonder in de palliatieve zorg is dit erg belangrijk. Vanuit de cliënt zijn verschillende reacties waargenomen op de toepassing van Positieve Gezondheid. Niet iedere respondent heeft gevraagd naar het verschil, of gemerkt dat de cliënt verschil opmerkte. In het algemeen reageerden de meeste cliënten dankbaar op de goede gesprekken en de tijd die hierbij voor hen werd genomen. Ook kwam naar voren dat cliënten positiever in hun leven zouden staan als er door de zorgverlener positief werd gekeken naar de mogelijkheden.

Negatief

Er zijn ook negatieve reacties waargenomen, naar aanleiding van het werken met Positieve Gezondheid. Niet alle respondenten stemmen volledig in met de toepasbaarheid van het concept. Ze komen soms met twijfels, voorwaarden, aanvullingen of gaven meerdere keren aan dat er niet te veel verschillende werkwijzen moesten zijn. Enkele respondenten hebben aangegeven maar een deel van de zes dimensies te gebruiken omdat alle zes in één keer te veel zou zijn voor de cliënt. Hierbij is het belangrijk om de behoefte van de cliënt in te schatten. Ook het soort zorgmoment is van belang, niet elk zorgmoment leent zich voor een diepgaand gesprek.

Bij de reactie van de cliënt op het gebruik van Positieve Gezondheid werd ook aangegeven dat één van de cliënten de vragen te veel vond. De desbetreffende verpleegkundige heeft zelf besloten haar werkwijze aan te passen en minder vragen in één keer te stellen.

Vershil in respondentgroepen

Er is duidelijk verschil gemerkt tussen de twee geïnterviewde zorgorganisaties. Voornamelijk de tweede groep heeft aangegeven dat er al veel verschillende werkmethodes zijn en dat het niet te veel moet worden.

7.2 Hoe is Positieve Gezondheid volgens verpleegkundigen toepasbaar in de palliatieve thuiszorg?

Eigen werkmethode verpleegkundigen

De verpleegkundigen, die allemaal werkzaam zijn in de palliatieve thuiszorg, werken met veel verschillende methodes. Niet bij elke zorgorganisatie is het vanzelfsprekend dat er door iedereen volgens een vast methode gewerkt wordt. Soms gebruiken verpleegkundigen ook een mix van kennis die zij hebben opgedaan met verschillende methodes van werken. Andere verpleegkundigen wachten af welke cliënt zij voor zich hebben en passen hier hun werkmethode op aan. Hierbij is opgevallen dat in de tweede groep meer respondenten positiever zijn geweest over bepaalde werkmethodes waar zij al mee werken.

Toepasbaarheid

Op de vraag naar de toepasbaarheid van het concept Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg, is door de verpleegkundigen een positief antwoord gegeven. Zij geven aan dat Positieve Gezondheid goed toe te passen is. De verpleegkundigen raden hun collega's aan om het model te gaan gebruiken. Daarnaast zou het concept ook op breder vlak kunnen worden toegepast. Zo zou Positieve Gezondheid goed gebruikt kunnen worden voor periodieke gesprekken. Ook zouden verpleegkundigen buiten de palliatieve thuiszorg Positieve Gezondheid kunnen toepassen, omdat het voor iedereen belangrijk is om te kijken naar de mogelijkheden in plaats van de onmogelijkheden van de cliënt.

Voorwaarden en aanvullingen

Naast de positieve reacties zijn er ook aanvullingen en voorwaarden gegeven. De helft van de verpleegkundigen vindt het een randvoorwaarde om eerst meer kennis op te doen over Positieve Gezondheid door middel van een cursus of scholing. Ook is aangegeven dat het lastig is om weinig ervaring te hebben met Positieve Gezondheid. Veel respondenten hebben op een eigen manier gewerkt met Positieve Gezondheid en vonden het dan makkelijker om met het concept te werken. Sommige verpleegkundigen vinden het handig om Positieve Gezondheid als leidraad of houvast erbij te hebben, voor als zij vastlopen tijdens het communiceren.

Er is nog een andere voorwaarde genoemd waaraan volgens de respondenten voldaan moet worden om Positieve Gezondheid goed te kunnen toepassen: voldoende tijd hebben voor de cliënt. Verder is de relatie tussen zorgverlener en cliënt belangrijk als zij met het model willen werken. Er moet vertrouwen zijn en de cliënt moet ervoor openstaan om over bepaalde onderwerpen te praten. Tenslotte werd aangegeven dat het model beter ingezet kan worden voor cliënten als hen gevraagd wordt de eigen gezondheid te scoren met Positieve Gezondheid.

Vershil in respondentgroepen

Veel van de verpleegkundigen van groep 1 zijn positief over het concept ziet de toegevoegde waarde er echt van in en zou het als vervangend methode kunnen zien. Groep 2 ziet het meer als toevoeging op bestaande methodes.

7.3 Welk verschil merken verpleegkundigen in communicatie na werken met Positieve Gezondheid?

Positief

Verpleegkundigen geven meerdere malen aan dat, in de dagelijkse zorgverlening, voornamelijk een oppervlakkig gesprek wordt gevoerd met de cliënt. Onderwerpen als het welbevinden en lichamelijke klachten komen hierbij vaak aan bod, zingeving en kwaliteit van leven zijn veelvuldig genoemd als lastige onderwerpen. Deze onderwerpen komen volgens de zorgverleners niet altijd natuurlijk over. Soms is het spannend of lastig om hierover te beginnen. Tijdens het werken met Positieve Gezondheid zijn de verpleegkundigen bewust bezig geweest met deze gespreksonderwerpen. Dit werd als positief ervaren. Bij het vastlopen in een gesprek gebruikten sommige verpleegkundigen het model als houvast. Positieve Gezondheid gaf hierbij duidelijkheid, overzicht en structuur in het gesprek.

Duidelijk is geworden dat met Positieve Gezondheid in de communicatie meer diepgang wordt bereikt. Door te werken met Positieve Gezondheid merken de respondenten een verschil op in hun communicatie met de cliënten. De respondenten zijn tot gespreksonderwerpen gekomen waar zij zelf niet zo snel op zouden komen. Zij kregen meer achtergrondinformatie van de cliënt en kwamen er daardoor achter wat er nou echt speelt bij de cliënt.

Voor deze gesprekken is echter wel tijd nodig. Het tijd nemen voor de cliënt heeft een positief effect op de relatie van zorgverlener en cliënt. Niet alleen de dankbare reactie van de cliënten is gebleken, maar ook de positieve invloed op de kwaliteit van het gesprek, omdat het meer informatie van de cliënt kan opleveren. Hierbij is merkbaar dat tijd een belangrijke factor is bij communicatie.

Negatief

Naast de positieve reacties op Positieve Gezondheid bij het communiceren, zijn er ook twijfels, voorwaarden en aanvullingen gegeven voor goede communicatie. Allereerst is tijd een van de randvoorwaarden voor goede communicatie. Een goed gesprek met de cliënt is de laatste jaren niet meer vanzelfsprekend. Tijd is een belangrijke belemmerende factor. De tijd is snel 'op' en moet goed verdeeld worden over de cliënten. De diepgaandere gesprekken die Positieve Gezondheid op levert, zijn soms moeilijk in te delen of af te sluiten. Er is vaak geen tijd om op dat diepgaande niveau te komen en als het wel gebeurt moet de verpleegkundige al snel weer door naar de volgende cliënt. Daardoor kan bij zowel de verpleegkundige als de cliënt het gevoel ontstaan dat het gesprek wel begonnen, maar niet naar behoren afgesloten is. De kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en cliënt hierbij is ook belangrijk tijdens het communiceren.

Verder is aangegeven dat de houding van de verpleegkundige en de cliënt erg belangrijk zijn tijdens de communicatie met de cliënt. Deze houding kan erg veel invloed hebben op het gesprek. Er moet goed gekeken worden naar de behoefte van de cliënt, niet iedere cliënt heeft altijd behoefte aan een diepgaand gesprek. De levenservaring en achtergrond van de verpleegkundigen kunnen effect hebben op de gespreksvaardigheden. De respondenten hebben daarbij aangegeven dat het empathisch vermogen, de levenservaring, hoe goed je de cliënt kent, veiligheid, vertrouwen en de balans tussen oprechte interesse en bemoeizucht een belangrijke rol spelen. Zij hebben aangegeven dat sommige cliënten verschil opmerkten toen Positieve Gezondheid in de communicatie werd toegepast. Het verschil was met name merkbaar in het empathisch vermogen en de mate van begrip van de zorgverlener.

Verpleegkundigen geven aan dat het, ondanks het goede systeem, toch moeilijk blijft om uiteindelijke echt te beginnen.

Verskil tussen de respondentgroepen

In de communicatie is verschil te merken tussen de verpleegkundigen. Vooral verpleegkundigen in de tweede groep waren meer geschoold en op de hoogte van gesprekken over levenseinde, kwaliteit van leven en zingeving. Zo zijn zij zich al meer bewust in de communicatie met de palliatieve cliënt.

7.4 Eindconclusie op hoofdvraag

De hoofdvraag van het onderzoek luidde:

Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen bij het communiceren in de palliatieve thuiszorg na werken met het concept Positieve Gezondheid?

Al met al zijn de ervaringen met het concept Positieve Gezondheid in de communicatie overwegend positief. De verpleegkundigen vinden het concept goed toepasbaar. Ook vinden zij dat het model structuur en overzicht biedt. De verpleegkundigen hebben wel een aantal randvoorwaarden gegeven die noodzakelijk zijn om het concept succesvol in te kunnen voeren, zoals: voldoende tijd voor de gesprekken, de behoefte van de cliënt aan diepgaande gesprekken, meer kennis over en ervaring met Positieve Gezondheid. Door aan deze voorwaarden te voldoen, kan de werkdruk van de verpleegkundigen wellicht voor verlichting zorgen bij de implementatie van een nieuwe werkwijze. Volgens de respondenten kan Positieve Gezondheid gebruikt worden voor verschillende doeleinden. Zo zouden sommige verpleegkundigen het concept meer als hulpmiddel willen inzetten, of willen gebruiken voor andere onderdelen van de zorgverlening. In de communicatie is meer diepgang bereikt waardoor de verpleegkundige de cliënt beter in kaart heeft gekregen. Omdat er meer informatie over de cliënt bekend wordt, kan er gerichtere zorg op maat verleend worden.

8. Aanbevelingen

Uit het onderzoek komende volgende aanbevelingen voor de opdrachtgever en voor eventueel vervolg of vernieuwd onderzoek naar voren.

Voor eventueel vervolgonderzoek wordt allereerst aangeraden om bij de implementatie van Positieve Gezondheid voor een langere werkduur te kiezen, zoals beargumenteerd in de discussie. Daarnaast kan onderzoek naar Positieve Gezondheid in de gezondheidszorg, door een grotere omvang van de steekproef meer betrouwbaarheid opleveren. In dit onderzoek is gebleken dat er verschil merkbaar was tussen de deelnemende organisaties. Onderzoek op landelijk niveau met een groter aantal respondenten zou deze verschillen in de resultaten reduceren en daardoor de betrouwbaarheid kunnen vergroten.

Voor de eventuele implementatie van Positieve Gezondheid bij een organisatie is sterk aan te raden om vooraf een duidelijke afweging te maken wat betreft de kosten en baten. Er wordt verwacht dat de implementatie van een nieuw gezondheidsconcept veel tijd en geld zal kosten. Rekening houdend met deze kosten wordt Agora geadviseerd, wanneer zij van plan zijn om met dit nieuwe concept te gaan werken, een goed implementatieplan te komen en hier genoeg tijd hiervoor genoeg tijd te reserveren.

Daarnaast is het van belang om te kijken hoe het concept toegepast gaat worden. Wanneer Positieve Gezondheid alleen in de communicatie toegepast wordt, zou de implementatie minder kosten met zich meebrengen dan wanneer het concept op breder vlak wordt toegepast. Zoals in de conclusie beschreven, kan Positieve Gezondheid ook goed gebruikt worden bij andere onderdelen van de zorgverlening. Verpleegkundigen hebben aangegeven dat het model bijvoorbeeld met name bij periodieke gesprekken gebruikt zou kunnen worden.

Verder is het voor de verpleegkundigen van belangrijk dat zij voldoende kennis opdoen over en ervaring krijg met het nieuwe concept. Hiervoor is scholing in een zorgorganisatie noodzakelijk. Het blijft belangrijk om de zorg kritisch te evalueren in het team en de werkmethode bespreekbaar te houden.

Wanneer Positieve Gezondheid toegepast zou worden in de palliatieve zorg, wordt aanbevolen om goed na te denken over de benaming van het concept. 'Mijn Positieve Gezondheid' zou juist negatief over kunnen komen op de palliatieve cliënt. Ook met de cliënt en omgeving zal er geëvalueerd moeten worden om te kijken of de zorg goed aansluit bij de cliënt. Voor de mantelzorgers van de cliënt is ook een cursus Positieve Gezondheid aan te bevelen, zodat zij goed betrokken zijn bij de zorgverlening. Uiteindelijk zal de zorg, volgens welke methode dan ook, op de behoefte van de cliënt moeten aansluiten.

Nawoord

Het proces van afstuderen heeft ons veel geleerd. Zowel op het gebied van kwaliteit van zorgverlening en Positieve Gezondheid, als in de communicatie en samenwerking met de verschillende partijen.

De start van het onderzoek is erg moeizaam geweest, wegens verschillende omstandigheden. Hierbij hebben we als onderzoekers doorzettingsvermogen moeten oefenen en geleerd om te gaan met tegenslagen. Dit is niet altijd makkelijk geweest, maar ondanks de verschillende tegenslagen mag het resultaat er nu toch zijn.

We zijn blij met het uiteindelijke resultaat wat duidelijkheid biedt in de openstaande vraag over de toepasbaarheid van Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg. Zo hebben we een bijdrage kunnen leveren aan Agora en wellicht aan andere zorgorganisaties in de toekomst. De resultaten geven duidelijke handvatten voor het implementeren van Positieve Gezondheid in de praktijk.

Lisanne Kotte
Tamar Sebens
Maartje Timpers

Juli 2018, Zwolle.

Bibliografie

- Agora. (2018). *Agora- Leven tot het einde*. Opgehaald van Agora: <https://www.agora.nl/Over-Agora>
- Alles over marktonderzoek. (sd). *Diepte interview*. Opgeroepen op Februari 5, 2018, van Alles over marktonderzoek: <http://www.allesovermarktonderzoek.nl/onderzoeksmethoden/diepte-interview/>
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (1e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, De Goede, & Teunissen. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beal, E. (2011, Maart 2). The Palliative Caregiver. *WebMD*. Opgehaald van <https://www.webmd.com/palliative-care/the-palliative-caregiver#1>
- Boddaert, M., Douma, J., Dijkhoorn, F., & Bijkerk, M. (2017). *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland*. Opgehaald van https://www.iknl.nl/docs/default-source/palliatieve-zorg/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland_iknlenpalliactief_14september2017.pdf?sfvrsn=0
- Brons, I. (2015, November 30). *Lezing Machteld Huber: Een nieuw concept voor gezondheid*. Opgehaald van In voor zorg!: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/verslag-Lezing-Machteld-Huber-Een-nieuw-concept-voor-gezondheid.html>
- Clause, C. (2018). *Content validity definition*. Opgehaald van study: <https://study.com/academy/lesson/content-validity-definition-index-examples.html>
- Cohen, D., & Crabtree, B. (2006). *Qualitative research guidelines project*. Opgehaald van Robert Wood Johnson foundation: <http://www.qualres.org/HomeSemi-3629.html>
- de Wit, A., Koelewijn-Vissers, M.-C., & Guldmond-de Jong, A. (2010). Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg. Opgehaald van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Afdelingen/competentiebeschrijving-voor-de-verpleegkundige-in-de-palliatieve-zorg.pdf>.
- Dingemans, K. (2017, mei 2). *Validiteit in interviews*. Opgehaald van Scribbr: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-in-interviews/>
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (2e ed.). Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Fischer, T., & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Grit, R., & Julsing, M. (2012). *Zo doe je een... Onderzoek* (2e ed.). Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Huber, M. A. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health*. Enschede: Ipskamp Drukkers. Opgehaald van <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/1486687/guid-ca35cef5-7513-4963-8666-dfed020b66ac-ASSET1.0>
- Hunsink, G., Cusveller, B., Bijl, J. v., Linge, R. v., & Polhuis, D. (2011). *De verpleegkundige als beroepsopvoeder*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

- IKNL. (2010, September 10). *Algemene principes van palliatieve zorg*. Opgehaald van Integraal kankercentrum Nederland: <https://www.iknl.nl/docs/default-source/Palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen/algemene-principes-richtlijnen-palliatieve-zorg.pdf?sfvrsn=0>
- Institute for Positive Health. (2017, November 21). iPH Netwerk Positieve Gezondheid. Opgehaald van https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=xkPLAUYPGLw
- Institute for Positive Health. (2017). *Positieve Gezondheid*. Opgehaald van Institute for Positive Health: <https://iph.nl>
- invoorzorg. (2017). *Cliënt in regie*. Opgehaald van in voor zorg: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/bibliotheek-client-in-de-regie.html>
- IPH. (2017). *Mijn Positieve Gezondheid*. Opgehaald van Mijn Positieve Gezondheid: <https://mijnpositievegezondheid.nl/>
- Jansen, R. (2017). Van Rijn: 'Cliënt moet thuis kunnen sterven'. *Nursing*, 1.
- Jong, A. d., Maesschalck, L. d., Legius, M., vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2016). *Inleiding Wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kahrimanovic, M. (2014, oktober 6). *Inzicht krijgen in de user journey: focusgroep, diepte-interview of allebei?* Opgehaald van frankwatching: <https://www.frankwatching.com/archive/2014/10/06/inzicht-krijgen-in-de-user-journey-focusgroep-diepte-interview-of-allebei/>
- Kleverlaan, E. (2017, Februari). Werken met Positieve Gezondheid. *De Eerstelijns*. Opgehaald van <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/werken-met-positieve-gezondheid-brengt-persoonsgerichte-zorg.pdf>
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materiasociomedica*, 4.
- Loghum, B. S. (2011). Waarom werken volgens een protocol. *Springer Link*, 3.
- Mostert, H. (2017, Mei 31). *Wat is communiceren in de zorg?* Opgeroepen op Februari 5, 2018, van Zorg voor beter: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Communiceren-Wat-is-het.html>
- Nederlandse zorgautoriteit. (2017). *Rapport palliatieve zorg op maat*. Utrecht: RIVM.
- Oelen, M. (2013). Meer vraag naar verpleegkundigen tot 2017. *Nursing*, 2.
- Redeker, G. (2018). *Wat is communicatie*. Opgehaald van communicatiemodel: <http://communicatiemodel.nl/wat-is-communicatie-betekenis.htm>
- Remmers, N., & Groenland, E. (2016, mei 18). De steekproeftrekking en de selectie van respondenten in commercieel kwalitatief onderzoek. *Kwalon*, p. 3. Opgehaald van https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-11-3-7/De-steekproeftrekking-en-de-selectie-van-respondenten-in-commercieel-kwalitatief-onderzoek
- Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). *Kwalitatief onderzoek*. Opgehaald van http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20%282005%29/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf
- Sanders, R. (2018). Mensgerichte zorg moet vanzelfsprekend zijn. *Mijn gezondheidsgids*, 2.

- Schep-Akkerman, A. (2017, Augustus). *Module afstudeerproject HboV*. Opgehaald van Viaa.
- Tubbing, L. (2016, oktober 15). *Hoe interviews coderen*. Opgehaald van deafstudeerconsultant: <https://deafstudeerconsultant.nl/hoe-interviews-te-coderen/>
- V&VN. (2018). *CanMEDS rollen*. Opgeroepen op Februari 5, 2018, van Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden: <https://kwaliteitsregister.venvn.nl/aanbieders/canmeds>
- V&VN. (sd). *Klinische lessen*. Opgehaald van Kwaliteitsregister: <https://kwaliteitsregister.venvn.nl/aanbieders/accreditatie/klinische-lessen>
- Valenzuela, D., & Shrivastava, P. (2008). Interview as a method for qualitative research. Lismore, Nieuw-Zuid-Wales, Australië.
- Veer, D. A. (2016, juni 10). *Zorgverleners klaar voor complexere zorgvraag*. Opgehaald van Nivel: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/zorgverlener-klaar-voor-complexere-zorgvraag>
- Verberk, F., & Merks, A. (2013). *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom.
- Vleeshouwers, L. (2017, augustus 1). *De steekproef in je scriptie*. Opgehaald van scribbr: <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/steekproef-in-je-scriptie/>
- Watters, E. (2013, februari 25). We aren't the world. *Pacific Standard*, pp. <https://psmag.com/social-justice/joe-henrich-weird-ultimatum-game-shaking-up-psychology-economics-53135>.
- WHO. (2002). *Definitie WHO 2002*. Opgehaald van Palliatieve zorg: http://www.palliatievezorg.nl/page_867.html
- Williams, Y. (2015, oktober 1). *Definition of ecological validity*. Opgehaald van study: <https://study.com/academy/lesson/ecological-validity-in-psychology-definition-lesson-quiz.html>

Bijlagen

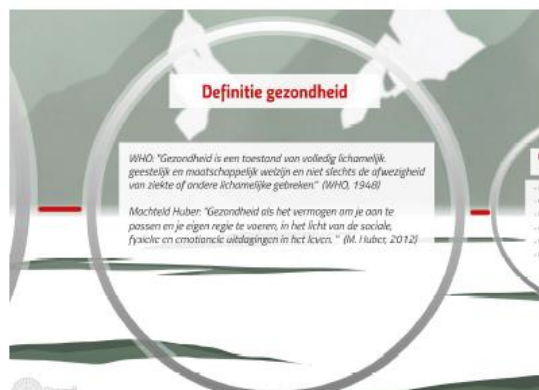
- Bijlage A:** Doelstellingen klinische les.
- Bijlage B:** Prezi klinische les.
- Bijlage C:** Casus klinische les.
- Bijlage D:** Interview vragen.
- Bijlage E:** Mindmaps resultaten.
- Bijlage F:** Prezi eindpresentatie.
- Bijlage G:** Toestemmingsformulieren respondenten.
- Bijlage H:** Zoekplan literatuur.
- Bijlage I:** Logboek.
- Bijlage J:** Beoordelingsformulier onderzoeksplan.
- Bijlage K:** Beoordelingsformulier eindverslag.
- Bijlage L:** Toestemmingsformulier HBO kennisbank.
- Bijlage M:** Ephorus verklaring.

Bijlage A. Doelstellingen klinische les

Hieronder worden de doelstellingen van een klinische les (V&VN, 2015) ingevuld met de klinische les die gegeven gaat worden:

- Bevorderen van integratie van theorie en praktijk: Dit wordt gedaan door allereerst het onderzoek te introduceren met theorie over het concept Positieve Gezondheid. Vervolgens zal er een schakeling worden gemaakt naar de praktijk, door te laten zien hoe Positieve Gezondheid in de praktijk vorm kan krijgen.
- Bevorderen van gedragsverandering bij verpleegkundigen en verzorgenden: Tijdens de klinische les worden de verpleegkundigen gestimuleerd om kritisch naar hun eigen gedrag te kijken. Positieve Gezondheid kan meer verdieping geven aan verpleegkundigen om naar de gehele patiënt te kijken. De verpleegkundigen worden uitgedaagd om hun handelen en werkwijze eventueel aan te passen en voor een tijd een andere werkwijze uit te proberen. Hierbij wordt het voorstel gegeven van 2 weken werken met Positieve Gezondheid.
- Bevorderen van vakinhoudelijke ontwikkelingen: Positieve Gezondheid en andere nieuwe gezondheidsconcepten worden steeds meer toegepast om de zorg te verbeteren. Aan het begin van de klinische les wordt kort stil gestaan bij deze actuele ontwikkelingen en wat zij zullen opleveren bij de dagelijkse zorgverlening. De verpleegkundigen worden gestimuleerd om zich open te stellen voor nieuwe ontwikkelingen en hiervan op de hoogte te blijven.
- Creëren van draagvlak: Het draagvlak wordt tijdens de klinische les gecreëerd door interactief met de verpleegkundigen te communiceren. Hierbij wordt geluisterd naar hun praktische zorgverlening en wordt door de onderzoekers het concept Positieve Gezondheid neergezet als een mogelijke werkwijze, die tijdelijk wordt ingevoerd.
- Verduidelijken van (verpleegkundige) interventie(s) en vaardigheden: Bij de klinische les zal vooral worden gekeken naar de rol van communicator. Het communiceren zal een grote invulling worden bij het werken met Positieve Gezondheid in dit onderzoek. Samen met de verpleegkundigen wordt gekeken naar hoe deze verpleegkundige interventies en vaardigheden vorm krijgen.
- Toelichten van innovaties binnen de afdeling: De innovatie van werken met Positieve Gezondheid wordt geïntroduceerd en samen met de verpleegkundigen gekeken naar de praktische invulling, gericht op communicatie.
- Toetsen en aanvullen van ervaringskennis: De verpleegkundigen worden door de klinische les heen bevraagd op hun huidige kennis over verschillende zorgconcepten en werkwijzen. Hierbij wordt gekeken naar de waarde van verschillende werkwijze en zo ook die van Positieve Gezondheid.
- Verpleegkundigen en verzorgenden uitnodigen tot discussie: Tijdens de klinische les is er mogelijkheid voor discussie. Zo worden de verpleegkundigen uitgedaagd om ook elkaar scherp te houden in hun werkwijze.
- Verbeteren van de omgang van patiënten: Duidelijk wordt uitgelegd dat er verwacht is dat het werken met Positieve Gezondheid invloed heeft op de omgang met de patiënt. In het onderzoek is het belangrijk dat de verpleegkundigen oog houden voor dit aspect, namelijk; mensgerichte zorg.
- Bespreekbaar maken van eigen handelen: De gehele klinische les zal gekeken worden naar het eigen handelen van de verpleegkundigen op dit moment en bij de invulling van werken met het nieuwe concept.
- Bevorderen van de kwaliteit van zorg: Uiteindelijk is het doel van dit onderzoek en de klinische les dat de kwaliteit van zorg wordt bevordert. De verpleegkundigen worden uitgenodigd in de klinische les om hierbij een belangrijke rol te spelen (V&VN, sd).

Bijlage B. Prezi klinische les



Bijlage C. Casus klinische les

De casus die de respondenten kregen:

“Mevrouw Pietersen (25) heeft te horen gekregen dat ze nog maar een paar maand te leven heeft. Een maandje terug had ze nog een beenamputatie ondergaan in de hoop dat dat zou helpen. Na een controle scan is gebleken dat de botkanker is uitgezaaid naar de longen. In verband met vakantietijd val in voor je collega en kom je voor de eerste keer bij mevrouw Pietersen. De wond op haar been moet verzorgd worden.”

De achtergrond informatie van mevrouw Pietersen beschreven per dimensie:

- Lichaamsfuncties:
Mevrouw is niet fit en is veel moe overdag. Als ze de kans heeft slaapt ze even op de bank. 's Nachts slaapt mevrouw slecht. Verder heeft mevrouw veel pijn tijdens de wondzorg. De fitheid van mevrouw was voorheen heel anders. Ze was een fanatieke sporter en deed aan hardloopwedstrijden.
- Mentaal welbevinden:
Mevrouw heeft moeite om om te gaan met de verandering van de beenamputatie. Ze kan het nog lastig accepteren. Mevrouw heeft het gevoel om de controle kwijt te zijn en communiceert daardoor weinig met anderen vanwege onbegrip.
- Zingeving:
Mevrouw heeft een zoontje van 1 jaar en kan niet meer alleen zorg voor hem dragen. De buurvrouw neemt hem geregeld mee om mevrouw even rust te geven. De partner van mevrouw is kort geleden weggelopen omdat hij niet om kon gaan met de situatie en het te veel was voor hem.
- Kwaliteit van leven:
Ondanks alles geniet mevrouw wel van haar zoontje, maar vertrouwt zichzelf niet om alles alleen te doen. Niet alleen in het zorgen voor haar zoontje heeft mevrouw weinig zelfvertrouwen, maar ook in andere alledaagse dingen.
- Meedoen:
Mevrouw ging altijd naar een lotgenotengroep wat heel positief beviel, echter door geldgebrek gaat mevrouw niet meer. De buurvrouw komt geregeld langs om schoon te maken.
- Dagelijks functioneren:
Mevrouw was werkzaam als sportschoolinstructrice en hielp mensen om persoonlijke doelen op te stellen. Sinds de beenamputatie werkt mevrouw niet meer. Mevrouw vind het erg lastig om hulp te vragen en heeft weinig contact met haar eigen ouders.

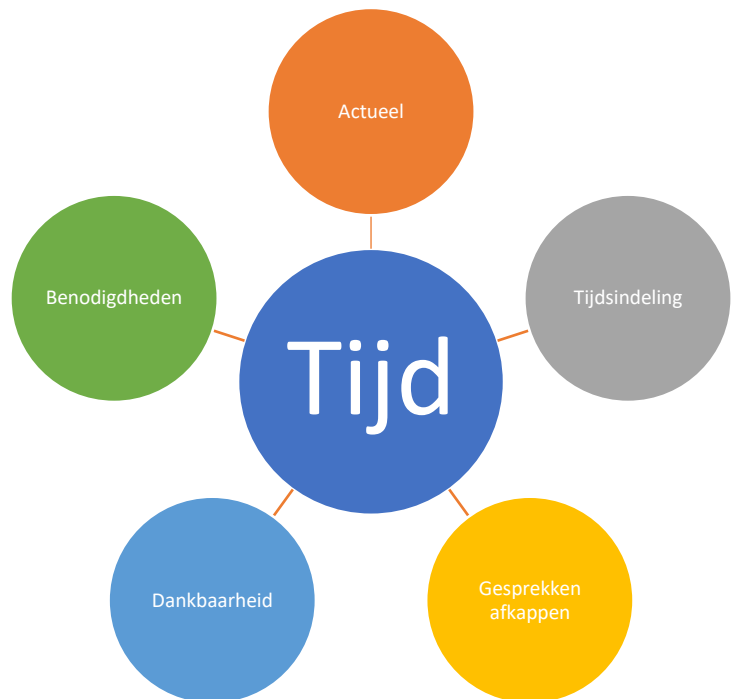
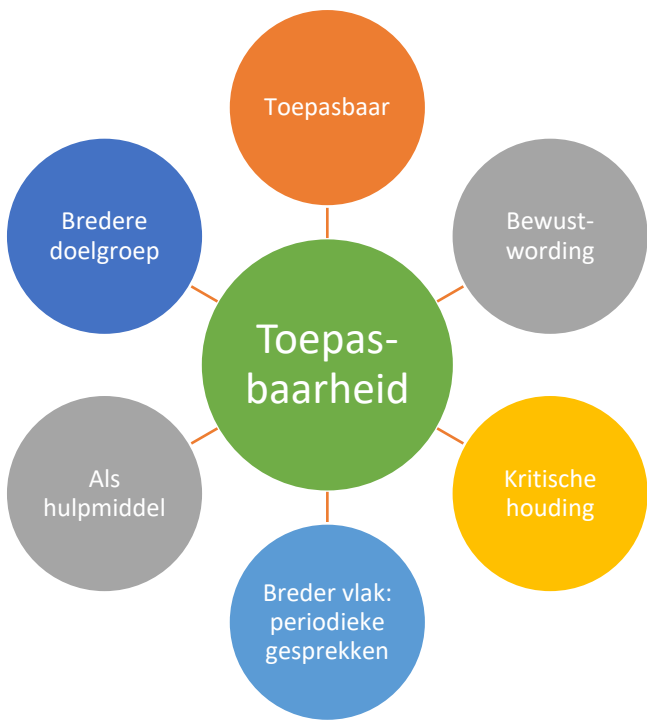
Bijlage D. Interview vragen

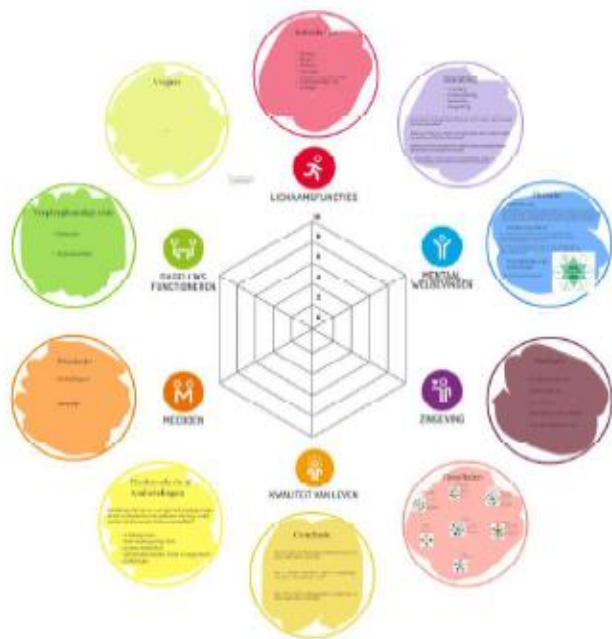
1. Wat vindt u van Positieve Gezondheid in de theorie?
2. Wat vindt u van Positieve Gezondheid in de praktijk? (makkelijk in gebruik?)
3. Welk(e) verschil(len) merkt u op in het werken met Positieve Gezondheid ten opzichte van uw andere werkmethodes?
4. Welke voordelen levert werken met Positieve Gezondheid op in de communicatie met de palliatieve patiënt?
5. Welke nadelen levert werken met Positieve Gezondheid op in de communicatie met de palliatieve patiënt?
6. Merkt de patiënt volgens u, verschil op in communicatie met de palliatieve patiënt? En heeft Positieve Gezondheid een toegevoegde waarde voor de patiënt?
7. Waarom is Positieve Gezondheid, volgens u goed toepasbaar of ontoepasbaar in de palliatieve zorg?
8. Zou u dit model aanraadden aan u collega's in de palliatieve thuiszorg?
9. Nog opmerkingen, aanvullingen?

Bijlage E. Mindmaps resultaten









Positief Gezond, doe je mee?

Kwalitatief onderzoek naar de toepasbaarheid van Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg



Maartje Timpers
Tamar Sebens
Lisanne Kotte

Introductie

- Inleiding
- Theorie
- Methode
- Conclusies
- Discussie & aanbevelingen
- Verpleegkundige visie
- Stellingen



Inleiding

- Aanleiding
- Probleemstelling
- Doelstelling
- Vraagstelling

Hoofdvraag: Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen bij het communiceren in de palliatieve thuiszorg, na het werken met het concept Positieve Gezondheid?

Deelvraag 1: Wat zijn, volgens verpleegkundigen, de voordelen/nadelen van werken met Positieve Gezondheid?

Deelvraag 2: Hoe is Positieve Gezondheid, volgens verpleegkundigen, toepasbaar in de palliatieve thuiszorg?

Deelvraag 3: Welk verschil merken verpleegkundigen, in communicatie, na werken met Positieve Gezondheid?



Theorie

Palliatieve zorg

Een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van mensen en hun naasten die lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard." (WHO, 2002)

Positieve Gezondheid

"Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken" (WHO, 2002)

"Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven" (Huber, 2014)

Verpleegkundige rollen Communicatie

Wat vindt iemand echt belangrijk?



EN

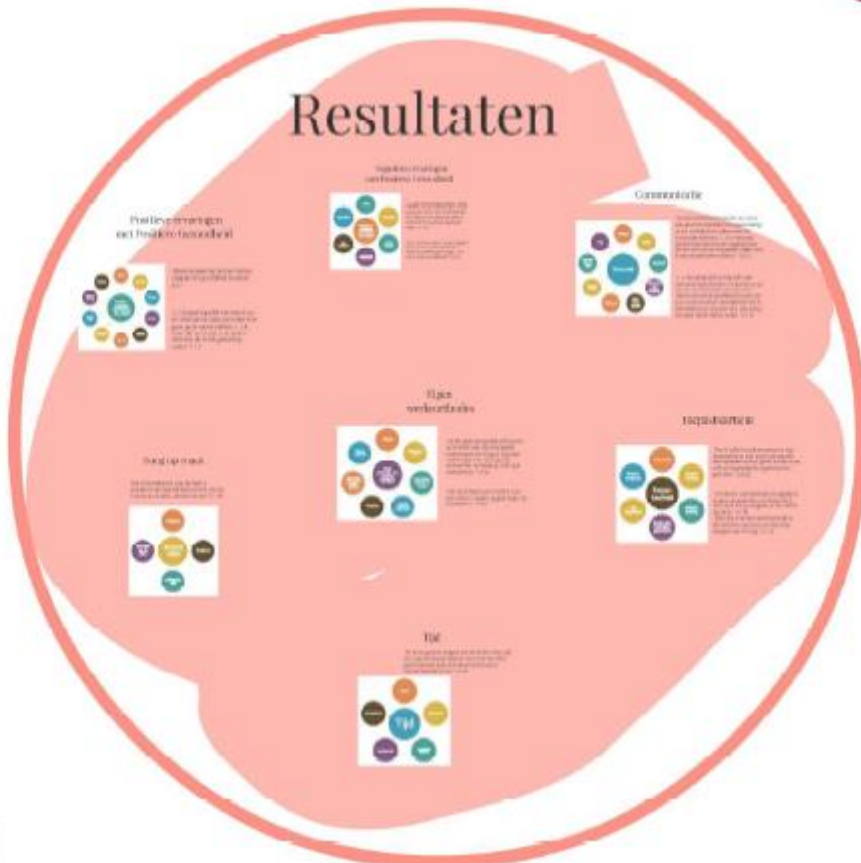


Methode

- Kwalitatief onderzoek
- Dataverzameling
- Data analyse
- Betrouwbaarheid & validiteit
- Ethische verantwoording



Resultaten



Positieve ervaringen met Positieve Gezondheid



"Mooie benadering van hoe mensen omgaan met gezondheid en ziekte."
4.1.1

"(...) hij gaat eigenlijk wat meer in op de mens van nu, door wat verder in te gaan op de sociale vlakken. (...) Ik miste dat een beetje in de andere theorieën die ik had geleerd op school." 1.1.3



Negatieve ervaringen met Positieve Gezondheid



"(...) het moet me eigen worden, hè het nadeel is nu dat ik gewoon het, ze niet goed weet, niet in mijn hoofd heb dus heel lullig van een papiertje afkijken. En dat wil ik me gewoon eigen gaan maken." 2.5.16

"Hij is heel mooi om d'r zo bij te hebben vind ik, maar je moet niet te veel meetinstrumenten gaan krijgen. Dan heb je teveel verschillende." 5.9.31



Communicatie



"Je komt dichterbij de patiënt van wat er nou speelt en niet alleen het oppervlakkige en het ziektebeeld en alleen maar de lichamelijke klachten, (...) en vooral die kwaliteit van leven en die zingeving enzo, dat zijn toch wel de belangrijke dingen vind ik voor de palliatieve cliënten." 5.6.21

"(...) uiteindelijk valt of staat alles met communicatietechnieken. En dan kan je de theorie van Machteld Huber of welke theorie dan ook zo goed kennen, maar als jij je communicatieve vaardigheden niet in beeld hebt en je empathie niet, dan kom je met geen enkele theorie verder." 4.3.12



Toepasbaarheid



"Dus ik wilde het ook meenemen in mijn teamoverleg en mijn team daar eigenlijk wat informatie over te geven. En dat ze dit echt als hulpmiddel heel goed kunnen gebruiken." 2.8.22

"Je hebt een soort leidraad om eigenlijk in te gaan op gesprekken op dingen als je vast staat kan je overgaan op iets anders zeg maar." 6.7.18

"Daar heb je wel heel veel kanten die je kan belichten zeg maar, niet heel lang doorgaan op één ding." 6.7.19



Eigen werkmethodes



"Ja, het geeft mij eigenlijk zicht op een soort blinde vlek. Dat ik bepaalde onderwerpen wel vroeg en bepaalde onderwerpen niet. Dus eigenlijk verbreed het een beetje je zicht of je werkmethode." 1.4.21

"Hier ga je dieper op de patiënt in en het contact is anders, je gaat dieper op de patiënt in." 5.3.6



Zorg op maat

"Ook in de palliatieve zorg, de cliënt is centraal en die mag zelf weten van hè, hoe die z'n leven in wil delen, laatste stuk dus." 3.7.28



Tijd

"Als je een gesprek aangaat met de cliënt in deze tijd van zorg dan loop je altijd uit. Dus als je ene cliënt goed in gesprek gaat, dan doe je de rest van je cliënten eigenlijk te kort." 1.5.24



Conclusie

Wat zijn, volgens verpleegkundigen, de voordelen/nadelen van werken met Positieve Gezondheid?

Hoe is Positieve Gezondheid, volgens verpleegkundigen, toepasbaar in de palliatieve thuiszorg?

Welk verschil merken verpleegkundigen, in communicatie, na werken met Positieve Gezondheid?



Eindconclusie & Aanbevelingen

Hoofdvraag: *Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen bij het communiceren in de palliatieve thuiszorg, na het werken met het concept Positieve Gezondheid?*

- Scholing/cursus
- Welk model past bij cliënt
- Bredere doeleinden
- Spinnenweb invullen (cliënt & zorgverlener)
- Koffiekopjes



Discussie

- Methodologisch
- Inhoudelijk



Stellingen

Stelling 1.

Hoe beter de communicatie, hoe beter de zorg op maat.

Stelling 2 :

Een goede zorgvrager kent zijn eigen Positieve Gezondheid.

Stelling 3 :

Als verpleegkundige ken ik de actuele zorgconcepten.

Stelling 4 :

Positieve Gezondheid is geen goede benaming voor in de palliatieve zorg.



Bronnen:

- Huber, M. A. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health*. Enschede: Ipskamp Drukkers. Opgehaald van <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/1486687/guid-ca35cef5-7513-4963-8666-dfed020b66ac-ASSET1.0>
- WHO. (2002). *Definitie WHO 2002*. Opgehaald van Palliatieve zorg: http://www.palliatievezorg.nl/page_867.html



Positief Gezond, doe je mee?

Met Positieve Gezondheid in de palliatieve thuiszorg

In te vullen door verpleegkundige:

Hierbij verklaar ik dat ik duidelijk ben ingelicht over het doel, aard, methode, belasting en eventuele risico's van het onderzoek.

Verder weet ik dat de gegevens en resultaten (=analyse) van het afgelegde interview anoniem en vertrouwelijk verwerkt zullen worden en aan derden (d.w.z. Stichting Agora en docenten van school) bekend gemaakt zullen worden. De vragen die ik mogelijk had zijn naar mijn tevredenheid beantwoord. De opgenomen interviews worden na het analyseren en coderen tot 1 juni 2018 bewaart. De transcripties en analyses van de interviews worden nog 5 jaar bewaart.

Ik stem geheel vrijwillig in met de deelname van dit onderzoek.

Naam verpleegkundige: _____

Datum: _____ Handtekening verpleegkundige: _____

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker(s):

Wij hebben mondelingen en/of schriftelijke toelichting gegeven over het onderzoek. Als de verpleegkundige nog vragen heeft zullen wij die zo goed mogelijk beantwoorden.

Naam onderzoeker(s): _____

Datum: _____ Handtekening onderzoekers: _____

Dit is een voorbeeld toestemmingsformulier, de originele documenten worden wegens privacy niet in dit verslag gedeeld.

Bijlage H. Zoekplan.

Zoekterm(en)	Database	Aantal treffers	Gelezen en gebruikte artikelen	Datum van zoeken
Positieve Gezondheid	Google Ecosia	11.900.000 654.000	Institute for Positive Health Positieve Gezondheid – Alles is gezondheid	18-09-2017 12-10-2017
Kwalitatief onderzoek	Google Vubis Catalogus (Viaa)	2.440.000	Wat is kwalitatief en kwantitatief onderzoek? Wat is onderzoek? (Nel Verhoeven) Dit is onderzoek (Ben baarda)	12-10-2017
Stichting Agora	Google	155.000	https://www.agora.nl	10-10-2017 12-10-2017
Palliatieve zorg	Google	65.800	http://www.palliatievezorg.nl	15-10-2017
Verloop palliatieve fase	Google	58.900	Vier fasen van palliatieve zorg Integraal Kankercentrum Nederland	15-10-2017
Palliatieve Verpleegkundige	Google	240.000	Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg	01-11-2017
Taken verpleegkundige thuiszorg	Google	137.000	Competentiebeschrijving voor verpleegkundigen in de thuiszorg	01-11-2017
Onderzoek	Vubis catalogus (Viaa)		Zo doe je een... onderzoek (Grit & Julsing) Dit is onderzoek. Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek. (Baarda) Onderzoek doen! Kwalitatief en kwantitatief onderzoek. (Fisher & Julsing) Wat is onderzoek. Praktijkboek voor methoden en technieken. (Verhoeven)	01-11-2017
Positive Health Huber	Google scholar	684.000	How should we define health	05-11-2017

Canmeds rollen verpleegkundige	Google	13.200	CanMEDS rollen V&VN kwaliteitsregister	05-11-2017
Wat is communicatie	Google	29.300.000	Wat is communicatie?	15-01-2018
Communicatie zorg	Google	19.100.000	Wat is communiceren in de zorg?	15-01-2018
Kwalitatief onderzoek	Vubis catalogus		Basisboek kwalitatief onderzoek (Baarda, de Goede & Teunissen) Kwalitatief interviewen, kunst én kunde (Evers) Inleiding Wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs (Jong, et al.)	22-01-2018
Klinische les	Google	1.190.000	Klinische lessen V&VN	22-01-2018
Validiteit interviews	Google	52.400	Validiteit in interviews	22-01-2018
Kwaliteitskader palliatieve zorg	Google	48.200	Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland	03-04-2018
Steekproef onderzoek	Google	2.440.000	De steekproef in je scriptie De steekproeftrekking en de selectie van respondenten in commercieel kwalitatief onderzoek	05-04-2018
Diepte interviews	Google	652.000	Diepte interview (Alles over marktonderzoek)	10-05-2018
Diepte interviews focusgroep	Google	38.500	Inzicht krijgen in de user journey: focusgroep, diepte-interview of allebei?	10-05-2018
Towards a new dynamic concept of health Huber	Google scholar	2	Towards a new dynamic concept of health	20-06-2018
Palliative caregiver	Google	11.600.000	The palliative caregiver	20-06-2018
Communication in health care	Ecosia	79.900.000	Communication in healthcare	20-06-2018
	Pacific standard	1	We aren't the world	20-06-2018
Qualitative research	Ecosia	16.600.000	Qualitative research guidelines project (Cohen & Crabtree, 2006)	20-06-2018
Ecological validity	Google	17.400.000	Definition of ecological validity	20-06-2018
Werken met positieve gezondheid	Google	7.970.000	Werken met positieve gezondheid brengt persoonsgerichte zorg	21-06-2018
Interviews coderen	Google	28.200	Hoe interviews te coderen	21-06-2018
Content validity	Google	95.800.000	Content validity definition	03-07-2018

	<ul style="list-style-type: none"> - Lianne: <ul style="list-style-type: none"> • Theoretisch kader, haar deel. • Methodologie haar deel - Tamar: <ul style="list-style-type: none"> • Lay-out verslag • Theoretisch kader en methodologie als een geheel 		5:00 5:00
30-11-2017	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreken wat er is gedaan en als een geheel maken. 	<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeksplan (concept) besproken en als één geheel gemaakt. 	2:00 X3 6:00
5-01-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeksplan aangepast met de gekregen feedback. - Maartje stukje eigen regie - Lianne algemene lay-out 	<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeksplan opnieuw inleveren - Kijken welke organisaties al werken met Positieve Gezondheid - Gesprek Marian Harink 	2:15 1:30 1:30
22-01-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Marian Harink over onderzoeksplan - Gekeken welke organisaties werken met Positieve Gezondheid. 	<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeksplan aanpassen - Miltje van Marian Harink afwachten en actie ondernemen daarop 	2:00 X2 4:00
25-01-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Met elkaar gezeten, het gesprek van 22-01 besproken met elkaar. - Examencommissie gemaild. - Marian Harink gemaild voor nog weer een gesprek (methode). - Verpleegkundigen van Icare (via Sandrina Sangers) gemaild. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Marian Harink - Onderzoeksplan aanpassen. 	2:00 X3 6:00
29-01-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Met Marian Harink in gesprek over vervolg van het afstudeerproject. - Miltjes gestuurd naar organisaties en Sandrina Sangers 	<ul style="list-style-type: none"> - Miltjes afwachten - Onderzoeksplan aanpassen - Theorie: diepte interviews - 	1:30 X2 3:30
05-02-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gewerkt aan onderzoeksplan (vernieuwde hoofdvraag). - Onderzoeksplan aangepast en opgestuurd naar Marian Harink. - Gesprek met Marian Harink over hoofdvraag en deelvragen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wat voor informatie willen we geven bij de klinische les. - Wat willen we vragen bij de evaluatie interviews - Organisaties (opnieuw) terug mailen 	7:15 X3

	<ul style="list-style-type: none"> - Literatuur opgezocht voor onderzoeksplan. - Gereageerd op mailtjes van organisaties die meer informatie wilden. - Planning gemaakt voor komende periode. 		21:45
14-02-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Meer organisaties opgezocht en gemaïld. - Gereageerd op organisaties als ze hebben gemaïld. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 05-02-2018 	1:0 X2 2:00
19-02-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Reageren op positieve mailtjes en antwoord geven op vragen die daarin gesteld zijn. - Opzet gemaakt klinische les over Positieve Gezondheid. - Opzet aanvraag 3^{de} kans. 	<ul style="list-style-type: none"> - Workshops. - Gesprek met Wies Wagenaar - Verder met opzet klinische les. - Tussentijdse mails. 	2:30 X3 7:30
21-02-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Workshop interview training. - Gesprek met Wies Wagenaar van Netwerk Palliatieve Zorg. - Uitprinten van onderzoeksplan voor gesprekken. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verder met klinische les - Gesprek met Mevrouw Timmens van Pluszorg voor verduidelijking van onderzoek. - Tussentijdse mails. 	2:30 X2 5:00
22-02-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Mevrouw Timens van Pluszorg. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 21-02 	4:00 X2 8:00
26-02-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Feedbackpunten in verslag gezet. - Takenverdeling voor aanpassen verslag. - Gesprek en terugkoppeling over gesprekken met Wies Wagenaar en Mevrouw Timens. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verwerken van feedbackpunten Marian Harink en Aliza Damsma. - Zie 21-02 	4:00 X3 12:00
28-02-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Feedbackpunten verwerkt. * Tamar > Inleiding * Lianne > methode 2.2/2.4/2.5/2.6/2.8, topiclijst * Maartje > Theoretisch kader en Methode 2.1/2.3 - Elkaars punten gelezen en van feedback voorzien 	<ul style="list-style-type: none"> - Eén geheel maken van verslag. - Gesprek met M. Harink. 	3:00 2:30 4:15
03-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Alles als een geheel maken en bronnen van footnotes naar APA normen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met M. Harink 	2:15 X3

	<ul style="list-style-type: none"> - Elkaar voorzien van feedback. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verslag doornemen en de feedback van elkaar verwerken. - Verder met opzet klinische les. - Brief maken voor ondertekening verpleegkundigen. 	6:45
05-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Marian Harink. - Doorpraten hoe verder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verslag doorgenomen. - Verder met opzet klinische les. - Brief/contract maken/opstellen die verpleegkundigen moeten ondertekenen als toestemming voor deelname aan het onderzoek. 	1:00 X2 2:00
07-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Verslag doorgenomen. - Verder met opzet klinische les. - Sandrina bellen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Laatste stukjes van verslag: <ul style="list-style-type: none"> • Verzadiging • Layout (subkopjes) • Klinische les > theorie en methode • Tijdsontbouw • Validiteit - Beoordelingsformulieren van Marian en Aliza bij langs gaan. - Klinische les - Brief/contract maken/opstellen die verpleegkundigen moeten ondertekenen als toestemming voor deelname aan het onderzoek. 	4:00 X3 12:00
08-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Laatste stukjes - Brief/contract maken/opstellen die verpleegkundigen moeten ondertekenen als toestemming voor deelname aan het onderzoek. 	Zie 07-03-2018	2:00 X3 6:00
12-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gekeken naar het onderzoeksplan en laatste dingen aangepast. - Beoordelingsformulieren bij gedaan. - Klinische les. - Takenverdeling voor klinische les. - Begroting voor Agora gemaakt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Achter organisaties aan bellen. - Hand out klinische les. - Informatiebrief opstellen. 	4:00 X3 12:00

14-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Eigen deel van klinische les uitwerken. - Contact met verschillende organisaties. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les geven. - Proef interviews doen. 	1:00 X2 2:00
15-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Esther van Ander Zorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 14-03-2018 	1:15 X2 2:30
22-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Organisaties bellen en mailen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 14-03-2018 - Gesprek met Edith van SXB. 	0:30
26-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Workshop: kwalitatieve analyse - Gesprek met Marian Harink. - Organisaties gemaïld en gebeld. - Mensen van school gemaïld. - FB berichtje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 14-03-2018 - Reageren op mailtjes. 	3:30 X2 7:00
29-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - In gesprek met elkaar over hoe verder (nav mailtje Sandrina op 29-03-2018). - SLB'ers gemaïld voor gesprek. - Marian Harink gemaïld voor gesprek. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les geven. - Proef interviews doen. 	1:00 X3 3:00
30-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Oostloorn voor eventuele verpleegkundigen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les geven. - Proef interviews doen. - Mails naar verpleegkundigen via Oostloorn - Gesprek met Marian Harink - Gesprek met SLB'ers 	3:30
31-03-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gemaïld naar verpleegkundigen van Oostloorn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les geven. - Proef interviews doen. - Gesprek met Marian Harink - Gesprek met SLB'ers 	0:15
03-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Verslag aangepast n.a.v. feedback Oostloorn. - SLB'ers gemaïld. - Mails beantwoord 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les geven. - Proef interviews doen. - Gesprek met Marian Harink - Gesprek met SLB'ers 	2:30 X3 7:30
04-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Workshop: schrijven van onderzoeksverslag - Gesprek met Marian Harink - Schriftelijke interviews concept gemaakt. - Sandrina gebeld. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met SLB'ers - Organisaties mailen met schriftelijke interviews. - Gesprek Sandrina. 	3:30 X2 7:00
06-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Sandrina over omgooien plan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met SLB'ers - Organisaties mailen met schriftelijke interviews. 	4:00 X2 8:00

07-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Vanuit logboek contactmomenten op rijtje gezet. - Vragenlijst digitaal maken 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met SLB'ers - Organisaties mailen met schriftelijke interviews. 	0:30
10-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek SLB'ers - Overzicht Plan B - Doorgepraat over afstuderen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftelijke interviews digitaliseren > survey monkey - Begroting maken 	2:30 X3 7:30
11-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Marian - Verpleegkundigen gemaïld + datumprikker - Sandrina gemaïld 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les voorbereiden en geven - Interviews plannen - Concept onderzoeksplan deze week inleveren - Gesprek met Marian op 18 april. 	1:30 X3 4:30
18-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Marian over concept. - Takenverdeling gemaakt voor aanpassen concept. - Voice recorder geregeld (ophalen op 25-04) 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les voorbereiden en geven - Interviews plannen 	2:45 X3 8:15
20-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Laatste punten van onderzoeksverslag aangepast. - Onderzoeksverslag ingeleverd. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les voorbereiden en geven - Interviews plannen 	1:00 X3 3:00
23-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Voorbereiden klinische les. - Klinische les gegeven bij Oostloorn. - Gemaïld naar Carintreggeland. - Mailtje naar SXB-groep voor inschrijven voor interviews. <ul style="list-style-type: none"> • C en M in week 20 i.v.m. vakantie • E in week 19 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les voor Carintreggeland geven. - Interviews plannen met Carintreggeland. - Beginnen met onderzoeksverslag 	7:00 X2 14:00
24-04-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews gepland. - Klinische les gepland met Carintreggeland. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les geven voor Carintreggeland. - Interviews plannen met Carintreggeland. - Beginnen onderzoeksverslag. 	0:30 X2 1:00
01-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische les bij Carintreggeland. - Interviews gepland van Carintreggeland. - Planning doorgenomen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews houden met SXB-groep en Carintreggeland. - Proefinterview afnemen. - Beginnen onderzoekverslag 	5:30 X3 16:30
03-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Proefinterview gedaan. - Mailtje voor SXB voor interview. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interview SXB Edith afnemen. - Transcriberen van interview. - Beginnen onderzoeksverslag 	1:30 X3

	- Blokcoördinator gemaïld.		4:30
07-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Eerste interview afgenomen. - Transcriberen van interview - Afspraken gemaakt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interview 1 coderen, analyseren. - Interview 2 en 3 afnemen. - Transcriberen, coderen, analyseren van interview 2 en 3 - Gesprek plannen met Sandrina - Marian mailen - Begin eindverslag 	5:30 X3 16:30
08-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Interview 1 check transcriptie - Start met fragmentatie - Esther gemaïld voor tips fragmenteren. - Sandrina gemaïld - Marian gemaïld. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interview 1 coderen, analyseren. - Interview 2 en 3 afnemen. - Transcriberen, coderen, analyseren van interview 2 en 3 - Begin eindverslag 	3:15 X3 9:45
14-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Interview 2 gedaan. - Gesprek met Carriene. - Mail naar andere verpleegkundigen dat interview niet één uur duurt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interview 1 coderen, analyseren - Interview 2 transcriberen, fragmenteren. - Interview 3 en 4 afnemen - Begin eindverslag 	3:15 X3 9:45
15-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Skype afspraak met Sandrina - Overleg gesprek Carriene. - Transcriberen en start fragmenteren interview 1 en 2 	- Zie 14-05-2018	7:00 X3 21:00
18-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Verder met fragmenteren interview 1 en 2 - Gemaïld met Marian 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 14-05-2018 - Interview 5 afnemen - Gesprek met Marian 	2:00 X2 4:00
23-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Interview 3, 4 en 5 afgenomen. - Gesprek met Marian. - Gesprek studentenzaken over vervolg. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interview 6 en 7 afnemen. - Transcriberen, fragmenteren, coderen, analyseren. 	7:00 X3 21:00
25-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Interview 6 en 7 afgenomen. - Gestart met transcriberen etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verder met transcriberen, fragmenteren, coderen, analyseren, labelen. - Start eindverslag 	4:30 X2 9:00
29-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Planning gemaakt voor komende periode tot eind. - Transcriberen en fragmenteren - Start eindverslag 	<ul style="list-style-type: none"> - Samen zitten en start labelen. - Verder met labelen - Verder met eindverslag 	1:30 X3 4:30
Week 20-22	<ul style="list-style-type: none"> - Transcriberen, fragmenteren eerste deel 	<ul style="list-style-type: none"> - Tamar - Lianne - Maartje 	8:00 8:15 9:45

31-05-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Samen gekeken naar het labelen. - Verder met eindverslag - Gesprek met Examencommissie - Marjanne gemaild met nieuwe planning. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verder met interviews: <ul style="list-style-type: none"> • Transcriberen • Fragmenteren • Labelen • Coderen 	2:00 X3 6:00
05-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - NIEUWE DOCENT: Kennismakingsgesprek met Marjanne. Ons onderzoek uitgelegd. - Sandrina gemaild over eindpresentatie. - Checken van elkaars fragmenten. - Labelen in twee tallen (interview 1 en 6). - Vragen/update naar Marjanne gemaild 	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundigen mailen met uitwerking die ondertekent moet worden en de vraag over demografische gegevens. - Verder met labelen en checken van elkaars fragmenten (interview 2, 3, 4, 5). - Thema's van de labels maken. 	5:00 X3 15:00
06-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Labelen interviews 2, 3, 4, 5 - Begin met labels ordenen en thematiseren 	<ul style="list-style-type: none"> - Labels ordenen en thematiseren - Verpleegkundigen mailen met presentatie datum en vragen over demografische gegevens. 	6:00 X3 18:00
07-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Labels ordenen 	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundigen mailen met presentatie datum en vragen over demografische gegevens. - Starten met schrijven onderzoeksverslag: <ul style="list-style-type: none"> • Tamar > H1 • Lianne > H2 • Maartje > H3 Daarna elkaar checken en feedback geven. 	2:00 X3 6:00
12-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Start met schrijven onderzoeksverslag: <ul style="list-style-type: none"> • Tamar > H1 • Lianne > H2 • Maartje > H3 - Gesprek met Marjanne - Labels met citaten koppelen - Start met schrijven discussie - Marjanne mailen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundigen mailen met presentatie datum en vragen over demografische gegevens. - Labels en citaten groeperen. - Sandrina mailen. 	5:30 X3 16:30
14-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Labels en citaten gegroepeerd. Op tafel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundigen mailen met presentatie datum en vragen over demografische gegevens. - Sandrina mailen. - Verder met H1 – H3 	5:30 X3 16:30

		- Uittypen van thema's en citaten	
17-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Uittypen van thema's en citaten. - Onderzoeken over Positieve Gezondheid gezocht en doorgenomen. - H2 in voltooide tijd. 	- Zie 14-06-2018	9:00 X3 27:00
18-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - H1 deels in de voltooide tijd. - H2 af in voltooide tijd. - H1 verder in voltooide tijd - H3 verder met voltooide tijd. - Verpleegkundigen gemaïld met de vraag over demografische gegevens en de vraag of ze willen kijken naar de transcripties en labels/fragmenten of deze kloppen. - Presentatie bijgewoond om inzicht te krijgen hoe goed resultaten e.d. te presenteren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Marjanne mailen voor gesprek n.a.v. concept. - Prioriteren van thema's - H1 – H3 in voltooide tijd 	3:30 X3 10:30
19-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriteren van thema's - H1 en H3 verder in voltooide tijd. - Marjanne gemaïld met update en gevraagd voor een afspraak. 	<ul style="list-style-type: none"> - H1 – H3 verder voltooide tijd. - Resultaten verwerken van thema's 	4:15 X3 12:45
20-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - H3 verder in voltooide tijd. 	- Zie 19-06-2018	2:00
21-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaten verwerken van thema's - Marjanne gemaïld met vraagje. 	<ul style="list-style-type: none"> - H1-H3 in voltooide tijd (23-06 af!) - Verder met resultaten verwerken van thema's. 	5:30 X3 16:30
22-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Resultaten verwerkt in thema's - H2 en H3 verder in voltooide tijd. - Marjanne gemaïld voor afspraak na 26-06-2018. 	- H1-H3 in voltooide tijd (23-06 af!)	2:15 X3 6:45
23-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - H1 af in voltooide tijd - H2 af in voltooide tijd - H3 af in voltooide tijd 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle losse stukken één geheel maken. - Wordwebs maken? - Start met presentatie. - Skypen met Sandrina. 	1:00 2:00 1:30
25-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Elkaar gecontroleerd op voltooide tijd. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concept inleveren (26-06-2018). - Verder met onderzoeksverslag 	7:15 X3

	<ul style="list-style-type: none"> - Maartje (3.1, 3.2, 3.3 + resultaten en bijlagen) - Start met presentatie. 		
29-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback van Marjanne doorgenomen en eigen delen begonnen met aanpassen: <ul style="list-style-type: none"> • Tamar (H1 + resultaten, conclusie) • Lianne (H2 + (3.7, 3.8, discussie) • Maartje (3.1, 3.2, 3.3 + 3.6-3.10) en bijlagen en verpleegkundige visie). Poster maken voor presentatie. - Verder met presentatie, geoefend wat we willen zeggen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie af! - Verder met aanpassen 	<p>5:00</p> <p>6:00</p> <p>6:30</p>
30-06-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback van Marjanne doorgenomen en eigen delen begonnen met aanpassen: <ul style="list-style-type: none"> • Lianne (H2 + (3.7, 3.8, discussie) • Tamar mindmaps • Maartje (3.1, 3.2, 3.3 + 3.6-3.10) en bijlagen en verpleegkundige visie) - Stukjes presentatie uitschrijven/oefenen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie oefenen. - Verder met aanpassen. - Gesprek met Marjanne. 	<p>2:00</p> <p>1:00</p> <p>1:45</p>
01-02-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundige visie uitschrijven. - Poster afmaken. - Start onderzoeksplan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 30-06-2018 	<p>3:30</p> <p>X2</p> <p>7:00</p>
02-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie oefenen. - Laatste dingen aanpassen. - Cadeautje opgehaald voor opdrachtgever en begeleidend docent. - Elkaar van feedback voorzien. - Laatste onderdelen van verslag gemaakt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Marjanne. - Eindpresentatie presenteren in Bunnik!! - Laatste puntjes verslag - Verslag inleveren. 	<p>5:30</p> <p>X3</p> <p>+</p> <p>2:00</p> <p>+</p> <p>4:00</p> <p>+</p> <p>3:00</p> <p>25:30</p>
03-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprek met Marjanne. - Presentatie geoefend. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verslag laatste dingen. - Reflectie verslag - Tip: Onderzoeksverslag opsturen naar: 	<p>8:00</p> <p>X3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie gegeven in Bunnik + evaluatie van proces. 	<ul style="list-style-type: none"> • IPH • Machteld Huber • Respondenten • HBO kennisbank 	24:00
04-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Verder met laatste punten verslag. - Elkaar gecontroleerd en voorzien van feedback. - Gevraagd of 3^{de} partijen willen controleren. - Gemaild naar Marjanne en Aliza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback van Sandrina verwerking. - Feedback Marjanne op app verwerken. - Examencommissie mailen! - Controle door derde partij: <ul style="list-style-type: none"> • Bauke • Ingrid • Jitske • Lieneke • Erna 	5:30 X3 16:30
05-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Summary geschreven en verkregen via feedback verwerkt. - Lay-out gemaakt van verslag. - Laatste punten discussie, conclusie, aanbevelingen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback van Sandrina verwerking. - Feedback Marjanne op app verwerken. - Examencommissie mailen. 	1:15 3:00
06-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback verwerkt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 05-07-2018 	2:30 3:00
07-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback verwerkt 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 05-07-2018 	1:00 3:00
08-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback verwerkt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 05-07-2018 	1:00 1:00
09-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Gegeven feedback van elkaar verwerkt. - Puntjes op de I voor het verslag. - Rondgevraagd om kritisch te kijken naar ons verslag. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zie 05-07-2018 	1:15 3:00 5:30
10-07-2018 Op school	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback van Sandrina en Marjanne verwerkt. - Examencommissie gemaild. - Laatst dingen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verslag inleveren! 	6:00 X3 18:00
10-07-2018 Individueel	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback van elkaar verwerken en puntjes op de i <ul style="list-style-type: none"> • M + logboek bijwerken • L • T 		4:30 4:30 5:30
11-07-2018	<ul style="list-style-type: none"> - Lay-out van het verslag. - Verslag geprint en ingeleverd bij beide docenten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cijfer afwachten. - Chillen 	4:00 X3 12:00

Bijlage J. Beoordelingsformulier onderzoeksplan

Beoordelingsformulier onderzoeksplan afstudeerproject (herkansing)

Studenten Maartje Timpers, Lianne Kotte, Tamar Sebens		Onderwerp Zorg voor Communicatie (palliatieve zorg)	
RUBRICS			
	(Zeer) Onvoldoende	Voldoende	Goed
Titelblad	-De titel dekt de inhoud niet OF -Persoonlijke gegevens ontbreken	-De titel dekt de inhoud EN -Persoonlijke gegevens zijn aanwezig en volledig	-De titel dekt de inhoud, is pakkend en/of is creatief EN -Persoonlijke gegevens (naam + klas student(en), docent, opdrachtgever(s), datum) aanwezig en volledig
Inhoudsopgave	-Hoofdstukindeling is onduidelijk OF -Hoofdstukindeling is onvolledig en/of ontbreekt OF -Hoofdstuknummering ontbreekt OF -Paginanummering ontbreekt	-Hoofdstukindeling is aanwezig EN -Verplichte kopjes zijn aanwezig EN -Hoofdstuknummering is aanwezig EN -Paginanummering is aanwezig	-Hoofdstukindeling is helder en overzichtelijk EN -Verplichte kopjes (schuingedrukt bij alle rubrics onderdelen) zijn aanwezig EN -Hoofdstuknummering aanwezig (max. 3 niv.) EN -Paginanummering heeft verzorgde lay-out
Hoofdstuk 1: Inleiding (2-4 blz)	-De <i>aanleiding</i> tot dit onderzoek ontbreekt en/of is onvolledig -Het onderwerp/probleem dat ten grondslag ligt aan het onderzoek (<i>probleemstelling</i>) ontbreekt of is eenzijdig -De <i>relevantie met betrekking tot het verpleegkundig beroep</i> ontbreekt of is oppervlakkig -De <i>relatie met het thema Mensgerichte zorg</i> ontbreekt of is oppervlakkig -De <i>vraagstelling</i> ontbreekt of is onduidelijk -Deelvragen ontbreken of missen samenhang met de hoofdvraag -De <i>doelstelling</i> ontbreekt of sluit niet aan bij de aanleiding	-De <i>aanleiding</i> tot dit onderzoek is aanwezig en duidelijk EN -Het onderwerp/probleem dat ten grondslag ligt aan het onderzoek (<i>probleemstelling</i>) is aanwezig en duidelijk EN -De <i>relevantie met betrekking tot het verpleegkundig beroep</i> is voldoende diepgaand beschreven d.m.v. minimaal 1 bron EN -De <i>relatie met het thema Mensgerichte zorg</i> is voldoende diepgaand beschreven EN -Er is een duidelijke <i>vraagstelling</i> EN -Indien van toepassing: deelvragen zijn aanwezig en hebben voldoende samenhang met de hoofdvraag EN -De <i>doelstelling</i> is aanwezig	-De <i>aanleiding</i> tot dit onderzoek is aanwezig, geeft urgentie weer, is actueel (bron) en heeft een logische volgorde (trechtervorm) EN -Het onderwerp/probleem dat ten grondslag ligt aan het onderzoek (<i>probleemstelling</i>) is logisch op grond van aanleiding en complex en/of innovatief EN -De <i>relevantie met betrekking tot het verpleegkundig beroep</i> is diepgaand en overtuigend beschreven, er is verbinding gemaakt met de beroepscode of het –profiel EN -De <i>relatie met het thema Mensgerichte zorg</i> is diepgaand en overtuigend beschreven EN -De <i>vraagstelling</i> is goed geformuleerd en volledig EN -Deelvragen leiden op methodische wijze tot beantwoording van de hoofdvraag EN

	(wanneer 2 van bovenstaande punten gelden > inleiding is onvoldoende)		-De doelstelling is overtuigend en gericht op het praktijkprobleem
Feedback	De aanleiding is de nieuwsgierigheid van Agora, maar naar wat precies blijft vaag. Meerwaarde op kwaliteit, volgens verpleegkundigen, volgens patiënten, aan mensgerichte zorg (trouwens geen enkele bron genoemd die direct gaat over mensgerichte zorg...)? Ook de doelstelling blijft hierdoor vaag. Ik begrijp dat kennis over positieve gezondheid ze helpt in hun rol als communicator (hoe, waarom is dit zo?), en daarna gaan jullie ze iets vragen over de voordelen, maar hoe zien jullie ‘werken met positieve gezondheid’ dan voor je? De deelvragen hadden jullie best kunnen bundelen (voor en nadelen in 1; verschillen –positief en negatief- in de laatste. Eerste 4 weken nu 2 weken de tijd tussen de les en de interviews→ heeft dit echt geen invloed?		
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader (5-10 blz)	-Toelichting van belangrijke begrippen en theorieën ontbreekt/is onvolledig OF -Er is geen of een onvolledige beschrijving van wat er al bekend is m.b.t. de hoofdvraag a.d.h.v. actuele literatuur (een theoretische analyse van het praktijkprobleem) OF -Er wordt onvoldoende koppeling gemaakt tussen besproken literatuur en probleemstelling in het onderzoek OF -Literatuur wordt onsamenhangend/ opsommend weergegeven of is eenzijdig en onvoldoende actueel OF -Er is geen (inter)nationale oriëntatie in gebruikte literatuur.	-Toelichting van belangrijke begrippen en theorieën aanwezig EN -Er is een beschrijving van wat er al bekend is m.b.t. de hoofdvraag a.d.h.v. actuele literatuur (een theoretische analyse van het praktijkprobleem) EN -Het verband tussen literatuur en probleemstelling in het onderzoek wordt aangegeven EN -Literatuur is actueel en wordt samenhangend weergegeven EN -Nationale en internationale vakliteratuur wordt besproken op grond van literatuur search (met zoekplan in bijlage).	-Toelichting van belangrijke begrippen en theorieën is volledig en goed omschreven EN -Er is een volledige en adequate beschrijving van wat er al bekend is m.b.t. de hoofdvraag a.d.h.v. actuele literatuur (een theoretische analyse van het praktijkprobleem) EN -Er is een logisch verband tussen literatuur en probleemstelling in het onderzoek EN -De bruikbaarheid en betekenis van de besproken literatuur in relatie tot de praktijk en (de aanpak van) het praktijkonderzoek wordt helder gemaakt EN -Relevante, actuele en diverse nationale en internationale vakliteratuur wordt kritisch en in samenhang besproken.
Feedback	Soms dubbel, en in tekst en in tabel of afbeelding. Niet nodig. Het theoretisch kader zegt niets over de inhoud van de klinische les en de link van PG met de rol van Communicator, of wat er dan precies wordt aangeleerd ('wat handvatten'). Dit wordt pas op blz 20 duidelijk...		
Hoofdstuk 3: Methode (5-10 blz)	-De methode voor dataverzameling wordt niet of onvoldoende onderbouwd en levert naar verwachting onvoldoende valide, betrouwbare resultaten op -De populatie/steekproef wordt niet of onjuist verantwoord. -De operationalisering is niet of niet stap voor stap beschreven; het onderzoek is niet te repliceren.	-De dataverzamelingmethode wordt onderbouwd met literatuur en levert naar verwachting valide, betrouwbare resultaten op EN -De populatie/steekproef wordt onderbouwd op representativiteit, willekeurigheid en/of grootte EN -De operationalisering is beschreven; het is grotendeels duidelijk hoe en waar de informatie verzameld wordt om de onderzoeksvragen te beantwoorden EN	-De methode voor dataverzameling wordt gedegen onderbouwd met literatuur en levert naar verwachting valide, betrouwbare en bruikbare resultaten op EN -De populatie/steekproef wordt overtuigend onderbouwd op representativiteit, willekeurigheid en grootte EN -De operationalisering is duidelijk beschreven; het onderzoek is te repliceren: het is volledig duidelijk hoe en waar de informatie verzameld

	<p>-Het meetinstrument wordt niet gelinkt aan literatuur uit Hoofdstuk 1 of 2.</p> <p>-De gebruikte <i>data-analyse</i> wordt niet duidelijk verantwoord.</p> <p>-De onderzoeksmethodiek is niet transparant (<i>betrouwbaarheid</i>) en verkrijgt niet die data die dient te worden verkregen (<i>validiteit</i>).</p> <p>-<i>Ethische verantwoording</i> ontbreekt of wordt onvoldoende gewaarborgd. (wanneer 2 van bovenstaande punten gelden > methode is onvoldoende)</p>	<p>-De beschrijving van het meetinstrument refereert naar literatuur uit Hoofdstuk 1 of Hoofdstuk 2 EN</p> <p>-De gebruikte <i>data-analyse</i> wordt verantwoord vanuit literatuur (kwali- en/of kwantitatief) EN</p> <p>-Er wordt aangegeven hoe de <i>betrouwbaarheid</i> en <i>validiteit</i> gewaarborgd wordt (vanuit de literatuur) EN</p> <p>-In de <i>ethische verantwoording</i> is beschreven op welke wijze is gewaarborgd dat het onderzoek verantwoord is en de belangen van alle betrokkenen bewaakt.</p>	<p>wordt om de onderzoeksvragen te beantwoorden EN</p> <p>-De gebruikte <i>data-analyse</i> wordt overtuigend onderbouwd (met literatuur) EN</p> <p>-De onderzoeksmethodiek is transparant (<i>betrouwbaarheid</i>) en verkrijgt die data die dient te worden verkregen (<i>validiteit</i>), en is onderbouwd met literatuur EN</p> <p>-In de <i>ethische verantwoording</i> wordt concreet op welke wijze is gewaarborgd dat het onderzoek verantwoord is en de belangen/rechten van alle betrokkenen bewaakt.</p>
Feedback	<p>De doelgerichte steekproef is op zich duidelijk, hoe jullie er aan gaan komen niet, 2 organisaties? Wie kiest? Aanschrijven via mail? Er blijven veel vragen open...</p> <p>Vooraf het stuk over validiteit leest alsof jullie niet goed beseffen wat de consequenties zijn voor je onderzoek als je claimt bij een kwalitatief onderzoek te zeggen dat er sprake is van constructvaliditeit. Dit is een bescheiden onderzoek, je moet dan ook een niet te grote broek aantrekken.</p> <p>Jullie hebben nu twee weken genomen, dit is noodzaak. Maar heeft wrs. wel consequenties? Goed om bij de interviews concreet te horen op welke manier de verpleegkundigen gewerkt hebben met PG. Een van de eerste vragen kan dan zijn: hoe en wanneer is PG ter sprake gekomen in de afgelopen periode.</p>		
Overig	<p>-Een <i>tijdschema</i> ontbreekt of is niet realistisch.</p> <p>-Er is geen beschrijving van een taakverdeling en/of samenwerkingsafspraken.</p> <p>-Maand van <i>presentatie</i>, genodigden en locatie ontbreken in beschrijving</p> <p>-Er is geen beschrijving van <i>randvoorwaarden</i> en de <i>haalbaarheid</i> of uitvoerbaarheid van het onderzoek</p> <p>-Relevante <i>bijlagen</i> ontbreken. (wanneer 2 van bovenstaande punten gelden > 'overig' is onvoldoende)</p>	<p>-Er wordt een realistisch <i>tijdschema</i> beschreven EN</p> <p>-<i>Samenwerkingsafspraken</i> en een taakverdeling worden beschreven EN</p> <p>-Aangegeven wordt wanneer, waar of voor wie het onderzoek wordt gepresenteerd (<i>presentatie</i>) EN</p> <p>-<i>Randvoorwaarden</i> en <i>haalbaarheid</i> of uitvoerbaarheid van het onderzoek worden beschreven EN</p> <p>-Relevante <i>bijlagen</i> zijn bijgevoegd (verplicht: ingevuld beoordelings-formulier andere studentgroep, zoekplan literatuur; indien van toepassing: bv. kopie toestemming instelling)</p>	<p>-Er is een realistisch <i>tijdschema</i> in figuur of tabel m.b.t. het onderzoek EN</p> <p>- <i>Samenwerkingsafspraken</i> en een taakverdeling worden controleerbaar beschreven EN</p> <p>-Aangegeven wordt wanneer, waar en voor wie het onderzoek wordt gepresenteerd (<i>presentatie</i>), met een pr plan EN</p> <p>-Logische <i>randvoorwaarden</i> worden beschreven, naast realistische beschrijving van <i>haalbaarheid</i> en <i>uitvoerbaarheid</i> van het onderzoek EN</p> <p>-Relevante en belangrijke <i>bijlagen</i> zijn bijgevoegd (verplicht: ingevuld beoordelings-formulier andere studentgroep, zoekplan literatuur; indien van toepassing: kopie toestemming instelling, meetinstrument, etc.)</p>

Feedback	Jullie schrijven in het begin dat de tijd geen invloed heeft, maar heeft een verpleegkundige in 2 weken voldoende contactmomenten waar tijd is om het PG te oefenen , en zijn die oefenmomenten voldoende om zich er een mening over te vormen?		
Eisen aan leesbaarheid en vormgeving	<p>-De volgorde van paragrafen is onlogisch, het verhaal is moeilijk te volgen, zinsbouw en spelling zijn niet goed Nederlands.</p> <p>-Leeswijzer (eind H1) ontbreekt</p> <p>-Het beschrevene wordt nauwelijks met literatuur onderbouwd.</p> <p>-APA-stijl is niet of onzorgvuldig toegepast.</p> <p>-De referentielijst is niet compleet of slordig.</p> <p>(wanneer 2 van bovenstaande punten gelden > leesbaarheid is onvoldoende)</p>	<p>-De volgorde van de meeste paragrafen is logisch, het verhaal is te volgen, zinsbouw en spelling zijn goed Nederlands EN</p> <p>-Er is een leeswijzer (eind H1) aanwezig EN</p> <p>-Het beschrevene wordt met literatuur onderbouwd EN</p> <p>-De APA-stijl is zorgvuldig toegepast op citaties en parafraseringen, maar bevat nog kleine foutjes EN</p> <p>-De referentielijst is compleet en op wat kleine slordigheden na, duidelijk en uniform.</p>	<p>-De volgorde van de paragrafen is goed opgebouwd, het verhaal leest prettig en soepel, zinsbouw en spelling zijn goed Nederlands en schrijfstijl is populair wetenschappelijk (zoals artikelen academic nursing) EN</p> <p>-De leeswijzer (eind H1) geeft duidelijk en inzichtelijk aan wat de lezer kan verwachten EN</p> <p>-Het geheel wordt met literatuur onderbouwd EN</p> <p>-APA-stijl is zorgvuldig en compleet toegepast op citaties/parafraseringen, inclusief alle kopjes, tabellen en figuren EN</p> <p>-De referentielijst is compleet, duidelijk en uniform.</p>
Datum: 16-05-18	<p>Eerste beoordelaar: Marian Harink</p> <p>Tweede beoordelaar: Aliza Damsma</p>	<p>BEOORDELING ((zeer) onvoldoende / (ruim) voldoende / goed) (voor een voldoende moeten (minimaal H1+2+3) voldoende zijn):</p> <p>Voldoende: technisch gezien soms wel 2 onderdelen nog niet voldoende, maar dit is vaak wel een onderdeelje, dus een krappe voldoende is het eindoordeel. Punten wel echt meenemen naar rapportage!!! Moet echt nog een slag in worden gemaakt.</p>	

Bijlage K. Beoordelingsformulier eindverslag

Onderwerp afstudeerproject			
Namen studenten			
Onderdeel	Feedback	Max. punten	Toegeken- de punten
Vormgeving- titelblad <ul style="list-style-type: none"> ▪ voorwoord ▪ inhoudsopgave ▪ samenvatting ▪ abstract (in het Engels) ▪ voorgeschreven hoofdstukindeling ▪ nette opmaak, stijl en spelling passend bij HBO onderzoeksverslag 		Voor- waardelijk	
Inleiding met <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschrijving aanleiding en context ▪ Duidelijke probleemstelling, vraagstelling en doelstelling ▪ Verpleegkundige relevantie wordt toegelicht ▪ Relatie met mensgerichte zorg wordt beschreven ▪ Leeswijzer 		10	
Theoretische onderbouwing probleemstelling <ul style="list-style-type: none"> ▪ relevant ▪ volledig ▪ actueel 		15	
De projectopzet <ul style="list-style-type: none"> ▪ gebruik adequate methoden in relatie tot probleemstelling ▪ methode, steekproef, gegevensverzameling en analyse worden duidelijk beschreven en verantwoord ▪ ethische aspecten zijn verantwoord ▪ betrouwbaarheid en validiteit 		20	
De resultaten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bevat beschrijving van populatie ▪ Correct en overzichtelijk weergegeven data analyse ▪ Voldoende informatief ▪ Adequaat voor onderzoeksopzet ▪ Bruikbaar voor de beroepspraktijk (o.a. oordeel opdrachtgever/instelling) 		15	

De discussie		15	
<ul style="list-style-type: none"> • is zowel methodologisch (sterke en zwakke punten van onderzoek worden besproken) • als inhoudelijk (er wordt verbinding gelegd met verpleegkundig relevante literatuur uit het theoretisch kader) • geven blijk van een eigen denkproces, verpleegkundige visie, kritisch denken en standpuntbepaling 			
De conclusie		10	
<ul style="list-style-type: none"> • wordt helder beschreven aan de hand van de vraagstellingen • volgt logisch uit de resultaten 			
Aanbevelingen		10	
<ul style="list-style-type: none"> • vloeien logisch voort uit de conclusie • zijn realistisch • creatief • meerdere niveaus (micro, meso, macro) • zijn concreet voor praktijk en/of onderwijs en/of vervolgonderzoek 			
Redactie en vormgeving		5	
Eindcijfer	Totaal aantal punten/10		
Beoordeling presentatie		O/V/RV/G	
Reflectieverslag	student 1	O/V/RV/G	
	student 2	O/V/RV/G	
	student 3	O/V/RV/G	
formulier ingevuld / ingeleverd	HBO- kennisbank	Ja/ nee	
Cijfer invoer DOOR ADMINISTRATIE (alleen als aan alle voorwaarden is voldaan)	(naam, datum en handtekening docent)	Eindcijfer	
	1e beoordelaar		
	2e beoordelaar		

OER

1	Zeer slecht	6	Voldoende
2	Slecht	7	Ruim voldoende
3	Ruim onvoldoende / zeer onvoldoende	8	Goed
4	Onvoldoende	9	Zeer goed
5	Net niet voldoende/ matig / zwak	10	Uitmuntend / uitstekend

Toestemmingsformulier

Versie 2017



Formulier voor het geven van toestemming tot publicatie van het afstudeeronderzoek. Print het formulier en lever het samen met je digitale afstudeeronderzoek in bij de afstudeercoördinator. **Vergeet niet je handtekening te zetten.** Als het afstudeeronderzoek door meer studenten is gedaan, moeten alle auteurs ondertekenen

Hierbij geef ik/geven wij (ondergetekenden) toestemming voor publicatie van mijn/ons volledige afstudeeronderzoek in een digitale kennisbank.

Het afstudeeronderzoek is hiermee o.a. gratis volledig, full text online te raadplegen via www.hbo-kennisbank.nl. De student levert een geschikte digitale versie mee bij het inleveren van zijn/haar afstudeeronderzoek. Het auteursrecht op het afstudeeronderzoek blijft rusten bij de auteur(s). Het afstudeeronderzoek wordt gepubliceerd onder een [Creative Commons CC-BY-NC-SA Licentie](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). De student(en) heeft/hebben kennis genomen van de algemene voorwaarden opname digitale kennisbank, zoals deze zijn opgenomen in de handleiding afstuderen.

Titel scriptie	
Naam begeleider opleiding	
Beoordeling scriptie	
Opleiding	
Afstudeerrichting	
Datum afstuderen	
Samenvatting scriptie	
Naam student:	
Studentnummer	
Handtekening	
Naam student:	
Studentnummer	
Handtekening	
Naam student:	
Studentnummer	
Handtekening	
Naam student:	
Studentnummer	
Handtekening	

Ondergetekende vertegenwoordiger van de instelling/organisatie geeft hierbij toestemming aan Viaa om het bovengenoemde afstudeeronderzoek te publiceren in de HBO Kennisbank, waardoor het afstudeeronderzoek gratis, volledig full text en online geraadpleegd kan worden.

Instelling/Organisatie	Agora
Adres	Groeneweg 21a, 3981 CK Bunnik
Vertegenwoordigd door:	Sandrina Sangers
Datum	11 juni 2018
Handtekening	

Open Access publiceren

Bijlage M. Ephorus verklaring

Dear Lianne, Maartje, Tamar Kotte, Timpers, Sebens,

Your document has been handed in successfully and your teacher Marjanne Zielman (m.oosterhoff@viaa.nl) has been notified.

This is your confirmation. You can print or save this e-mail for future reference.

Your confirmation:

Unique code: 2e7e7f56-7ada-480f-9da9-3fc0a2192a37

Handin-code: Oo1M#4

Date: Wednesday, July 11, 2018 2:23:08 PM CEST

Your teacher:

Name: Marjanne Zielman

E-mail address: m.oosterhoff@viaa.nl

Your information:

Name: Lianne, Maartje, Tamar Kotte, Timpers, Sebens

Student number: Afst.verslag

E-mail address: 1410028@viaa.nl

Comment:

This e-mail has been generated automatically.

If you have any questions, please contact your teacher via m.oosterhoff@viaa.nl.
