

Avans Hogeschool, z.d.

WIE LUISTERT ER NAAR MIJ?

Een praktijkgericht onderzoek naar ervaringen en behoeften van verpleegkunde studenten in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, afdeling longgeneeskunde, ten aanzien van het verwerken van emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase.

ETZ, z.d.

**Onderzoeksverslag**

Naam student: Joëlle Flohr

Studentnummer: 2122364

Onderwijsinstelling: Avans Hogeschool, Breda

Onderzoeksinstelling: Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg

Afdeling: Longgeneeskunde F1/F3

Inleverdatum: 04-06-2021

Gelegenheid: 1

Colofon

Product: Onderzoeksverslag afstudeerfase

Eerste gelegenheid

Inleverdatum: 4 juni 2021

Studiejaar: 4

Auteur: Joëlle Flohr

Studentnummer: 2122364

Groep: 24VB4-AFST-groep 8

Onderwijsinstelling: Avans Hogeschool Breda

Studie: Hbo-verpleegkunde

Eerste beoordelaar: Carola Bastiaansen

Tweede beoordelaar: Lowie van Doninck

Opdrachtgever: Kimberley Bau

Peergroep: Cherylle Schoenmakers

Anne Haast

Daphne van Haperen

Gitte Molewijk

Naam instelling: Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (ETZ)

Plaats: Tilburg

Afdeling: Longgeneeskunde F1/F3

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het onderzoeksverslag “Wie luistert er naar mij?”, dat in het kader van de afstudeerfase voor de opleiding tot hbo-verpleegkundige, aan de Avans Hogeschool Breda, is opgesteld en uitgevoerd. Het onderzoek is uitgevoerd op de afdeling longgeneeskunde in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg in de periode van 9 november 2020 tot en met 4 juni 2021. Met dit onderzoek is achterhaald wat de ervaringen en hieruit voortvloeiende behoeften zijn van verpleegkunde studenten op de afdeling longgeneeskunde, ten aanzien van het verwerken van eigen emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Door middel van kwalitatief onderzoek is de onderzoeksvraag beantwoord.

Het onderzoeksverslag is eindelijk afgerond na een drukke en intensieve periode. Ik ben erg trots op het uiteindelijke resultaat. Gedurende de uitvoering van het onderzoek zijn er meerdere personen die mij geholpen, gestuurd en gesteund hebben om tot het uiteindelijke resultaat te komen. Hiervoor wil ik allereerst mijn begeleidend docent, Lowie van Doninck, bedanken voor alle hulp in de lessen en het geven van feedback. Ook wil ik de leden van mijn peergroep, Cherylle Schoenmakers, Daphne van Haperen, Gitte Molewijk en Anne Haast, bedanken voor alle steun, fijne samenwerking, kritische feedback en extra bijeenkomsten.

Als laatste wil ik opdrachtgever Kimberley Bau en Inge Scholtens bedanken voor het concretiseren van het onderwerp en onderzoeksvraag en voor de verkregen feedback.

Ik wens u veel leesplezier toe!

Joëlle Flohr

Breda, 16 mei 2021

Samenvatting

**Inleiding**

Verpleegkunde studenten beschrijven de zorg voor stervende patiënten als een van het meest onaangename aspect van de verpleegkundige zorg. Studenten voelen zich vaak onvoorbereid op het omgaan met de dood. Het meemaken van een overlijden kan erg emotioneel ingrijpend zijn voor studenten. Elke student heeft een eigen manier van coping om deze gebeurtenis te verwerken. Niet iedereen praat even makkelijk over gevoelens. Studenten kunnen gevoelens krijgen van kwetsbaarheid, beschaamdheid, zwakheid of voelen zich er oncomfortabel bij. Het onderdrukken van gevoelens kan resulteren in depressie, angst en/of compassiemoeheid. Gebrek aan ervaring en educatie zijn factoren die bijdragen aan het onvoorbereide gevoel en opkomende emoties. Hierbij is ook een gebrek aan ondersteuning en begeleiding aanwezig van verpleegkundigen. Het onderzoek heeft als doel inzicht te verkrijgen in ervaringen en behoeften van verpleegkunde studenten in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, afdeling longgeneeskunde F1/F3, ten aanzien van het verwerken van eigen emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase.

**Methode**

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is gebruikgemaakt van kwalitatief onderzoek. Allereerst zijn er zes individuele semigestructureerde interviews afgenomen onder verpleegkunde studenten. De interviews zijn getranscribeerd en geanalyseerd. Hierna is nog een focusgroep afgenomen met vijf verpleegkunde studenten. Ook dit interview is getranscribeerd en geanalyseerd.

**Resultaten**

Uit de resultaten is gebleken dat studenten verdriet, angst en machteloosheid voelen. Er wordt gepraat met collega’s, medestudenten of er wordt externe steun gezocht om emoties te verwerken. Educatietekort en missende begeleiding zijn factoren die bijdragen aan deze emoties. Behoeften liggen bij extra educatie, meer begeleiding en meer interactie met medestudenten.

**Discussie**

Bij het onderzoek is gebruikgemaakt van twee verschillende methoden (datatriangulatie), peer debriefing en member check. Deze kwaliteitseisen hebben bijgedragen aan de validiteit, betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van het praktijkgericht onderzoek. Vanwege de COVID-19-pandemie heeft één participant online aangesloten bij de focusgroep, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek kan verminderen.

**Conclusie**

Er kan worden geconcludeerd dat studenten zich onvoorbereid voelen op het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Er is een kennistekort over de stervensfase en op de afdeling is er te weinig aandacht voor emoties en gevoelens van de studenten. Er moet meer educatie komen voor de studenten en meer mogelijkheden voor aandacht en begeleiding om de emoties te kunnen verwerken.

**Aanbevelingen**

Vanuit het onderzoek zijn drie relevante aanbevelingen opgesteld, namelijk een klinische les bij aanvang van stage over stervensfase, peersupport in vaste groepjes studenten op de afdeling en informatievoorziening over de palliatieve- en stervensfase vanuit het Palliatief Advies Team.

**Communicatie**

De bevindingen en aanbevelingen van het onderzoek zijn met behulp van een posterpresentatie gecommuniceerd naar de teamleider, praktijkopleider en opdrachtgever.

Inhoudsopgave

[1. Inleiding 6](#_Toc73524721)

[§1.1 Doel praktijkgericht onderzoek 9](#_Toc73524722)

[§1.2 Onderzoeksafdeling 9](#_Toc73524723)

[§1.3 Onderzoeksvraag 9](#_Toc73524724)

[2. Methode praktijkgericht onderzoek 10](#_Toc73524725)

[§2.1 Onderzoekspopulatie 10](#_Toc73524726)

[§2.2 Onderzoeksmethode 10](#_Toc73524727)

[§2.2.1 Individuele interviews 11](#_Toc73524728)

[§2.2.2 Focusgroep 12](#_Toc73524729)

[§2.3 Meetinstrument 12](#_Toc73524730)

[§2.4 Procedure 12](#_Toc73524731)

[§2.5 Data-analyse 13](#_Toc73524732)

[§2.6 Kwaliteit van het onderzoek 13](#_Toc73524733)

[§2.7 Ethische aspecten 14](#_Toc73524734)

[3. Resultaten 15](#_Toc73524735)

[§3.1 Demografische gegevens individuele interviews 15](#_Toc73524736)

[§3.1.2 Resultaten individuele interviews 15](#_Toc73524737)

[§3.2 Demografische gegevens focusgroep 18](#_Toc73524738)

[§3.2.1 Resultaten focusgroep interview 18](#_Toc73524739)

[4. Discussie 21](#_Toc73524740)

[§4.1 Literatuur met praktijkgericht onderzoek 21](#_Toc73524741)

[§4.2 Sterke en zwakke punten van de onderzoeksmethode 21](#_Toc73524742)

[§4.3 Sterke en zwakke punten van de uitvoering 22](#_Toc73524743)

[§4.4 Validiteit 22](#_Toc73524744)

[§4.5 Implicatie van het onderzoek 22](#_Toc73524745)

[5. Conclusie 23](#_Toc73524746)

[6. Aanbevelingen 24](#_Toc73524747)

[§6.1 Klinische les stervensfase 24](#_Toc73524748)

[§6.2 Peersupport 24](#_Toc73524749)

[§6.3 Informatievoorziening vanuit het Palliatief Advies Team 24](#_Toc73524750)

[7. Communicatie 25](#_Toc73524751)

[§7.1 Communicatie naar belanghebbenden 25](#_Toc73524752)

[§7.2 Vervolgonderzoek 25](#_Toc73524753)

[8. Literatuurlijst 26](#_Toc73524754)

[Bijlage 1: Zelfbeoordeling professioneel gedrag 29](#_Toc73524755)

[Bijlage 2: Feedbackformulier opdrachtgever 30](#_Toc73524756)

[Bijlage 3: Participatiebrief 31](#_Toc73524757)

[Bijlage 4: Informed consent 32](#_Toc73524758)

[Bijlage 5: Topiclijst individuele interviews 33](#_Toc73524759)

[Bijlage 6: Aangepaste topiclijst individuele interviews 34](#_Toc73524760)

[Bijlage 7: Transcripten individuele interviews 35](#_Toc73524761)

[Bijlage 8: Codeboek individuele interviews 36](#_Toc73524762)

[Bijlage 9: Codeboek individuele interview onafhankelijke onderzoeker 37](#_Toc73524763)

[Bijlage 10: Member check individuele interviews 38](#_Toc73524764)

[Bijlage 11: Topiclijst focusgroep 39](#_Toc73524765)

[Bijlage 12: Transcript focusgroep 40](#_Toc73524766)

[Bijlage 13: Codeboek focusgroep 41](#_Toc73524767)

[Bijlage 14: Poster communicatie 42](#_Toc73524768)

# 1. Inleiding

“Verpleegkunde studenten voelen zich vaak onvoorbereid op het omgaan met de dood en stervenden” (Garrino, Contratto, Massariello, & Dimonte, 2017, p. 127).

Verpleegkunde studenten zullen tijdens de stages te maken krijgen met het lijden, de dood van een patiënt en de communicatie met een patiënt die de dood nabij is (Edo-Gual, Tomás-Sábado, Bardallo-Porras, & Monforte-Royo, 2014).

De stervensfase is de fase die direct voorafgaat aan de dood. Naar verwachting zal de patiënt binnen enkele dagen overlijden. Bij het zorgen voor een patiënt in de stervensfase komen alle aspecten van palliatieve zorg samen, namelijk het verlichten van symptomen, de aandacht voor psychosociale en spirituele problematiek en een goede organisatie van zorg (Pallialine, 2010).

De rol van de verpleegkunde(student) in dit proces is om fysieke en emotionele behoeften van de patiënt te voorzien en om de patiënt en familie te ondersteunen in psychosociale aspecten (Gül et al., 2020).

Vanuit eigen ervaring is naar voren gekomen dat er veel emoties naar huis worden meegenomen en niet worden besproken met collega’s en medestudenten op stage na het zorgen voor een stervende patiënt. Ook kwam er vanuit een verpleegkunde student op afdeling longgeneeskunde naar voren dat er veel emoties mee naar huis worden genomen en telkens het beeld voor zich zag van de patiënt in de stervensfase (persoonlijke communicatie, 13 oktober 2020). Vanuit meerdere leerlingen van de afdeling longgeneeskunde is er naar voren gekomen dat er veel emoties los kunnen komen na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase, maar dit niet altijd tonen. Dit omdat de leerlingen het onnatuurlijk vinden om emoties op de werkvloer te laten zien en bang zijn om het gevoel te laten zien van ‘falen’. Het tonen van emoties wordt door studenten vaak in verband gebracht met het gevoel van falen. Er wordt volgens de leerlingen vaak te weinig aandacht besteedt aan verlies en rouwbegeleiding van leerlingen (persoonlijke communicatie, 13 januari 2021).

Op de afdeling longgeneeskunde komt het regelmatig voor dat er patiënten sterven. Bij longziekten ontstaan de meeste longaandoeningen in de luchtwegen. Voorbeelden hiervan zijn astma en Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]. Ook is longkanker een ziekte die vrijwel altijd in een van de luchtwegen begint. Ziekteprocessen die voorkomen in de luchtwegen of longweefsel, of afwijkingen in de longcirculatie, kunnen een groot effect hebben op het functioneren van het lichaam (Kerstjens et al., 2017).

Longkanker staat op nummer twee op de ranglijst doodsoorzaken van 2019 op basis van sterfte. COPD staat op deze ranglijst op nummer zes (Volksgezondheid en Zorg, 2019). In Tabel 1 zijn de opnamecijfers tussen 2016 en 2018 met de daarbij behorende sterftecijfers per longaandoening in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis [ETZ] weergegeven.

Tabel 1

*Hospital Standard Mortality Ratio [HSMR] in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis Tilburg 2016-2018 per longaandoening.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Aandoening* | Opnamen (2016-2018) | Werkelijke sterfte (2016-2018) |
| Pneumonie | 2384 | 176 |
| Influenza | 290 | 13 |
| Tonsillitis en bovenste luchtweginfecties | 609 | 3 |
| Acute bronchitis | 321 | 0 |
| COPD en bronchiëctasie | 4116 | 232 |
| Astma | 448 | 0 |
| Aspiratiepneumonie door voedsel, braken | 125 | 18 |
| Pleuritis, pneumothorax, klaplong | 438 | 17 |
| Respiratoire insufficiëntie: ademhalingsstilstand | 72 | 21 |
| Longziekten veroorzaakt door externe stoffen | 38 | 5 |
| Overige aandoeningen van de onderste luchtwegen | 666 | 21 |
| Overige aandoeningen van de bovenste luchtwegen | 667 | 11 |
| Longkanker en bronchuskanker | 1538 | 87 |

*Opmerking.* Aangepast overgenomen uit *HSMR 2018* van Zorg voor Data, 2018. Copyright 2021, ETZ.

Het meemaken van een overlijden van een patiënt kan erg emotioneel ingrijpend zijn voor studenten. Het is een gebeurtenis die voor een lange tijd wordt meegedragen. Elk persoon heeft een eigen manier van coping om deze gebeurtenis te verwerken. Sommige studenten proberen afstand te nemen van eigen emoties door de emoties uit te zetten. Anderen worden juist overspoeld door emoties. Studenten zijn erg op zoek naar de juiste balans tussen het tonen van emoties en het ontwikkelen van een professionele houding. Wanneer de begeleider op de werkvloer geen emoties toont in een situatie, krijgen studenten het gevoel dat eigen emoties negeert moeten worden en dat emotionele reacties ongewenst zijn. Naast het gebrek aan steun van anderen, kunnen studenten ook terughoudend zijn om hulp en ondersteuning te zoeken, omdat dit als zwak kan worden beschouwd (Weurlander et al., 2018).

Hoewel de dood een natuurlijk fenomeen is en een onvermijdelijk onderdeel van de levenscyclus, reageren mensen vaak met angst en ongerustheid (Edo-Gual et al., 2014). De dood of nabijheid daarvan genereert een reeks van emotionele reacties, waaronder frustratie, angst en depressie (Martí-García et al., 2017).

Verpleegkundigen en verpleegkunde studenten komen constant in contact met de dood en de lijdensweg van patiënten. Het constant in aanraking komen met de emotionele reacties van patiënten kan het risico op compassiemoeheid vergroten (Edo-Gual et al., 2014). Compassiemoeheid houdt in dat het opbrengen van medeleven voor de patiënten minder wordt, wat ertoe leidt dat verpleegkundigen minder goed werk leveren. Er wordt minder gepraat met de patiënt, kunnen medicatie vergeten te geven en hebben minder oog voor nieuwe symptomen of een veranderende klinische toestand (Meijers, 2013).

Uit het artikel van Garinno et al. (2017) zijn verpleegkunde studenten geïnterviewd over de ervaringen van het zorgen voor een stervende patiënt. De studenten uitten gevoelens van angst, ongerustheid en lijden en brachten deze emoties in verband met een aantal verschillende aspecten. Soms was de emotie van angst de eigen persoonlijke angst voor de dood. Bij andere studenten betrof het de angst om in contact te komen met de stervende, voor het geval er moeilijke vragen werden gesteld die de studenten niet wisten te beantwoorden. De verpleegkunde studenten waren bang om de patiënt voor wie er werd gezorgd pijn te doen, vanwege het gebrek aan ervaring en bekwaamheid.

Ook werd er gesproken over het gevoel van onmacht, in samenhang met het gebrek aan competentie, zowel klinisch als emotioneel, om met deze gevallen om te gaan. Woede werd veroorzaakt door het onvermogen van de studenten om het negatieve verloop van een ziekte te veranderen. Gevoelens van schuld waren bij de studenten aanwezig door de onzekerheid of alle nodige zorg was verleend. Tijdens het reflecteren op de situatie werd er pas echt beleefd welke emoties er op dat moment speelden en hoe de situatie is beleefd. Een student gaf aan dat reflecteren een manier is voor positieve coping. Ook is er beschreven dat het nemen van afscheid van de patiënt een strategie is om met de pijn van het verlies om te gaan. Het afscheid nemen werd gebruikt om te kunnen loslaten. De studenten voelden zich op gebied van begeleiding vaak alleen en kregen voornamelijk externe steun, zoals van familieleden of vrienden. Alle geïnterviewde studenten noemden peerondersteuning als een waardevol hulpmiddel, zowel op stage als op school. Veel studenten waren van mening dat het waardevol zou zijn om toegang te hebben tot individuele professionele ondersteuning buiten de klinische setting. De studenten gaven in het interview aan dat de zorg rondom het levenseinde meer aandacht zou moeten krijgen, voordat studenten aan de klinische ervaring beginnen.

In een kwalitatief onderzoek van Weurlander et al. (2018) beschrijven studenten het gevoel van schuld wanneer patiënten worden gebruikt voor eigen leerproces en kunnen zich verhouden tot de kwetsbaarheid van de patiënt in de situatie.

Uit onderzoek van Jafari et al. (2015) wordt beschreven dat alle betrokken studenten (N=30) in een semigestructureerd interview aangeven dat er onvoldoende educatie over de stervensfase is gegeven in de vier jarige opleiding verpleegkunde. Uit een kwalitatief onderzoek van Gül et al. (2020) is geconstateerd dat studenten te weinig ervaring hebben met het benaderen van stervende patiënten, wat resulteert in het vermijden van het benaderen van dergelijke patiënten en naasten. Ook wordt er beschreven dat verpleegkunde studenten die zich bewust worden van eigen houding ten opzichte van de dood, zullen bijdragen aan het leveren van kwaliteitszorg aan stervende patiënten.

Onvoldoende of een gebrek aan educatie draagt bij aan de activering van afweermechanismen tegen doodsangst, zoals vermijding en depersonalisatie (Garrino et al., 2017). Verpleegkunde studenten voelen zich vaak onvoorbereid op het oog in oog staan met de dood van een patiënt (Heise & Gilpin, 2016). De studenten beschrijven de zorg voor stervende patiënten en naasten als een van het meest verontrustende en onaangename aspect van de verpleegkundige zorg. Dit leidt ertoe dat er gevoelens ontstaan van lijden, angst, tekortkoming en onmacht (Garrino et al., 2017).

Uit onderzoek van Huang, Chang, Sun en Ma (2010) blijkt dat gebrek aan ervaring en opleiding twee belangrijke redenen zijn voor gevoelens van angst bij het zorgen voor een stervende patiënt. Hierbij is ook een gebrek aan ondersteuning en begeleiding aanwezig van de verpleegkundigen aan de verpleegkunde studenten. Vanuit het onderzoek van Hall-Lord, Petzäll en Hedelin (2017) is er beschreven dat er behoefte is aan het ontwikkelen van lesmethoden en aan individuele ondersteuning van verpleegkunde studenten tijdens de opleiding.

Niet iedereen praat even makkelijk over gevoelens. Zelfs het herkennen van eigen emoties kan al moeilijk zijn. Veel mensen kunnen gevoelens krijgen van kwetsbaarheid, beschaamdheid, zwakheid of voelen zich er oncomfortabel bij. Bij het niet uiten van emoties is het probleem dat de emoties alleen maar sterker worden. Mensen die eigen gevoelens onderdrukken zijn meer gevoelig voor depressie en angst. Daar bovenop kunnen ook lichamelijke klachten ontstaan. Er komt namelijk spanning op het lichaam te staan (Mulders, 2018). Uit een meta-analyse van Mund en Mitte (2012) komt naar voren dat een verband is aangetoond tussen het niet uiten van emoties en hartziekten, met name verhoogde bloeddruk en zelfs kanker. Als studenten niet leren omgaan met eigen emoties en die van anderen, kan op lange termijn het risico ontstaan op compassievermoeidheid of zelfs een burn-out (Weurlander et al., 2018).

## §1.1 Doel praktijkgericht onderzoek

Het doel van dit praktijkgericht onderzoek is het inzichtelijk maken van de ervaringen onder de verpleegkunde studenten ten aanzien van de verwerking van eigen emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase en welke behoeften hieruit voortkomen. Vanuit deze behoeften worden er relevante aanbevelingen gedaan, om de begeleiding van verpleegkunde studenten zo passend mogelijk te maken op de afdeling.

## §1.2 Onderzoeksafdeling

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling longgeneeskunde, F1 en F3, van het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg. Dit zijn twee afdelingen die gespecialiseerd zijn in de zorg voor patiënten met longziekten.

## §1.3 Onderzoeksvraag

Vanuit bovengenoemde doelstelling is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

“Wat zijn de ervaringen en hieruit voortkomende behoeften van verpleegkunde studenten in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, afdeling longgeneeskunde F1 en F3, ten aanzien van het verwerken van eigen emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase?”

# 2. Methode praktijkgericht onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methodologie er is gebruikt voor het praktijkgericht onderzoek. Er wordt informatie gegeven over de deelnemers, selectieprocedure, data-analyse, kwaliteit van het onderzoek en er wordt aandacht besteedt aan ethische aspecten.

## §2.1 Onderzoekspopulatie

Het praktijkgericht onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling longgeneeskunde F1 en F3 van het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg. F1 is een longafdeling die gespecialiseerd is in oncologie. Hier liggen voornamelijk de oncologische patiënten. F1 heeft plek voor 16 klinische patiënten en daarnaast heeft de afdeling nog zes plaatsen voor de dagbehandeling. Hier komen patiënten naartoe voor een dagopname, voor bijvoorbeeld een chemokuur of immunotherapie.

F3 is een reguliere longafdeling. Deze afdeling heeft plek voor 22 klinische patiënten.

In totaal lopen er 16 studenten stage op de afdeling F3 en zes studenten op de afdeling F1. Zowel op F1 als op F3 lopen er hbo- en mbo-verpleegkunde studenten stage. Op afdeling F1 zijn er studenten uit het eerste, derde en vierde leerjaar. Op F3 zijn er studenten uit het eerste, tweede, derde en vierde leerjaar.

Elke student die werkzaam is op de afdeling longgeneeskunde, was geïncludeerd voor het onderzoek, mits de student ervaring had met het zorgen voor een patiënt in de stervensfase.

Tabel 2

*In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie.*

|  |  |
| --- | --- |
| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
| Hbo-verpleegkunde studenten | Afgestudeerd verpleegkundigen |
| Mbo-verpleegkunde studenten | Nog nooit in aanraking geweest met het zorgen voor patiënten in de stervensfase |
| Gezorgd voor een patiënt in de stervensfase |  |

## §2.2 Onderzoeksmethode

Voor het in kaart brengen van de ervaringen en behoeften van verpleegkunde studenten, is er gekozen om een kwalitatief praktijkgericht onderzoek uit te voeren. Kwalitatief onderzoek is onderzoek met als doel concepten te ontwikkelen die kunnen bijdragen aan het begrijpen van sociale verschijnselen in de natuurlijke context met de nadruk op betekenissen, ervaringen en gezichtspunten van de betrokkenen (Boeije, 2016).

Kwalitatief onderzoek is gericht op ervaringen, meningen, betekenissen, verwachtingen en de beleving van personen. Het doel is het inzicht krijgen in ervaringen, beweegredenen en opvattingen van personen (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker- van Doorn, & Rosendal, 2019). Kwalitatief onderzoek is gebruikt om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag: *“Wat zijn de ervaringen en hieruit voortkomende behoeften van verpleegkunde studenten in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, afdeling longgeneeskunde F1 en F3, ten aanzien van het verwerken van eigen emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase?”.* Bij kwalitatief onderzoek worden gegevens verzameld met behulp van interviews, observaties of vragenlijsten met open vragen (Verhoef et al., 2019).

Om dieper op de ervaringen en behoeften in te gaan is er gekozen voor het afnemen van interviews. Het afnemen van interviews is een methode om contact met de werkelijkheid te zoeken (Dobber, Harmsen, & Van Iersel, 2016). Diepte-interviews worden gebruikt om gedetailleerde informatie te verkrijgen met betrekking tot het gedrag, opvattingen, gedachten, drijfveren en/of kennis van individuele respondenten. Gevoelige en persoonlijke onderwerpen kunnen worden behandeld in een individueel interview (Gill, Stewart, Treasure, & Chadwick, 2008). Aangezien het onderzoeksonderwerp een gevoelig onderwerp kan zijn, is er gekozen voor individuele interviews.

In dit kwalitatief onderzoek zijn er zes individuele diepte-interviews afgenomen. Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Semigestructureerd houdt in dat er wel vaste gespreksonderwerpen zijn vastgesteld, maar geen vaste volgorde is geformuleerd. Deze methode zorgt ervoor dat er ruimte is in de interviews voor verschillen, maar toch worden dezelfde onderwerpen besproken (Dobber et al., 2016). Voor het semigestructureerde interview is er een topiclijst opgesteld aan de hand van eerder gevonden literatuur (zie Bijlage 5). Het interview is van tevoren als proef afgenomen bij een onafhankelijke onderzoeker die niet bij het onderzoek was betrokken. Na het derde interview is er kritisch gekeken naar de topics en analyses en is er nog één topic bijgevoegd die veel naar voren kwam in de eerste drie interviews (zie Bijlage 6).

Na het afnemen van de zes individuele interviews, is er nog één focusgroep afgenomen. De focusgroep is gericht op het verkrijgen van inzicht op de ervaringen en behoeften van verpleegkunde studenten, omtrent het verwerken van de emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Er is een groepsinterview afgenomen, waarin de resultaten van de individuele interviews zijn besproken en met elkaar is gediscussieerd over behoeften van de studenten op de afdeling longgeneeskunde. De topiclijst is opgesteld aan de hand van de selectieve codes van de individuele interviews (zie Bijlage 11).

Het voordeel van een focusgroep is dat de onderzoeker op directe wijze kan interacteren met de respondenten. Hierbij is er de mogelijkheid om verhelderende vragen te stellen en hebben respondenten de mogelijkheid hun antwoord toe te lichten. Het is voor de onderzoeker mogelijk om non-verbale communicatie te observeren. Ook kunnen deelnemers in een focusgroep reageren op elkaar. Dit effect van de groepssetting kan resulteren in het voortbrengen van data of ideeën die niet zouden zijn ontdekt in individuele interviews. Een nadeel van een focusgroep onderzoek kan zijn dat de antwoorden van de deelnemers niet onafhankelijk zijn van elkaar. De antwoorden kunnen beïnvloed worden door andere respondenten (Evers, 2015).

De taak van de gespreksleider van de focusgroep is het onderzoeken wat de gedachten zijn over het onderwerp, maar ook waarom de deelnemers dit denken. In dit onderzoek is de onderzoeker ook de gespreksleider geweest. Deze keuze is gemaakt, omdat de onderzoeker de respondenten eerder heeft gesproken in de individuele interviews. De onderzoeker weet wat de resultaten zijn vanuit de individuele interviews. In het kader van anonimiteit worden er, buiten de onderzoeker en respondenten, zo min mogelijk mensen betrokken bij de interviews. Dat wil zeggen dat alleen de onderzoeker zelf en de participanten zijn betrokken bij het onderzoek. Als er een verpleegkundige bij de focusgroep zou zitten, zou het kunnen zijn dat de studenten sociaal wenselijke antwoorden zouden geven en er dus bias zou kunnen optreden.

Vanwege de COVID-19-pandemie heeft zich een aanpassing voorgedaan in de methode. Tijdens de focusgroep kon één participant niet meer live aanwezig zijn, waardoor de participant online via Microsoft Teams heeft deelgenomen aan het groepsinterview.

### §2.2.1 Individuele interviews

Voor het selecteren van de deelnemers voor de diepte-interviews is er gebruikgemaakt van een selecte steekproef gebaseerd op ervaring. Bij een steekproef op basis van ervaring worden mensen geselecteerd op basis van bestaande informatie, bijvoorbeeld wanneer op grond van ervaring bekend is dat de resultaten van een specifieke groep zeer representatief zijn voor de populatie (Van der Pligt & Blankers, 2013).

Verpleegkunde studenten op de afdeling longgeneeskunde F1 en F3 zijn geïncludeerd in het onderzoek, mits er ervaring is met het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Op het moment van onderzoek lopen er 22 studenten stage op de afdeling longgeneeskunde. Elke student die respons gaf en had gezorgd voor een patiënt in de stervensfase, kon participeren in het onderzoek.

### §2.2.2 Focusgroep

Na het afnemen van de zes individuele interviews, is er nog één focusgroep afgenomen. Hier hebben vijf respondenten aan deelgenomen. In dit interview zijn de resultaten en bevindingen van de individuele diepte-interviews besproken in de groep. Het doel van dit interview was het dieper ingaan op de resultaten en discussiëren over de behoeften en eventuele aanbevelingen. Er is gezamenlijk gekeken naar de behoeften die verpleegkunde studenten hebben naar aanleiding van de interviews. Er zijn meerdere studenten gerandomiseerd benaderd voor het participeren aan het onderzoek. Ook hierbij gold de inclusiecriteria dat de student al een keer voor een patiënt in de stervensfase moest hebben gezorgd.

## §2.3 Meetinstrument

De individuele interviews zijn afgenomen middels een semigestructureerd interview. In een semigestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden van tevoren niet vast, maar de onderwerpen wel. Bij elk nieuw onderwerp (topic) is een beginvraag geformuleerd (Baarda & Van der Hulst, 2017). Bij de semigestructureerde interviews is er gebruikgemaakt van een topiclijst. Een topiclijst is een van tevoren opgestelde lijst met gespreksonderwerpen die tijdens het interview aan de orde moeten komen. Hierbij ligt de volgorde van de onderwerpen, formulering van de vragen en formulering van de antwoorden niet vast. De topiclijst wordt gebruikt als een checklist om alle onderwerpen aan bod te laten komen (Ferdie Migchelbrink Consultancy, z.d.). De topiclijst is tot stand gekomen vanuit de literatuur en is beoordeeld door de onderzoeker, opdrachtgever en peergroep.

Bij de focusgroep is er een interview met meerdere personen tegelijk afgenomen. Deze personen hebben allemaal een bepaalde situatie meegemaakt of hebben een gelijksoortige ervaring meegemaakt (Baarda & Van der Hulst, 2017). In de focusgroep zijn de bevindingen en resultaten van de individuele interviews besproken. Aan de hand van de individuele interviews is er een topiclijst opgesteld voor de focusgroep en is beoordeeld door onderzoeker, peergroep en opdrachtgever.

## §2.4 Procedure

Als eerst is de participatiebrief, zie Bijlage 3, gemaild naar de verpleegkunde studenten van de afdeling longgeneeskunde F1 en F3. Het doel van deze brief was het informeren van de verpleegkunde studenten over het onderwerp en doel van het praktijkgericht onderzoek. Ook heeft de onderzoeker de verpleegkunde studenten mondeling benaderd en uitgelegd wat het onderzoek inhoudt, om zo tot voldoende respondenten te komen. Vóór het afnemen van elke interview heeft de respondent een informed consentformulier gekregen. Deze is getekend vóór het afnemen van het interview. Het informed consentformulier is opgesteld met behulp van het formulier van Nariman en Domingus (2017). In dit formulier wordt om toestemming gevraagd om het interview op te nemen middels een audio-opname. Voor het interview start, is er nog aandacht besteedt aan eventuele vragen en zijn deze beantwoord. Er is een kopie gemaakt van het informed consentformulier voor de respondent. Ook is er uitgelegd dat er een samenvatting wordt gemaakt van het interview en wordt teruggestuurd naar de deelnemers. De deelnemers lezen de samenvatting van het transcript door en controleren het op juistheid en op juiste interpretaties. Na het starten van het interview is er nogmaals toestemming gevraagd aan de deelnemer om het interview op te nemen. Het opnemen is gedaan met een telefoon, omdat er geen professioneel geluidsapparatuur aanwezig was. Na het transcriberen van het interview is de geluidsopname direct verwijderd in verband met privacygevoelige informatie.

## §2.5 Data-analyse

Bij kwalitatief onderzoek is er sprake van een continue vergelijking. Dat houdt in dat de data-analyse gelijkloopt met het verzamelen van de gegevens (Dobber et al., 2016). Het afnemen van de interviews is gedaan via een audio-opname. Er is rekening gehouden met informed consent. Informed consent houdt in dat er aan de respondenten wordt uitgelegd wat het onderzoek inhoudt, wat de rol van de respondenten is en wat eventuele gevolgen van deelname kunnen zijn. Ook is er schriftelijk en mondeling toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview. Hiervoor zijn toestemmingsverklaringen ondertekend door de respondenten (Universiteit van Amsterdam, z.d.). Na het afnemen van de individuele interviews is het interview getranscribeerd. Transcriberen is het uitschrijven van een gesproken opname (Hogeschool van Amsterdam, 2019). De transcripten zijn volledig verbatim uitgewerkt. Verbatim betekent dat alles letterlijk woord voor woord uit het transcript wordt overgenomen. Er is een verbatim script nodig als de context van het audiobestand belangrijk is om het volledige audiobestand te kunnen begrijpen (Donders, 2018). Vervolgens is de tekst geanalyseerd door aan de tekstfragmenten codes toe te kennen. Eerst is het transcript open gecodeerd. Met open coderen wordt het domein in beeld gebracht. Het transcript is regel voor regel doorgelezen en is bepaald wat het begin en het einde is van een fragment. Hierna is bepaald of een fragment relevant is voor het onderzoek. Er is aan alle relevante fragmenten een code toegekend. Na het open coderen is er gestart met axiaal coderen. Bij axiaal coderen wordt er bepaald of de codes uit de open coderingen samen kunnen worden gevoegd. Er zijn clusters gemaakt van codes die bij elkaar horen. Als laatste is er selectief gecodeerd. Door het selectief coderen legt de onderzoeker verbanden en voegt de codes uit het axiale codeboek indien mogelijk samen, waarbij de belangrijkste hoofdthema’s naar voren zijn gekomen (Boeije, 2016). Bij het transcriberen van de focusgroep zijn alleen de belangrijkste punten uit het interview getranscribeerd en is er niet ad verbatim getranscribeerd. Hier is voor gekozen in verband met tijdsdruk.

## §2.6 Kwaliteit van het onderzoek

De resultaten van kwalitatief onderzoek zijn vertrouwenswaardig, indien ze aan de kwaliteitseisen van kwalitatief onderzoek voldoen (Dobber et al., 2016).

Bij de werkelijkheidswaarde moet de geloofwaardigheid (credibility) van de onderzoeksresultaten worden nagegaan. In dit onderzoek is member checking toegepast. Member checking houdt in dat de resultaten door de oorspronkelijke bron worden gecontroleerd (Dobber et al., 2016). Een samenvatting van het interview is naar de respondenten gestuurd en gecontroleerd op juistheid en waarheid. Door alle respondenten is er akkoord gegeven voor juistheid en waarheid.

Een andere methode om de werkelijkheidswaarde te vergroten is triangulatie. Triangulatie houdt in dat er verschillende bronnen en methoden worden gebruikt (Dobber et al., 2016). In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van individuele diepte-interviews in de vorm van semigestructureerde interviews en er is er een interview in een focusgroep afgenomen. Daarnaast zijn er verpleegkunde studenten van verschillende niveaus en leerjaren geïnterviewd. Ook is er in de literatuur gekeken naar eerder onderzochte ervaringen en behoeften.

Een derde methode om de werkelijkheidswaarde te vergroten is peer debriefing. Peer debriefing betekent dat er een externe check van het onderzoeksproces plaatsvindt. Gedurende de looptijd van het onderzoek wordt het onderzoeksproces besproken met gelijken (Dobber et al., 2016). In dit onderzoek is dit uitgevoerd met een peergroep. Inhoudelijke, methodologische en ethische kwesties kunnen in de peergroep aan de orde komen (Verhoef et al., 2019). Er is één interview door een peer gecodeerd, om te controleren of dezelfde thema’s tot stand komen.

Bij herhaalbaarheid/stabiliteit wordt er gekeken of het onderzoeksproces correct is verlopen en of de onderzoeksresultaten gebaseerd zijn op waarnemingen (Dobber et al., 2016). Er is gebruik gemaakt van audio-opnamen tijdens de interviews. Deze audio-opnamen zijn voor een deel dubbel gecodeerd, door twee onafhankelijke personen. Dit is gedaan in de peergroep. In verband met een beperkt tijdsbestek is er in dit onderzoek één interview dubbel en onafhankelijk gecodeerd.

Bij neutraliteit gaat het om de vraag of de gegevens kloppen. De vraag is dan of de gegevens en de resultaten te bevestigen zijn en of ze daarmee aannemelijk zijn (Dobber et al., 2016). Tijdens de interviews is er rekening gehouden met het stellen van neutrale vragen. Er is geen mening gegeven en er zijn geen sturende vragen gesteld. Een meetinstrument die hierbij gebruikt werd, is de topiclijst. Ook is na elk interview kritisch geluisterd naar verbeterpunten die meegenomen konden worden naar het volgende interview.

## §2.7 Ethische aspecten

Er zijn diverse wetten en regels die van toepassing kunnen zijn op onderzoeksdata (Verhoef et al., 2019).

Ten eerste de databankenwet. Als er gebruik gemaakt wordt van databanken voor eigen onderzoek of indien er gegevens geplaatst gaan worden op een databank, heeft een onderzoeker te maken met de databankenwet (Verhoef et al., 2019). In dit onderzoek is rekening gehouden met de toegankelijkheid van gebruikte data. Data die niet met anderen gedeeld mocht worden, vanwege de Algemene Verordening Gegevensbescherming [AVG], is ook niet gedeeld.

Ten tweede is er rekening gehouden met de privacy van personen die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Dit is beschermd in de AVG. Dit betekent dat het verwerken van persoonsgegevens uitsluitend met een legitiem doel plaatsvindt, dat niet meer persoonsgegevens dan noodzakelijk worden verzameld en dat ze niet langer dan nodig worden bewaard (Verhoef et al., 2019). Alle audio-opnames zijn na transcriberen direct verwijderd in verband privacygevoelige inhoud. Ook zijn alle informed consentformulieren op een plek bewaard, waar alleen de onderzoeker bij kan. Na het afronden van onderzoek moet Avans, naast het onderzoeksplan en onderzoeksverslag, de ruwe data nog zeven jaar bewaren. Verzamelde gegevens en analysebestanden, waaronder ook informed consentformulieren, worden bewaard om de geldigheid van het onderzoeksverslag te waarborgen. Ook zijn alle respondenten geanonimiseerd. Er is zowel schriftelijk en mondeling toestemming gevraagd aan de respondenten om het interview op te nemen. Als laatste zijn er zo min mogelijk persoonlijke gegevens verzameld, om zo de anonimiteit te kunnen waarborgen. Er is alleen gevraagd naar leerjaar en opleidingsniveau. In verband met privacy zijn er geen verdere persoonlijke gegevens gevraagd, zodanig dat de participanten niet herleid kunnen worden vanuit de gegevens.

# 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de verkregen resultaten besproken vanuit het kwalitatieve onderzoek. De resultaten vanuit de individuele interviews en de focusgroep worden beschreven. Dit is gedaan aan de hand van hoofd- en deelthema’s, die verkregen zijn vanuit de analyses van de verkregen data.

## §3.1 Demografische gegevens individuele interviews

In totaal hebben er zes verpleegkunde studenten deelgenomen aan de individuele interviews. De deelgenomen participanten zaten allen in het derde of vierde leerjaar. Er hebben studenten meegedaan met opleidingsniveau mbo en hbo. Aan de individuele interviews hebben alleen vrouwen deelgenomen.

Tabel 3

*Demografische gegevens participanten individuele interviews.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Participant | Geslacht | Leerjaar | Niveau | Duur interview |
| 1 | Vrouw | 4 | Hbo | 00:15:01 |
| 2 | Vrouw | 3 | Mbo | 00:19:47 |
| 3 | Vrouw | 4 | Mbo | 00:18:12 |
| 4 | Vrouw | 4 | Hbo | 00:16:14 |
| 5 | Vrouw | 4 | Mbo | 00:21:51 |
| 6 | Vrouw | 3 | Mbo | 00:19:39 |

### §3.1.2 Resultaten individuele interviews

**Hoofdthema 1: Emoties**

De respondenten hebben in de individuele interviews meerdere emoties beschreven die loskwamen tijdens het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Er zijn drie emoties naar voren gekomen, namelijk verdriet, angst en machteloosheid.

**Deelthema 1.1: Verdriet**

Vanuit alle zes de individuele interviews is naar voren gekomen dat verdriet een emotie is die elke respondent heeft gevoeld bij het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Dit verdriet kwam bij vier respondenten voort uit het zien van verdriet bij de patiënt en/of naasten. Ook heeft een respondent aangegeven het verdriet te herbeleven vanuit eigen persoonlijk verlies. Een andere respondent heeft aangegeven verdriet te hebben gevoeld bij patiënten voor wie langere tijd is gezorgd. Er was een band ontstaan tussen zorgverlener en zorgvrager.

*“Maar ook wel verdriet van… je ziet het verdriet van iemand anders en dat raakt je wel heel erg.”*

*“Het is echt meer verdriet van eigen ervaring, van ik weet wat het verlies is en meer het verdriet dat dat dan weer opbrengt.”*

*“Soms moet ik bijna meehuilen.”*

*“… ik moet professioneel blijven en dat ben ik dan ook wel, maar van binnen ben ik echt diep diep verdrietig eigenlijk, maar dat wil ik ook weer niet laten zien.”*

**Deelthema 1.2: Angst**

Drie respondenten hebben aangegeven angst te hebben gevoeld tijdens het zorgen. Eén respondent heeft gezegd dat deze angst voortkwam uit onzekerheid of er wel de juiste zorg was geboden, maar ook angst dat de student in de weg stond voor de collega’s. De andere respondent heeft aangegeven dat deze angst voortkwam uit het zien van een snel ziektebeloop. De respondent associeerde gebeurtenissen op de afdeling, zoals een snel ziektebeloop en overlijden, met het kunnen voorkomen in de eigen familiekring. De derde respondent heeft gezegd zelf erg bang te zijn voor de dood en dat gevoel wekte veel angst op.

*“Ik heb ook mensen in mijn familie die continue aan het roken zijn en dat is een van de grootste oorzaken van longkanker. Dat is ook wel echt die angst dat er iemand echt gaat overlijden.”*

*“Stukje angst, van doe ik het wel goed? Sta ik niet in de weg tijdens het zorgen?”*

**Deelthema 1.3: Machteloosheid**

Twee respondenten hebben aangegeven in de interviews de emotie machteloosheid te hebben gevoeld. Bij een respondent kwam de machteloosheid voort vanuit het gevoel niet meer veel te kunnen betekenen voor de patiënt. Ook bij de tweede respondent kwam de machteloosheid voort vanuit het gevoel iemand niet meer te kunnen helpen en de patiënt niet meer beter te kunnen maken.

*“Ik voel me dan ook wel een beetje machteloos, omdat ik niet zo veel kan doen.”*

*“Ja echt het gevoel van machteloosheid. Dat je niet veel meer voor iemand kan betekenen. Althans je kan altijd veel betekenen, maar ik bedoel je kan iemand niet meer beter maken.”*

**Hoofdthema 2: Praten als emotieverwerking**

Alle zes de respondenten hebben aangegeven te hebben gepraat over eigen emoties voor emotieverwerking. Vier verpleegkunde studenten hebben gezegd uit eigen initiatief naar collega’s te zijn gestapt om erover te praten. Twee verpleegkunde studenten vonden het heel moeilijk om zelf op collega’s af te stappen en vonden het fijner als de collega’s het initiatief namen om over de emoties te praten. Als de collega’s dit niet deden, werden de emoties opgekropt.

*“Het is vooral het praten, maar dat vind ik zelf gewoon erg fijn. Met praten geef ik het wel echt een plekje.”*

*“Het maakt niet uit met wie ik dan praat, of met mijn begeleider of de studenten. Ik kan eigenlijk bij iedereen wel terecht.”*

*“Ja, ik verwerk door te praten.”*

*“Soms dan vind ik het moeilijk om het erover te hebben. Dan krop ik het allemaal op.”*

*“Dan schuif ik het zelf ook weg. Dan denk ik van ik besteed er geen aandacht aan en dan zal het vanzelf wel weggaan.”*

**Deelthema 2.1: Externe steun**

Vijf van de zes respondenten hebben aangegeven externe steun te hebben gezocht voor het verwerken van de emoties. Er werd thuis gepraat over de gebeurtenissen die zich hebben plaatsgevonden op de afdeling. Er werd externe steun gezocht, wat voor de studenten bijdroeg aan het verwerken van de bestaande emoties.

*“Meestal praat ik er thuis over, mocht er iets naars gebeurd zijn.”*

*“Ja, het kan eigenlijk best wel snel gaan en dat bespreek ik dan wel thuis.”*

**Deelthema 2.2: Peersupport**

De helft van de geïnterviewde studenten hebben aangegeven het fijn te vinden om met andere studenten te praten over eigen ervaringen en behoeften na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase, ook wel peersupport genoemd. Eén student heeft veel steun gezocht bij andere studenten en vond het erg fijn om het te hebben over emoties die waren losgekomen bij een casus. De twee andere studenten gaven aan ook behoefte te hebben aan peersupport, vooral omdat er nauwelijks contact is met eigen klasgenoten, vanwege de COVID-19-pandemie.

*“En dan praat ik er ook over met medestudenten van oké dit is er zojuist bij mij gebeurd en zo voel ik mij daarbij. Daar is iedereen ook wel heel open over.”*

*“Ik denk een groepje studenten, want dan kan je ook een beetje sparren met elkaar in hoe de ander ermee omgaat.”*

**Hoofdthema 3: Confrontatie met de dood**

Vijf studenten hebben aangegeven dat de dood als erg confronterend wordt gezien. Zo wilde een student niet over de dood nadenken, omdat het als een erg zwaar onderwerp werd gezien. Het hebben gezien en hebben meegemaakt van een stervensfase, schetste voor de student wat de realiteit kan zijn en dat was erg confronterend. Ook vond een student het confronterend om te zien hoe snel en heftig een ziektebeloop kan zijn.

*“… ook al ga ik dan weer met een naar gevoel naar huis, van shit weetje dit gebeurt er ook in de wereld en dan denk ik ja, een beetje mixed feelings.”*

*“… en dan denk je wel even van oef… het kan echt wel heel snel gaan. Ja het is echt heel confronterend inderdaad ja.”*

*“… maar elke keer als ik de kamer opstap waarvan die overleden is, dan… ik voel dan helemaal van die rillingen. Ik voel me daar niet echt prettig bij.”*

*“Ik vind het best wel heftig en uhh… vervelend ook. Daarmee bedoel ik dan voornamelijk dat we hier op de afdeling ook heel jonge mensen tegenkomen en dat dat af en toe wel een klap in je gezicht is.”*

**Hoofdthema 4: Missende begeleiding**

Vier verpleegkunde studenten hebben begeleiding bij de stervensfase op de afdeling en op school gemist. Een respondent gaf aan dat er een aantal verpleegkundigen op de afdeling emoties en aandacht voor de leerling hebben laten varen, bijvoorbeeld als gevolg van werkdruk. Dit maakte het voor de student moeilijker om zelf naar de collega te stappen. Dezelfde respondent vond het moeilijk om naar eigen schooldocent te gaan met onverwerkte emoties, omdat de docent erg druk was. De student kreeg het gevoel de docent tot last te zijn. Een andere respondent heeft gezegd geen begeleiding te ontvangen vanuit de afdeling, tenzij de student daarom vroeg. De student zei dat er weinig aandacht is voor begeleiding van leerlingen bij de stervensfase.

*“Je krijgt hier geen begeleiding. Je krijgt hier pas begeleiding als je erom vraagt.”*

*“Maar echt heel veel aandacht is er niet, vind ik. Terwijl wij hier op de afdeling echt best wel veel overlijdens meemaken.”*

*“Er wordt pas over gesproken als jij voor een patiënt zorgt die een abstinerend beleid heeft.”*

**Deelthema 4.1: Educatietekort**

Vijf van de zes respondenten ervaarden een educatietekort over de stervensfase. De respondenten hebben educatie gemist, zowel op school als op de afdeling, over de stervensfase en eigen emoties.

*“En wat moet ik doen met mijn eigen emoties? Mag ik die laten zien? Moet ik die wegstoppen? Ben ik bijvoorbeeld stom als ik het laat zien?”*

*“Nou ik denk dat we er op school niet heel goed in zijn begeleid.”*

*“Je krijgt ontzettend veel klinische lessen over vitale functies en van de fysio en de diëtist, maar hier gaan ook mensen dood. Hoe vervelend het ook is. En daar wordt niet op ingespeeld.”*

*“Op stage is het meer van dat het uit mezelf is gekomen dat ik dacht van wat ik nou zo’n beleid of wat gebeurt er allemaal met iemand die in de stervensfase zit? Dus dat heb ik eigenlijk uit mezelf laten komen.”*

*“Ik denk theoriegericht, maar ook zeker het stukje emoties verwerken.”*

*“De emoties, het stukje over emoties, dan merk ik dat het bij school eigenlijk helemaal niet echt ter sprake is gekomen.”*

## §3.2 Demografische gegevens focusgroep

In totaal hebben er vijf verpleegkunde studenten deelgenomen aan de focusgroep. De deelgenomen participanten verschilden tussen het eerste, derde en vierde leerjaar. Er hebben studenten meegedaan met opleidingsniveau mbo en hbo. In totaal hebben er vier vrouwen deelgenomen en één man. De totale duur van de focusgroep bedroeg 00:39:34.

Tabel 4

*Demografische gegevens participanten focusgroep.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Participant | Geslacht | Leerjaar | Niveau |
| 1 | Vrouw | 3 | Mbo |
| 2 | Vrouw | 3 | Mbo |
| 3 | Vrouw | 4 | Hbo |
| 4 | Man | 1 | Mbo |
| 5 | Vrouw | 4 | Hbo |

### §3.2.1 Resultaten focusgroep interview

**Hoofdthema 1: Machteloosheid**

Alle vijf de respondenten hebben zich wel eens machteloos gevoeld tijdens het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Een respondent voelde dit vooral als de patiënt nog behandeld wilde worden, maar uiteindelijk toch kwam te overlijden. Drie studenten voelden zich machteloos door het gevoel niet veel betekend te kunnen hebben voor de patiënt als leerling zijnde. De studenten gaven aan dat er onzekerheid speelde over de rol van de leerling tijdens de verpleegkundige zorg. De vijfde respondent voelde machteloosheid, omdat de patiënten niet meer beter gemaakt konden worden.

*“Ik wil gewoon altijd iedereen heel graag helpen en iedereen beter maken en naar huis sturen, maar ja dat valt me dan gewoon echt wel heel zwaar als ik dat niet kan waarmaken. Je doet alsnog wel veel voor die patiënt in de stervensfase. Het is wel heel mooi, maar ook heel machteloos. Ja ik vind het gewoon heel zielig en heel sneu.”*

**Hoofdthema 2: Angst**

Vier respondenten hebben wel eens angst gevoeld tijdens het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Bij drie studenten kwam deze angst voort uit het gevoel van onzekerheid. Onzekerheid of er wel de juiste zorg werd geboden. De vierde student vond het heel angstig om oog in oog te staan met de dood. De student gaf aan erg bang te zijn voor de dood en vond het in aanraking komen met de dood erg confronterend.

*“Ja bang zijn om het fout te doen.”*

*“Ja, ik heb gewoon angst vanuit persoonlijkheid denk ik. Ik ben gewoon heel erg bang ervan. Ook de angst om, zoveel ervaring heb ik er gewoon niet mee, en om dan weer zo oog in oog te moeten staan dan ga ik echt nadenken van het kan zomaar opeens over zijn en dan komt er weer angst van je moet wel echt in het nu leven.”*

**Hoofdthema 3: Educatietekort**

Alle vijf de studenten ervaarden een educatietekort, zowel op school als op de afdeling zelf. Op school is de stervensfase minimaal behandeld. Er is wel theorie behandeld, maar er was weinig aandacht voor de emoties van de studenten. In het eerste en tweede leerjaar was er wel aandacht besteedt aan de stervensfase, maar dit kwam nauwelijks terug in het derde en vierde leerjaar. Een student vond het juist fijn om dit ook in de laatste leerjaren te behandelen, omdat er dan veel meer ervaring is opgedaan. Ook is er op de afdeling weinig informatie gegeven over de stervensfase en was het meer vanuit de studenten gekomen om hier informatie over op te zoeken.

*“Ja, maar ook gewoon dat het niet alleen in het 1e of 2e jaar wordt besproken, maar ook in de latere jaren, want dan heb je ook meer meegemaakt.”*

**Deelthema 3.1: Informatievoorziening**

Studenten gaven meerdere antwoorden over welke behoeften er zijn met betrekking tot informatievoorziening bij een educatietekort. Vier respondenten voelden zich onvoorbereid op het zorgen voor een patiënt in de stervensfase door een educatietekort. Eén respondent vond het fijn als er bij aanvang van de stage een klinische les was gegeven over de stervensfase. Op dit moment is er bij aanvang van stage een kennismaking en een quiz over de patiëntenpopulatie. De student miste de kopjes ‘de dood’ en ‘eigen emoties’ hierin.

Ook gaven de studenten aan dat er behoefte is aan uitleg van het Palliatief Advies Team [PAT] over de palliatieve- en stervensfase. De studenten wilden graag advies krijgen over zowel de benadering naar de patiënt en familie, maar ook over het hebben van eigen emoties en wat hiermee te kunnen doen. Ook was er de behoefte om een casusbespreking te doen.

*“Wat is de stervensfase überhaupt. Wat kan ik tegenkomen? Wat gebeurt er daarna met de patiënt, want dat had ik bijvoorbeeld dus echt nog nooit gehoord. Dat we hier een mortuarium hadden en iemand aan mij vroeg van ga je mee? Dat ik echt dacht van waarheen? Ik heb nog nooit gehoord wat er na een overlijden gebeurt.”*

*“En ook dat het benadrukt wordt dat je ook je emoties mag tonen tijdens het overlijden. Dat het ook niet erg is als je moet huilen bijvoorbeeld.”*

**Hoofdthema 4: Praten als emotieverwerking**

Alle respondenten hebben gepraat over eigen emoties, zodat deze ook zijn verwerkt. Dit werd zowel thuis als op de afdeling gedaan. De studenten praatten de emoties van zich af en hebben er op deze manier voor gezorgd dat de emoties een plekje hebben kunnen krijgen en zijn verwerkt.

*“Je praat het echt van je af en je kan het ook een plekje geven zo.”*

**Deelthema 4.1: Peersupport**

Alle studenten gaven aan gebruik te willen maken van peersupport. De studenten gaven aan graag te willen overleggen met andere studenten over ervaringen en meegemaakte casussen. De studenten gaven aan dat dit zou bijdragen aan het verwerken van de emoties.

*“Ja, gewoon met elkaar over kunnen praten denk ik. Dat je gewoon die gelegenheid en tijd krijgt om met elkaar te praten.”*

*“Ja, of dat er in ieder geval een keer per week de gelegenheid is, want niet iedereen is er natuurlijk op dezelfde dag, maar dat er dan wel de gelegenheid van wordt gemaakt een keer per week.”*

**Deelthema 4.2: Externe steun**

Alle studenten zochten externe steun voor het verwerken van de emoties. Twee respondenten deden dit voornamelijk wanneer er op de afdeling geen aandacht was besteed aan de emoties van de leerling, ten gevolge van bijvoorbeeld werkdruk. Er werd dan alsnog steun gezocht, maar dan extern.

*“… dan praat ik er thuis wel over en dan verwerk ik het zo maar, want ja dan moet het op een andere manier.”*

**Hoofdthema 5: Missende begeleiding**

Alle respondenten vonden dat de begeleiding bij de stervensfase meer vanuit de leerling moest komen, dan vanuit de collega’s zelf. Er was volgens de studenten te weinig aandacht voor de emoties van de leerlingen. Ook was het regelmatig zodanig druk op de afdeling, dat er geen tijd was om uitgebreid over emoties te kunnen praten. Dit zorgde ervoor dat de leerlingen met onverwerkte emoties naar huis gingen.

*“Het moet wel echt vanuit ons komen. Het is niet… althans zo ervaar ik het… dat ze er zelf naar vragen.”*

*“Ja en dat er dus gewoon meer aandacht is voor de emoties van de leerlingen.”*

*“Ja, soms is het gewoon zo druk dat je er ook niet echt fatsoenlijk over kan praten. Het zit dan gewoon niet lekker en dan wil je erover praten, maar dan soms gaat het gewoon niet…”*

# 4. Discussie

In dit hoofdstuk wordt er kritisch gekeken naar het praktijkgericht onderzoek. Er wordt aandacht besteedt aan overeenkomsten met de literatuur. Ook worden de sterke en zwakke punten van de onderzoeksmethode en uitvoering besproken en hoe er rekening is gehouden met validiteit. Als laatste wordt er beschreven wat de implicaties van het onderzoek zijn.

## §4.1 Literatuur met praktijkgericht onderzoek

Om antwoord te geven op de hoofdvraag: “Wat zijn de ervaringen en hieruit voortkomende behoeften van verpleegkunde studenten in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, afdeling longgeneeskunde F1 en F3, ten aanzien van het verwerken van eigen emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase?” is kwalitatief onderzoek verricht.

Vanuit onderzoek van Gül et al. (2020) is naar voren gekomen dat de drie meest voorkomende emoties tijdens het zorgen voor een patiënt in de stervensfase verdriet, angst en machteloosheid zijn. Uit het praktijkgericht onderzoek komt naar voren dat angst, verdriet en machteloosheid de meest voorkomende emoties zijn die opkomen bij het zorgen voor een patiënt in de stervensfase bij leerlingen van de afdeling longgeneeskunde. Het verdriet komt voort vanuit het zien van andermans verdriet, maar ook vanuit persoonlijk verlies van een naaste dat wordt herbeleefd. Angst komt voort vanuit onzekerheid het goed te willen doen als student zijnde, maar ook vanuit de confrontatie met de dood. Machteloosheid wordt gekoppeld aan het gevoel de patiënt niet meer beter te kunnen maken.

Om emoties te verwerken bij het zorgen voor een patiënt in de stervensfase beschrijft Edo-Gual et al. (2014) vier mogelijkheden. Ten eerste dat studenten de dood accepteren, omdat het bij het leven hoort. Ten tweede wordt er beschreven dat begeleiding vanuit gediplomeerd verpleegkundigen bijdraagt aan het verwerkingsproces van de emoties. Ten derde is er naar voren gekomen dat praten over de meegemaakte situatie helpt en als laatste draagt het betrokken zijn bij de patiëntenzorg bij aan het verwerken van de emoties. In het praktijkgericht onderzoek is uit de interviews gekomen dat alle participanten praten om eigen emoties te verwerken. Dit wordt gedaan met collega’s en medestudenten. Ook wordt er externe steun gezocht om over emoties te praten.

Vanuit wetenschappelijk onderzoek groeit het bewijs dat verpleegkunde studenten behoefte hebben aan meer educatie over de stervensfase (Gül et al., 2020; Edo-Gual et al., 2014; Garrino et al., 2017; Huang et al., 2010; Jafari et al., 2015; Hall-Lord et al., 2017; Heise & Gilpin, 2016). Uit de individuele interviews vanuit het praktijkgericht onderzoek komt naar voren dat 83,3% van de participanten een educatietekort ervaart over de stervensfase. Vanuit de focusgroep betrof dit 100% van de participanten. De educatietekort zit vooral in theorie, klinische blik ontwikkelen, benadering en wat te doen met eigen emoties.

## §4.2 Sterke en zwakke punten van de onderzoeksmethode

Voor het verkrijgen van de resultaten voor dit praktijkgericht onderzoek is er gebruikgemaakt van twee methoden van dataverzameling. Er is gebruik gemaakt van individuele semigestructureerde interviews en een focusgroep. Datatriangulatie draagt bij aan het vergroten van de geloofwaardigheid van het onderzoek. Ook is er gebruik gemaakt van peerdebriefing en member check om de geloofwaardigheid te vergroten (Dobber et al., 2016).

Tijdens de focusgroep is de onderzoeker ook gespreksleider geweest. Dit heeft in mogelijk bijgedragen aan het missen van non-verbale communicatie. De onderzoeker kent alle participanten, wat mogelijk ook weer onbewust ervoor heeft gezorgd dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek kan verlagen.

## §4.3 Sterke en zwakke punten van de uitvoering

Vanwege de COVID-19-pandemie heeft zich een aanpassing moeten voordoen in het afnemen van de focusgroep. Vanwege ziekte heeft één respondent online moeten aansluiten via Microsoft Teams. De participanten die live deelnamen, hadden allen een mondkapje op. Het gevolg hiervan is dat de onderzoeker geen en/of weinig non-verbale communicatie heeft kunnen waarnemen en dat het interview minder persoonlijk werd. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek verlagen.

Ook zijn er alleen studenten geïnterviewd die al meer dan vier maanden op de afdeling stageliepen. Na het verzamelen van alle data begon er net een nieuwe groep studenten, die op de afdeling nog niet in aanraking waren gekomen met het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Vanuit deze studenten kwam er ook geen responsgraad. Dit heeft ervoor gezorgd dat er minder individuele interviews zijn afgenomen dan in eerste instantie gewenst. Hierdoor is datasaturatie mogelijk nog niet bereikt.

Tijdens het afnemen van de focusgroep is er een ontspannen sfeer gecreëerd voor zowel de participanten als de onderzoeker. Dit is gedaan door middel van lekkernijen en een present achteraf. Hierdoor werd er een zodanige sfeer gecreëerd dat de participanten zich comfortabel voelden en het gevoel kregen dat er open en eerlijk kon worden geantwoord.

## §4.4 Validiteit

Voor dit onderzoek is kwalitatief onderzoek uitgevoerd via individuele interviews en een focusgroep om ervaringen en behoeften in kaart te brengen van verpleegkunde studenten ten aanzien van het verwerken van de emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. De interviews zijn afgenomen in een steekproef (N=11) die representatief is voor de huidige populatie. Er is geen onderscheid gemaakt op persoonlijke factoren. Op basis hiervan kan worden gesteld dat bij het nogmaals uitvoeren van dit onderzoek, de resultaten overeenkomen met de bovengenoemde resultaten en dat daarmee de resultaten van dit onderzoek valide zijn.

Het afnemen van een proefinterview met een onafhankelijke onderzoeker draagt bij aan de interne validiteit. Op deze manier is er nagegaan of er echt gemeten wordt wat de onderzoeker wil meten. Ook is er één interview gecodeerd door een onafhankelijke onderzoeker die niet betrokken is geweest bij het praktijkgericht onderzoek.

## §4.5 Implicatie van het onderzoek

Het praktijkgericht onderzoek kan van grote waarde zijn voor afdelingen binnen het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, waar palliatieve en terminale zorg voorkomt en verpleegkunde studenten werkzaam zijn. De aanbevelingen die opgesteld zijn, kunnen eraan bijdragen om de begeleiding van verpleegkunde studenten zo optimaal mogelijk te maken en studenten zo voorbereid mogelijk de stage kunnen beginnen. Doordat de resultaten ook voor een groot deel overeenkomen met de literatuur, is het onderzoek ook bruikbaar voor andere ziekenhuizen. Het onderzoek is dus bruikbaar en relevant voor de praktijk.

# 5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt een conclusie getrokken naar aanleiding van het kwalitatieve praktijkgericht onderzoek. In deze conclusie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag:

*“Wat zijn de ervaringen en hieruit voortkomende behoeften van verpleegkunde studenten in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, afdeling longgeneeskunde F1 en F3, ten aanzien van het verwerken van eigen emoties na het zorgen voor een patiënt in de stervensfase?”*

Op basis van het kwalitatieve praktijkgericht onderzoek kan worden geconcludeerd dat de verpleegkunde studenten op de afdeling longgeneeskunde de emoties van verdriet, angst en machteloosheid ervaren tijdens het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Studenten voelen zich onvoorbereid om voor een patiënt in de stervensfase te zorgen. De twee grootste factoren die bijdragen bij het onvoorbereide gevoel en opkomende emoties zijn missende begeleiding en een educatietekort.

De begeleiding moet op de afdeling merendeels uit eigen initiatief van de studenten komen, in plaats vanuit de gediplomeerd verpleegkundigen. Het gevolg hiervan kan zijn dat emoties niet (kunnen) worden verwerkt en studenten ervaren dit als missende begeleiding. Missende begeleiding kan een gevolg zijn van de forse werkdruk op de afdeling. Studenten zoeken vaker externe steun om eigen emoties te verwerken. Er wordt gepraat over de emoties om deze te kunnen verwerken. Dit wordt gedaan met collega’s, medestudenten of er wordt externe steun gezocht. Niet alle studenten voelen zich er comfortabel bij om uit eigen initiatief te praten over de emoties. Als collega’s op dat moment niet doorvragen, kan het voorkomen dat de studenten eigen emoties opkroppen, wat zorgt voor onverwerkte emoties.

Verpleegkunde studenten ervaren een educatietekort over de stervensfase. De gebieden waarin deze educatietekort zit zijn kennistekort in de theorie, klinische blik, proces van start stervensfase tot na het overlijden en studenten missen educatie over eigen emoties. Er is op school theorie behandeld over de stervensfase, maar over emoties van de studenten is te weinig aandacht aan besteedt. Deze factor draagt bij aan onwetendheid over eigen emoties. Ook is er vanuit de afdeling longgeneeskunde te weinig educatie gegeven over de stervensfase. Studenten hebben zelf het initiatief genomen om meer informatie over de stervensfase op te zoeken.

Een van de behoeften van verpleegkunde studenten hierbij is extra educatie. Dit in de vorm van een klinische les bij aanvang van de stage tijdens de introductiedag. De onderwerpen waarover meer educatie moet worden gegeven zijn: theorie over de stervensfase, klinische blik ontwikkelen, het proces van stervensfase en ook wat studenten kunnen doen bij eigen emoties.

Een andere behoefte van de studenten wat bijdraagt aan de educatie is informatievoorziening vanuit het Palliatief Advies Team [PAT]. Studenten vinden het fijn om meer informatie te krijgen over wat nou de palliatieve- en stervensfase inhoudt. Ook ligt de behoefte bij een casusbespreking vanuit het PAT-team.

Als laatste ligt de behoefte bij peersupport als opvulling voor missende begeleiding. Studenten willen graag in vaste groepjes studenten ervaringen en casussen delen, wat bijdraagt aan het verwerken van eigen emoties. De behoefte ligt aan een intervisie met een vaste groep studenten voor één keer per week, waarbij de studenten die aanwezig zijn de gelegenheid krijgen om gebruik te maken van peersupport. De behoefte ligt specifiek bij een vaste groep studenten, zodat er ook een vertrouwensband gecreëerd kan worden om echt dieper op eigen emoties in te kunnen gaan.

# 6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden concrete aanbevelingen beschreven. Met deze aanbevelingen wordt ernaar gestreefd om de behoeften van verpleegkunde studenten bij het zorgen voor een patiënt in de stervensfase te optimaliseren.

## §6.1 Klinische les stervensfase

Uit zowel de individuele interviews als de focusgroep is gebleken dat er een educatietekort speelt over de stervensfase bij de verpleegkunde studenten. Het gevolg van deze educatietekort is dat studenten de emoties van verdriet, angst en machteloosheid voelen. Alle participanten hebben aangegeven een klinische les te willen krijgen. Er is aangegeven dat hier de volgende onderwerpen aan bod moeten komen:

* Theorie over de stervensfase;
* Klinische blik ontwikkelen bij patiënten in de stervensfase;
* Proces van start stervensfase tot na overlijden;
* Wat te doen met eigen emoties en bij wie kunnen studenten terecht hiervoor?

Er is aangegeven dat de behoefte vanuit de studenten ligt bij een klinische les bij aanvang van de stage. Voor elke groep nieuwe studenten is er een introductiedag, waarbij deze klinische les gegeven kan worden. De klinische les kan worden gegeven door de praktijkopleider die bij de introductiedag aanwezig is of door een van de aandachtsvelders van palliatieve zorg, dit zijn een aantal verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling longgeneeskunde. In deze klinische les worden studenten voorbereid en ingelicht over de stervensfase, door middel van een interactieve presentatie. Er zitten geen verdere kosten verbonden aan deze aanbeveling.

## §6.2 Peersupport

Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat verpleegkunde studenten het contact met een vaste groep studenten missen om ervaringen, casussen en emoties te bespreken. De studenten missen het kunnen sparren met medestudenten over situaties die zijn voorgekomen op de afdeling. Er wordt aanbevolen om op de afdeling longgeneeskunde bij aanvang van stage vaste groepjes studenten te vormen die gebruikt worden voor peersupport. De behoefte ligt bij een intervisie met een vaste groep studenten voor één keer per week, waarbij de studenten die aanwezig zijn de gelegenheid krijgen om gebruik te kunnen maken van peersupport. De behoefte ligt specifiek bij een vaste groep studenten, zodat er ook een vertrouwensband kan worden gevormd om dieper op eigen emoties in te kunnen en durven gaan. Dit wordt gedaan op vaste tijdstippen, zodat er vroegtijdig kan worden geanticipeerd op de afwezigheid van de studenten op de afdeling door de verpleegkundigen. Er wordt wekelijks een vergaderruimte gereserveerd voor de leerlingen. Er zitten geen verdere kosten verboden aan deze aanbeveling.

## §6.3 Informatievoorziening vanuit het Palliatief Advies Team

Er is naar voren gekomen vanuit het onderzoek dat studenten de behoefte hebben aan uitleg over de palliatieve- en stervensfase van het Palliatief Advies Team. De studenten willen graag meer informatie over de benadering naar de patiënt en naasten, maar ook over het hebben van eigen emoties en wat hiermee te doen. Ook is er de behoefte om een casusbespreking te doen vanuit het PAT-team. Hierin wordt dan een casus gedeeld met de verpleegkunde studenten, waarbij de studenten samen met het PAT-team kunnen sparren over de gehele situatie. Er wordt geadviseerd dit één keer per maand te doen. Dit zodat er ruim van tevoren duidelijke afspraken gemaakt kunnen worden wie er aanwezig kunnen zijn en dat hier ook vroegtijdig tijd en ruimte voor vrijgemaakt kan worden, voor zowel de leerlingen, collega’s van het PAT-team als voor de verpleegkundigen die achterblijven op de afdeling. Er zijn geen verdere kosten verbonden aan deze aanbeveling.

# 7. Communicatie

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de bevindingen en aanbevelingen uit het praktijkgericht onderzoek zijn gecommuniceerd naar de belanghebbenden in de praktijk. De belanghebbenden in de praktijk zijn in dit geval de praktijkopleider, teamleider en opdrachtgever.

## §7.1 Communicatie naar belanghebbenden

De resultaten, conclusie en aanbevelingen zijn gecommuniceerd met de praktijkopleider, teamleider en opdrachtgever van de afdeling longgeneeskunde. Dit is gedaan door middel van een live presentatie, met behulp van een poster. Er is gekozen voor een live posterpresentatie (zie Bijlage 14), omdat het persoonlijk is en er ook meteen de gelegenheid bestaat om op elkaar te reageren, vragen te kunnen stellen en informatie te verduidelijken.

Er is samen gekeken met de belanghebbenden wat er te realiseren valt in de praktijk. De praktijkopleider, teamleider en opdrachtgever schrokken van de conclusie, maar waren allen wel heel enthousiast over de aanbevelingen en gaven aan dat er draagvlak is om de aanbevelingen te implementeren. Zo gaf de opdrachtgever aan (aandachtsvelder palliatieve zorg) dat er een klinische les middels een presentatie klaarligt en deze ook zeker gebruikt kan worden voor de nieuwe groep leerlingen. Deze wordt nu namelijk helemaal niet gebruikt.

Qua peersupport vonden de belanghebbenden één keer per week roostertechnisch erg moeilijk te realiseren. Er is toen samen voor gekozen dat dit wel gerealiseerd kan worden als dit één keer per maand zal zijn en hierbij ook een vaste begeleider bij zal zitten. Dit wordt een vaste begeleider per groep, zodat er een vertrouwensband gecreëerd wordt.

Bij de laatste aanbeveling over het PAT-team, gaf opdrachtgever aan dat dit best belastend zou zijn voor het PAT-team om maandelijks langs te moeten komen. Er zijn een aantal aandachtsvelders palliatieve zorg die ter vervanging van het PAT-team kunnen komen en uitleg kunnen geven over de palliatieve- en stervensfase en ook maandelijks een casusbespreking kunnen houden met de studenten.

Aangezien ik op de afdeling blijf werken, is er ter sprake gekomen dat ik misschien aanwezig zal zijn bij de introductiedag van de nieuwe leerlingen om ook deze resultaten en conclusie te delen met de leerlingen en zodat ik aanwezig zal zijn bij de eerste klinische les over de stervensfase.

## §7.2 Vervolgonderzoek

Tijdens het delen van de aanbevelingen is er ook gesproken over een eventueel vervolgonderzoek. Een nuttig vervolgonderzoek zou zijn als er wordt onderzocht hoe verpleegkundigen leerlingen begeleiden bij het zorgen voor een patiënt in de stervensfase. Zo wordt er inzichtelijk gemaakt hoe verpleegkundigen begeleiding bieden en hoe dit aansluit bij de wensen van de leerling. Dit onderwerp is genoteerd door de praktijkopleider en wordt meegenomen naar de volgende groep studenten.

# 8. Literatuurlijst

Avans Hogeschool. (z.d.). *Homepagina*. Geraadpleegd 14 januari 2021, van <https://www.avans.nl>

Baarda, B., & Van der Hulst, M. (2017). *Basisboek Interviewen* (4de editie). Groningen, Nederland: Noordhoff.

Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Dobber, J., Harmsen, J., & Van Iersel, M. (2016). *Klinisch redeneren en evidence-based practice.* Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Donders, T. (2018, 26 juli). *Wat is transcriptie? Woordelijk vs. verbatim transcripties.* Geraadpleegd op 14 december 2020, van <https://www.amberscript.com/nl/handmatige-transcriptie/woordelijke-vs-verbatim-transcriptie>

Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Bardallo-Porras, D., & Monforte-Royo, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(23-24), 3501-3512. doi:10.1111/jocn.12602

Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis. (z.d.). *Homepagina.* Geraadpleegd op 14 januari 2021, van <https://www.etz.nl>

Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen, kunst én kunde.* Amsterdam, Nederland: Boom Lemma uitgevers.

Ferdie Migchelbrink Consultancy. (z.d.). *Half open en volledig gestructureerde of gestandaardiseerde interviews.* Geraadpleegd op 11 januari 2021, van <http://www.actie-onderzoek.nl/pdf/gestructureerde%20interviewswebsitegereed.pdf>

Garrino, L., Contratto, C., Massariello, P., & Dimonte, V. (2017). Caring for Dying Patient and Their Families: The Lived Experiences of Nursing Students in Italy. *Journal of Palliative Care, 32*(3-4), 127-133. doi:10.1177/0825859717745169

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal, 204*(6)*,* 291-295. Geraadpleegd op 12 januari 2021, van <https://www.nature.com/articles/bdj.2008.192>

Gül, S., Karabulut, S. D., Eren, H., Iskender, M. D., Baykara, Z. G., Keles, S., . . . Yalim, N. Y. (2020). Nursing Students’ Experiences With Death and Terminal Patients During Education. *Journal of Death and Dying, 0*(0), 1-22. doi:10.1177/0030222820950510

Hall-Lord, M. L., Petzäll, K., & Hedelin, B. (2017). Norwegian and Swedish nursing students’ concerns about dying. *Nordic Journal of Nursing Research, 38*(1), 18-27. doi:10.1177/2057158517709408

Heise, B. A., & Gilpin, L. C. (2016). Nursing Students’ Clinical Experience With Death: A Pilot Study. *Nursing Education Perspectives, 37*(2), 104-106. doi:10.5480/13-1283

Hogeschool van Amsterdam. (2019, 22 juli). *5. Transcriberen.* Geraadpleegd op 14 december 2020, van <https://www.hva.nl/ondernemerschap/onderzoek/failure--recovery/onderwijsmodule-project-fenix/transcriberen/3.-transcriberen-kopie.html>

Huang, X.-Y., Chang, J.-Y., Sun, F.-K., & Ma, W.-F. (2010). Nursing students’ experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 19*(15-16), 2280-2290. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03090.x>

Jafari, M., Rafiei, H., Nassehi, A., Soleimani, F., Arab, M., & Noormohammadi, M. R. (2015). Caring for Dying Patients: Attitude of Nursing Students and Effects of Education. *Journal of Palliative Care, 21*(2), 192-197. doi:10.4103/0973-1075.156497

Kerstjens, H. A. M., Groen, H. J. M., Nossent, G. D., Van der Werf, T. S., Van den Berge, M., & Slebos, D. J. (2017). Longziekten. *Leerboek interne geneeskunde,* 551-628. doi:[10.1007/978-90-368-1841-4\_16](https://dx.doi.org/10.1007%2F978-90-368-1841-4_16)

Martí-García, C., Fernández-Alcántara, M., Ruíz-Martín, L., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C., & García-Caro, M. P. (2017). Facing death. Student’s thoughts towards the feeling of their own death. *Anales de psicología, 33*(3), 630-640. doi:10.6018/analesps.33.3.248351

Meijers, J. (2013, 6 december). *Te veel leed kan compassiemoeheid veroorzaken.* Geraadpleegd op 19 november 2020, van <https://mijn.bsl.nl/compassiemoeheid/689254>

Mulders, L. (2018, 21 mei). *Praten over emoties: hoe, wat en waarom?* Geraadpleegd op 20 november 2020, van <https://www.psychologievandaag.nl/zelf-doen/praten-over-emoties-hoe-wat-en-waarom/>

Mund, M., & Mitte, K. (2012). The costs of Repression: A Meta-Analysis of the Relation Between Repressive Coping and Somatic Diseases. *Health Psychology, 31*(5), 640-649. doi:[10.1037/a0026257](https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1037%2Fa0026257)

Nariman, M., & Domingus, M. (2017, juni). *Standaard EUR Informed Consent Formulier.* Geraadpleegd op 19 december 2020, van <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiKzcHW89ftAhVEyaQKHZFaDD4QFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.eur.nl%2Fsites%2Fcorporate%2Ffiles%2FStandaard_EUR_Informed_Consent_Formulier_template_v.0.1._201706.docx&usg=AOvVaw2pNjidej9HHiFBsl2hejq1>

Pallialine. (2010, 8 november). *Zorg in de stervensfase.* Geraadpleegd op 13 december 2020, van <https://www.pallialine.nl/stervensfase>

Universiteit van Amsterdam. (z.d.). *Informed consent*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://rdm.uva.nl/plannen/informed-consent/informed-consent.html>

Van der Pligt, J., & Blankers, M. (2013). *Survey-onderzoek: de meting van attitudes en gedrag.* Amsterdam: Boom Lemma.

Verhoef, J., Kuiper C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C. D., & Rosendal, H. (2019). *Praktijkgericht onderzoek.* Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Volksgezondheid en Zorg. (2019). *Ranglijst doodsoorzaken op basis van sterfte.* Geraadpleegd op 13 december 2020, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/ranglijst/ranglijst-doodsoorzaken-op-basis-van-sterfte>

Weurlander, M., Lönn, A., Seeberger, A., Broberger, E., Hult, H., & Wernerson, A. (2018). How do medical and nursing students experience emotional challenges during clinical placements? *International Journal of Medical Education,* (9), 74-82. doi:[10.5116/ijme.5a88.1f80](https://dx.doi.org/10.5116/ijme.5a88.1f80)

Zorg voor Data. (2018). *HSMR 2018*. Geraadpleegd op 13 december 2020, van <https://www.etz.nl/ETZWebsite/files/81/81f0fed1-2559-48e5-85ff-ee8a94b823ac.pdf>

# 

# Bijlage 1: Zelfbeoordeling professioneel gedrag



# Bijlage 2: Feedbackformulier opdrachtgever



# Bijlage 3: Participatiebrief



# 

# Bijlage 4: Informed consent



# 

# Bijlage 5: Topiclijst individuele interviews



# Bijlage 6: Aangepaste topiclijst individuele interviews



# 

# Bijlage 7: Transcripten individuele interviews



# Bijlage 8: Codeboek individuele interviews



# Bijlage 9: Codeboek individuele interview onafhankelijke onderzoeker



# Bijlage 10: Member check individuele interviews



# Bijlage 11: Topiclijst focusgroep



# Bijlage 12: Transcript focusgroep



# Bijlage 13: Codeboek focusgroep



# Bijlage 14: Poster communicatie

