



KWALITEIT VAN LEVEN NA EEN HEUPFRACTUUR

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaren
kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen na
een heupfractuur

Jeannette van der Ploeg
Studentnummer: 429062
Master Advanced Nursing Practice
Saxion Enschede
Cohort 2015 – 2017
Meesterproefverslag EBP 3
Meesterproefbegeleider en
1^e beoordelaar Saxion: dr. I.R. Faber
2^e beoordelaar Saxion: dr. A. Bieleman
Praktijkopleider Isala: dr. A.M. Kamper
Mei 2017

Verklaring van originaliteit

Hierbij verklaar ik, Jeannette van der Ploeg, geboren op 29 mei 1966 te Eindhoven, als auteur van dit onderzoeksverslag, dat het kwalitatieve onderzoek: "Kwaliteit van leven na een heupfractuur" niet eerder is uitgevoerd. Indien ik gebruik heb gemaakt van reeds eerder verricht onderzoek door anderen, dan wordt dit in de tekst vermeld. Het onderzoek is door mijzelf uitgevoerd, met ondersteuning van Saxion te Enschede en collegae van het opleidingsinstituut Isala te Zwolle en Meppel.

Toestemming voor dit onderzoek is verleend door de Medisch Ethische Toetsing Commissie en de Raad van Bestuur van Isala te Zwolle.

Zwolle, mei 2017

Voorwoord

Met plezier laat ik u mijn onderzoeksverslag lezen. Deze meesterproef is uitgevoerd ten behoeve van de opleiding Master Advanced Nursing Practice die ik volg aan Saxion te Enschede. De totstandkoming van dit onderzoek en dit verslag was een proces dat niet altijd even gemakkelijk is geweest. Behalve dat het een eerste kennismaking heeft opgeleverd met de uitvoering van een onderzoek, heeft het me veel geleerd over mijzelf.

In mijn werk als verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde in Isala te Zwolle en Meppel heb ik dagelijks te maken met de kwetsbare, oudere patiënt, opgenomen met een heupfractuur na een val. Bij deze patiënten is het van belang om te achterhalen hoe zij thuis functioneerden voor de val en welke factoren meespelen in hun kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid is de conditie bij ouderen die geassocieerd is met een verhoogd risico op vooral fysiek functieverlies (VMS, 2016). Indien de kwetsbaarheid in grote mate aanwezig is, wordt de internist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar. De verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde wordt verantwoordelijk voor de dagelijkse, klinische behandeling van deze patiënten onder supervisie van de internist ouderengeneeskunde. Een heupfractuur is een ingrijpende gebeurtenis met een aanzienlijk effect op het leven van de kwetsbare oudere. Met dit onderzoek heb ik geprobeerd weer te geven hoe zij hun kwaliteit van leven ervaren na de heupfractuur.

Graag zou ik een aantal mensen willen bedanken die mij tijdens de onderzoeksperiode hebben geholpen. Allereerst wil ik alle participanten bedanken die open en eerlijk hun ervaringen en gevoelens met mij deelden. Daarnaast wil ik mijn collega's, medestudenten en docenten bedanken die mij op allerlei manieren hebben geholpen en gesteund, waarvan een aantal in het bijzonder: Sanneke, heel erg bedankt voor al je steun in de afgelopen tijd, ik bewonder je analytisch vermogen. Marian, bedankt voor je feedback en je nuchtere benadering. Ad, bedankt voor de begeleiding als praktijkleermeester. Irene, ook al was het niet altijd makkelijk, bedankt voor je kritische beoordeling en begeleiding. Als laatste wil ik mijn partner Ton bedanken voor zijn rustige aanwezigheid, de mentale steun tijdens alle uren die ik aan dit onderzoek spendeerde.

Jeannette van der Ploeg
Mei 2017

Inhoud

Samenvatting.....	5
Abstract.....	6
1. Inleiding.....	7
2. Methodologie.....	10
2.1 Onderzoeksdesign.....	10
2.2 Onderzoeksveld.....	10
2.3 Onderzoekspopulatie.....	10
2.4 Dataverzameling.....	10
2.5 Data analyse.....	11
2.6 Methodologische kwaliteit.....	12
2.7 Ethische aspecten.....	12
3. Resultaten.....	14
3.1. De participanten.....	14
3.2. Kwaliteit van leven.....	15
De balans is aangetast.....	16
Ik ben héél zelfstandig.....	18
Veerkracht.....	20
Ik ben nu echt een oud mens.....	22
4. Discussie.....	24
5. Conclusie.....	28
Literatuurlijst.....	30

Bijlagen.....	33
Bijlage 1 Zoekstrategie.....	33
Bijlage 2 Codeboom.....	34
Bijlage 3 Topiclijst.....	35
Bijlage 4 Informed Consent	36
Deelnemers informatie	36
Toestemmingsverklaring.....	37

Samenvatting

Aanleiding: Vallen is een veelvoorkomend fenomeen bij ouderen en leidt tot een toename van ziekenhuis opnames met invaliditeit en sterfte tot gevolg. Van de 40.000 ziekenhuisopnames per jaar vanwege valincidenten, heeft ongeveer 33% een heupfractuur. Een heupfractuur leidt tot afhankelijkheid van een hulpmiddel, van zorg en valangst, wat mogelijk invloed heeft op de ervaren kwaliteit van leven. De verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde in Isala te Zwolle en Meppel is nauw betrokken bij de behandeling van de kwetsbare oudere die wordt opgenomen met een heupfractuur. Het is onduidelijk welke factoren van invloed zijn op de ervaren kwaliteit van leven van de kwetsbare oudere en dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: *Wat betekent kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen, ouder dan 70 jaar, postoperatief na een heupfractuur?*

Onderzoekopzet en methode: In dit kwalitatieve, fenomenologische onderzoek werd door middel van diepte-interviews achterhaald welke factoren van belang zijn voor de ervaren kwaliteit van leven. Door middel van doelgerichte sampling werden tien participanten geselecteerd. De dataverzameling eindigde bij datasaturatie. De interviews werden getranscribeerd en geanalyseerd volgens de methode van Colaizzi. De afgenomen interviews werden in stappen voorzien van codes en ondergebracht in thema's. Een deel van de data is onafhankelijk geanalyseerd door twee andere onderzoekers.

Resultaten: De analyse leverde vier hoofdthema's op: 'de balans is aangetast', 'ik ben héél zelfstandig', 'veerkracht' en 'echt een oud mens'. Deze hoofdthema's, voortgekomen uit 12 subthema's, zijn niet op zichzelf staand maar zijn verbonden en beïnvloeden elkaar.

Conclusie: Veerkracht, stressfactoren en de karaktereigenschappen van de participant zijn bepalend voor de acceptatie van het functieverlies, de verminderde mobiliteit en valangst en bepalen mede de ervaren kwaliteit van leven. De sociale context: het hebben van voldoende familiale- en sociale contacten is een belangrijke factor die de kwaliteit van leven positief kan beïnvloedt. Het ontbreken van overleg en afstemming over de behandeling heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Het is aan te bevelen dat de verpleegkundig specialist de verwachtingen van de patiënt bespreekbaar maakt en deelt met alle betrokken zorgverleners tijdens opname. Door het optimaliseren van de samenwerking met de huisarts, thuiszorg en (geriatrie) revalidatiezorg kan zij zorgen voor een verbetering van de communicatie die resulteert in betere zorg en kwaliteit van leven.

Abstract

Background: Falling is a common phenomenon in the ageing population and leads to an increasing number of hospitalizations with invalidity and mortality as a result. Yearly, approximately 33% of the 40.000 patients that are hospitalized after falling, are diagnosed with a hip fracture. Hip fracture can lead to dependence on a mobility aid, need for care and fear of falling, which can influence the experienced quality of life. The geriatric nurse practitioner is closely involved in the treatment for frail elderly following a hip fracture in Isala Zwolle and Meppel. It is unclear what factors have impact on the experienced quality of life of frail elderly, which has led to the following research question: *What does quality of life mean to frail elderly, older than 70 years of age, postoperative after a hip fracture?*

Study design and methods: In this qualitative phenomenological design in-depth interviews give insight to what factors are relevant for the experienced quality of life. Ten participants were selected by purposive sampling. The data collection was determined at the point of data saturation. Interviews were transcribed and analysed, according to the method of Colaizzi. The interviews were coded step-by-step and placed in to themes. The data was partly analysed independently by two other researchers.

Results: The analysis results in four main themes: 'the balance is affected', 'I am very independent', 'resilience' and 'really an old person'. These main themes, formulated from twelve subthemes, are not isolated but are connected and affect each other.

Conclusion: Resilience, stress factors and personality traits of the participant are determining for the acceptance of loss of function, reduced mobility and fall anxiety and co-determine the experienced quality of life. Social context: having sufficient family and social contacts is an important factor of influence on the experienced quality of life. Being unable to deliberate about the treatment has a negative impact on the quality of life. It is recommended that the nurse practitioner discusses the patients expectations and share these with all the caregivers involved, during hospitalization. By optimising the collaboration with the general practitioner, home care and (geriatric) rehabilitation, communication might improve and result in better care and quality of life.

1. Inleiding

Vallen is een veelvoorkomend probleem in onze vergrijzende maatschappij. In 2015 hebben 97.400 personen van 65 jaar of ouder een spoedeisende hulp afdeling bezocht als gevolg van een valongeval. Van deze groep werden 38.600 personen opgenomen in het ziekenhuis en 3.260 personen overleden als gevolg van dit valongeval. De jaarlijkse totale directe medische kosten na een valongeval bij een bezoek aan de spoedeisende hulp of bij een ziekenhuisopname, bedroegen 912 miljoen euro in 2015. Bijna de helft van deze kosten kwam voort uit de zorg voor de slachtoffers van 85 jaar en ouder. Eén van de meest voorkomende type letsels na een valongeval is een heupfractuur; een derde van de gevallen ouderen werd opgenomen in verband met een heupfractuur (33%, 13.000). Het percentage van deze ouderen met een heupfractuur die zijn opgenomen, neemt toe met de leeftijd: 18% was 65–69 jaar tot ruim 40% was 85 jaar of ouder. Het aantal ziekenhuisopnames door valincidenten zal naar verwachting in 2030 stijgen tot 63.000 per jaar. Deze prognose is gebaseerd op de aanname dat de leeftijd- en geslacht specifieke incidentie gelijk blijft aan die van 2015 (Veiligheid NL, 2017).

Een heupfractuur is een ingrijpende gebeurtenis met een aanzienlijk effect op het leven van de kwetsbare oudere. In Isala te Zwolle is vanuit de *'Samenwerking Traumachirurgie en Ouderengeneeskunde bij Kwetsbare patiënten'*, de STOK studie uitgevoerd. In dit kwantitatieve onderzoek, dat nog niet is afgerond, werd onder andere het niveau van functioneren ten aanzien van de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), vóór en zes maanden na de heupfractuur, gemeten. Uit de nog ongepubliceerde resultaten blijkt dat een groot aantal patiënten zes maanden na de heupfractuur wel het ADL niveau van voor de val heeft bereikt, maar ontevreden is over de huidige situatie. Er lijkt een afname van de kwaliteit van leven. Het is echter onduidelijk welke factoren van invloed zijn op de ervaren kwaliteit van leven bij deze kwetsbare ouderen, in de STOK studie is geen kwaliteit van leven gemeten. Met deze meesterproef is geprobeerd te achterhalen welke factoren van invloed zijn op de ervaren kwaliteit van leven bij deze kwetsbare ouderen. Met kwaliteit van leven wordt in dit onderzoek de *'aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven'* bedoeld en omvat de mate van functioneren van een persoon op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve beoordeling van de persoon over zijn eigen gezondheid. Kwaliteit van leven wordt door Sprangers (2013) beschreven aan de hand van de drie verschillende domeinen: het lichamelijke, psychische en sociale domein. Het lichamelijke domein bestaat uit het lichamelijk functioneren en symptomen zoals pijn. Het psychische domein omvat psychische klachten, zoals angstige of depressieve gevoelens of juist positieve gevoelens. Het sociale domein bestaat uit de kwantiteit en de kwaliteit van de sociale contacten. Meerdere

kwantitatieve onderzoeken gebruiken de EQ-5D, een gestandaardiseerd meetinstrument, waarmee op vijf gezondheidsniveaus de kwaliteit van leven wordt gemeten: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie (Brooks, 1996).

Een heupfractuur resulteert vaak in een afname van de mobiliteit waardoor afhankelijkheid ontstaat. Hierdoor neemt het vermogen om zelfstandig te blijven wonen af. Dit heeft waarschijnlijk invloed op de kwaliteit van leven bij deze kwetsbare groep (Tidermark, Zethraeus, Svensson, Törnkvist & Ponzer, 2002). In een systematische review (Peeters et al., 2016) werden kwantitatieve onderzoeken geïnccludeerd die gebruik maakten van gestandaardiseerde meetinstrumenten om de kwaliteit van leven te meten. Een verminderde cognitie en een slechte voedingstoestand lijken de kwaliteit van leven negatief te beïnvloeden. Daarnaast zorgt het ontstaan van postoperatieve complicaties, een verlengde opnameduur en het vrouwelijk geslacht voor lagere scores op de ervaren kwaliteit van leven. De conclusie van de review is dat de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven wel herstelt in de eerste zes maanden postoperatief, maar niet terug komt op het preoperatieve niveau (Peeters et al., 2016).

Volgens een aantal kwantitatieve onderzoeken (Parsons, Griffin, Achten, Fernandez & Costa, 2015; Parlevliet, Mac Neil, Buurman, de Rooij & Bosmans, 2016) zou de gemeten kwaliteit van leven vóór opname een goede voorspeller zijn voor de situatie postoperatief. Volgens Parsons et al. (2015) resulteert dit in een kortere opnameduur, minder heropnames en een lagere mortaliteit. Het onderzoek van Parlevliet et al. (2016) toont aan dat er drie maanden na de heupfractuur behalve een lager risico op mortaliteit, minder functieverlies is. De conclusie van dit onderzoek is dat de ervaren kwaliteit van leven vóór opname gebruikt zou kunnen worden om te differentiëren tussen een mogelijk goede of slechte uitkomst en zodoende gebruikt zou kunnen worden bij behandeladviezen tijdens opname.

Naast het ontstaan van complicaties na de heupoperatie lijkt pijn een negatieve invloed te hebben op de ervaren kwaliteit van leven. De verminderde mobiliteit lijkt te zorgen voor valangst en een afname van zelfvertrouwen (Taylor, Barelli & Harding, 2010). De valangst resulteert in het vermijden van activiteiten waardoor functieherstel wordt belemmerd en de mobiliteit verder afneemt (Jellesmark, Herling, Egerod & Beyer, 2012). In een recent kwalitatief onderzoek werden participanten twee tot vijf dagen na de heupoperatie geïnterviewd, de lange termijn beleving is niet meegenomen. De participanten hebben bij het ontstaan van de fractuur wel vertrouwen in het herstel, maar gedurende de opname ontstaat onzekerheid en wordt psychische begeleiding door de zorgverleners gemist (Gesar, Hommel, Hedin & Bååth, 2017). Begeleiding en steun vanuit een goed sociaal netwerk met daarnaast goede financiële omstandigheden lijken juist een positief

effect te hebben op de kwaliteit van leven van ouderen in het algemeen (Webb, Blane, McMunn, & Netuveli, 2011).

In een kwalitatief onderzoek zijn patiënten en mantelzorgers geïnterviewd over hun ervaringen tijdens de revalidatie na een heupfractuur en het effect daarvan op de kwaliteit van leven. Zij geven aan dat er een interactie bestaat tussen de verschillende factoren. Zo lijkt de mate van mobiliteit effect te hebben op zelfzorg, de dagelijkse activiteiten zoals tuinieren, boodschappen doen en op het psychisch welbevinden. De mobiliteit voor de heupfractuur, de aanpassing aan de verminderde mobiliteit voor of na de heupfractuur en de acceptatie van het ouder worden, lijken van invloed op de ervaren kwaliteit van leven (Griffiths et al., 2015).

De wetenschappelijke literatuur geeft verschillende factoren weer die een rol spelen bij de ervaren kwaliteit van leven na een heupfractuur, een goede inschatting daarvan lijkt van belang. Dit roept de vraag op of de kwaliteit van leven die gemeten wordt met de verschillende meetinstrumenten aansluit bij de werkelijke ervaringen van de kwetsbare ouderen waar de onderzoeker mee te maken heeft. Deze kwalitatieve studie onderzoekt daarom welke factoren van invloed zijn op de ervaren kwaliteit van leven aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

Wat betekent kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen, ouder dan 70 jaar, postoperatief na een heupfractuur?

Dit kwalitatieve onderzoek leidt tot een toename van kennis over de ervaringen van deze kwetsbare ouderen postoperatief na een heupfractuur. Deze kennis kan door de verpleegkundig specialist worden gedeeld met de verschillende betrokken zorgverleners, zowel intra- als extramuraal, waardoor de behandeling beter afgestemd kan worden op de wensen en het herstelproces van de individuele patiënt.

Door betere voorlichting te geven aan de toekomstige patiënten en hun mantelzorgers over de impact van de behandeling kan er door de verpleegkundig specialist beter worden geanticipeerd op hun verwachtingen. Een goede voorlichting over de gevolgen van een heupfractuur kan leiden tot een gezamenlijke beslissing over de behandeling, de zogenaamde ‘shared decision making’ (Ouwens, van der Burg, Faber & van der Weijden, 2012) en een betere voorbereiding op de periode na de heupfractuur. Dit leidt hopelijk tot een toename van de kwaliteit van leven.

2. Methodologie

2.1 Onderzoeksdesign

De onderzoeksvraag richt zich op de beleving en ervaring van de kwetsbare oudere patiënt, postoperatief na een heupfractuur. Om een antwoord te krijgen op deze onderzoeksvraag is gekozen voor een kwalitatief, fenomenologisch onderzoek. Fenomenologie heeft zijn oorsprong in de filosofie en heeft tot doel inzicht te krijgen in de beleving van de verschillende participanten aan de hand van de ervaringen en de overeenstemming daartussen. De onderzoeker stelt zich open voor nieuwe ideeën en theorieën en stelt zich zo objectief mogelijk op. Informatie is verkregen door semi gestructureerde diepte interviews aan de hand van een topiclijst, die diende als leidraad tijdens het interview (Polit & Beck, 2014).

2.2 Onderzoeksveld

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Isala ouderengeneeskunde in het kader van de opleiding Master Advanced Nursing Practice van Saxion te Enschede.

2.3 Onderzoekspopulatie

Bij fenomenologisch onderzoek wordt gezocht naar een zo groot mogelijke diversiteit van ervaringen. Door middel van doelgerichte sampling werd de onderzoekspopulatie samengesteld uit de opgenomen kwetsbare ouderen in Isala te Zwolle en Meppel, ouder dan 70 jaar, geopereerd wegens een heupfractuur na een val. Patiënten met aanwijzingen voor pre-existente cognitieve stoornissen werden uitgesloten omdat de respondent in staat moest zijn om uit te drukken hoe de ervaring is geweest. Daarnaast werden patiënten met een pathologische of peri-prothetische fractuur uitgesloten omdat de oorzaak en uitkomst hiervan wezenlijk anders kan zijn. Patiënten die bij opname een korte levensverwachting (< 3 maanden) leken te hebben, werden niet benaderd. Er werd gestreefd naar datasaturatie, wat betekent dat de dataverzameling werd gestaakt nadat geen nieuwe informatie meer werd verkregen.

2.4 Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode december 2016 tot en met april 2017. Een deel van de participanten werd tijdens de opname door de onderzoeker gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Een ander deel werd ongeveer twee maanden na opname telefonisch benaderd en gevraagd om deel te nemen. Er werd een afspraak gemaakt voor een diepte-interview dat door de onderzoeker bij de participant in zijn (huidige) eigen woonomgeving (thuis of revalidatieafdeling) werd afgenomen. Er is gekozen voor deze vorm van dataverzameling om de participant de gelegenheid te geven zo veel mogelijk persoonlijke ervaringen te delen. Bij aanvang van het interview werd nogmaals het doel van het onderzoek uitgelegd en het 'informed consent' werd getekend. De

interviews duurden tussen de 35 en 90 minuten en werden opgenomen met geluidsapparatuur. De bandopnames van de eerste twee interviews werden voorgelegd aan collega's voor feedback.

Vanwege het fenomenologische karakter van het onderzoek werden door middel van diepte interviews, gedetailleerde, persoonlijke en soms emotionele ervaringen verkregen. De onderzoeker heeft geprobeerd het interview zo open mogelijk te houden; er werd gestart met de openingsvraag: 'Wat heeft de heupfractuur voor u betekend in het dagelijks leven en wat is er veranderd?' Aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (bijlage 3) werd de participant gestimuleerd om zoveel mogelijk te vertellen over de ervaringen en het effect hiervan op de kwaliteit van leven. Vervolgens werd met open vragen doorgevraagd op de gegeven antwoorden.

2.5 Data analyse

In kwalitatief onderzoek start de data analyse al bij aanvang van het verzamelen, de onderzoeker interpreteert de gegevens tijdens de interviews. De gegevens worden verzameld en geanalyseerd in een cyclisch proces (Nieswiadomy, ter Maten & Hoogerduijn, 2013).

De interviews werden eerst een aantal keren beluisterd en daarna woord voor woord (verbatim) uitgetypt. De data analyse vond plaats volgens de methode van Colaizzi (Polit & Beck, 2014). Ter voorbereiding op het analyseren werd door de onderzoeker het artikel van Sanders (2003) gelezen waarin wordt uitgelegd hoe de methode van Colaizzi gebruikt kan worden. Deze methode bestaat uit 7 stappen:

1. Alle data wordt aandachtig doorgelezen om vertrouwd te raken met het geheel.
2. De data wordt opnieuw gelezen en betekenisvolle zinnen of zinsdelen, gekoppeld aan de onderzoeksvraag, worden gemarkeerd.
3. Er wordt een betekenis gegeven aan de gemarkeerde zinsdelen.
4. De geformuleerde betekenissen worden ondergebracht in thema's, waarna wordt bekeken of de thema's passen bij de data en of er eventueel discrepantie bestaat tussen de verschillende thema's.
5. De thema's worden in letterlijke zin uitgebreid beschreven.
6. De uitgewerkte beschrijving van de thema's wordt vertaald naar hoofdthema's.
7. De resultaten worden gevalideerd bij de participanten (Polit & Beck, 2014).

Omdat de interviews een behoorlijke belasting voor de participanten betekenden werd, mede door tijdsdruk, afgezien van de laatste stap.

De verbatim werden ingevoerd in het software programma ATLAS ti. en van codes voorzien voor data-analyse. De resultaten van stap drie, vier en de uiteindelijke hoofdthema's zijn voorgelegd aan onafhankelijke onderzoekers in zowel Isala als

Saxion en zo is een definitieve versie tot stand gekomen. Tijdens het proces werden de onderzoeksresultaten een aantal keren voorgelegd aan de begeleiders in Isala en de meesterproefbegeleider van Saxion voor een peer-review.

2.6 Methodologische kwaliteit

De onderzoeker heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek proberen te waarborgen door gebruik van de criteria voor kwalitatief onderzoek volgens Lincoln en Guba. De criteria zijn: herhaalbaarheid, overdraagbaarheid, geloofwaardigheid, neutraliteit en authenticiteit. Deze criteria zijn de zogenaamde gouden standaard voor kwalitatief onderzoek (Polit & Beck, 2014).

Alvorens te starten met een interview, heeft de onderzoeker eigen ideeën en vooronderstellingen in een logboek beschreven (bracketing) en deze besproken met een onderzoeksbegeleider. Gedurende het gehele onderzoeksproces zijn alle gedachten, ervaringen, ideeën, gebeurtenissen en gevoelens (zelfreflectie) in het logboek vastgelegd waarmee de herhaalbaarheid en neutraliteit werden vergroot. De interviews werden opgenomen met behulp van geluidsapparatuur (audiotaping) en daarna volledig, woord voor woord (verbatim), uitgeschreven. Tijdens het proces werden de omstandigheden waaronder het interview plaatsvond genoteerd, de processen die hebben plaatsgevonden, waardoor de geloofwaardigheid en overdraagbaarheid van het onderzoek werden vergroot. Er werd door de onderzoeker in de uitgeschreven tekst gezocht naar thema's en patronen en de tekst werd verdeeld en gecodeerd in fragmenten. Een aantal interviews werd door een tweede en derde codeur gecodeerd om de geloofwaardigheid te vergroten. Beiden zijn werkzaam als verpleegkundig specialist, hebben ervaring met kwalitatief onderzoek en kenden de geïnterviewde participanten niet. Vanwege de grote overeenkomsten in de coderingen werden niet alle interviews door beide medecodeurs beoordeeld. In de resultaten zijn letterlijke uitspraken van de participanten weergegeven om hun ervaring en emotie zo goed mogelijk weer te geven en de authenticiteit te vergroten.

Het gehele proces en de interpretatie werd gecheckt door de medeonderzoekers om de neutraliteit van het onderzoek te waarborgen. De interpretatie en de conclusies werden gespiegeld met de onderzoeksbegeleiders in de praktijk en de meesterproefbegeleider van Saxion, waarmee de geloofwaardigheid en herhaalbaarheid werden vergroot (Polit & Beck, 2014).

2.7 Ethische aspecten

Het onderzoek is door de medisch ethische toetsingscommissie (METC) van Isala te Zwolle beoordeeld als 'NIET WMO plichtig' onder referentienummer 16.11200. De participant werd gevraagd om deel te nemen en kreeg mondeling en schriftelijk uitleg over het onderzoek en tekende een informed consent (bijlage 4). De participanten werden thuis bezocht zodat zij zo min mogelijk belast werden. De

gegevens zijn anoniem en vertrouwelijk behandeld en de participant kon zich te allen tijde terugtrekken uit het onderzoek. De toestemmingsverklaring van de METC, de getekende toestemmingsformulieren, de audiotaping, verbatim en het logboek zijn niet toegevoegd aan het verslag maar zijn op te vragen bij de onderzoeker.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de participanten en de resultaten van de interviews weergegeven.

3.1. De participanten

Er werden 17 participanten middels doelgerichte sampling geselecteerd uit de recent opgenomen patiënten, ouder dan 70 jaar, met een heupfractuur op de locaties van Isala te Zwolle en Meppel. In de periode tussen ontslag uit de kliniek en het interview, vielen participanten af die opnieuw werden opgenomen vanwege een val, een nieuwe heupfractuur of een andere oorzaak (n=5) of vanwege voortijdig overlijden (n=1). Slechts een van de geselecteerde respondenten weigerde deelname (n=1), de anderen stemden in met deelname. Van de tien geselecteerde participanten woonden drie samen met een partner, zeven van hen waren vrouw, de gemiddelde leeftijd was 87 jaar. Twee participanten gingen direct na opname naar huis en revalideerden met fysiotherapie aan huis en kregen thuiszorg voor de persoonlijke zorg. Acht participanten verbleven tussen de twee en acht weken op een afdeling in een verpleegtehuis voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in de woonomgeving, een van de participanten verbleef daar nog in afwachting van haar ontslag de daaropvolgende week. De andere zeven waren ongeveer drie weken thuis (tabel 1).

Tabel 1. Karakteristieken participanten

P	Sekse	Leeftijd	Sociale status	Ontslagbestemming	periode thuis
1	Vrouw	90	Weduwe, 5 kinderen	2 weken GRZ	7 weken thuis
2	Vrouw	95	Weduwe, 5 kinderen	7 weken GRZ	GRZ
3	Man	85	Weduwnaar, 4 kinderen	6 weken GRZ	3 weken thuis
4	Man	87	Gehuwd, 9 kinderen	6 weken GRZ	3 weken thuis
5	Man	94	Weduwnaar, 5 kinderen	6 weken GRZ	3 weken thuis
6	Vrouw	91	Gehuwd, 2 kinderen	7 weken GRZ	3 weken thuis
7	Vrouw	85	Weduwe, 4 kinderen	7 weken GRZ	6 weken thuis
8	Vrouw	83	Gehuwd, 5 kinderen	Thuis: thuiszorg en fysiotherapie	13 weken thuis
9	Vrouw	88	Weduwe, 2 kinderen	Thuis: thuiszorg en fysiotherapie	13 weken thuis
10	Vrouw	88	Weduwe, 5 kinderen	8 weken GRZ	3 weken thuis

De participanten werden eenmaal geïnterviewd, ongeveer twee tot vier maanden na de heupfractuur en de interviews duurden 35 tot 90 minuten. De interviews verliepen ongedwongen, een enkeling was wat nerveus, maar na een korte uitleg dat het om de ervaring ging, de eigen belevenis, nam de spanning af. Participanten waren erg openhartig en deelden ervaringen en gevoelens die, zoals zij aangaven, niet eerder met

anderen waren gedeeld. Bij de laatste drie interviews werden terugkerende patronen en thema's geïdentificeerd en er werd geen nieuwe informatie verkregen (datasaturatie), waarna de dataverzameling werd beëindigd.

Belangrijke zinsdelen uit de interviews werden gemarkeerd en voorzien van een betekenis. Deze zinsdelen werden ondergebracht in subgroepen die werden teruggebracht tot 12 subthema's. Deze subthema's werden ondergebracht in vier hoofdthema's (tabel 2). Een uitgebreide codeboom van de hoofdthema's, subthema's en subgroepen is te vinden in bijlage 2.

Tabel 2. Hoofdthema's en subthema's

HOOFDTHEMA'S	SUBTHEMA'S
DE BALANS IS AANGETAST	FUNCTIEVERLIES
	MOBILITEIT
	VALANGST
	PIJN
IK BEN HÉÉL ZELFSTANDIG	AFHANKELIJKHEID
	ZELFSTANDIGHEID
	SHARED DECISION MAKING
VEERKRACHT	ADAPTATIE
	SOCIALE CONTEXT
IK BEN NU ECHT EEN OUD MENS....	OUDER WORDEN
	STATUSVERLIES
	LAATSTE FASE

3.2. Kwaliteit van leven

Het eerste thema beschrijft de aangetaste balans, het functieverlies, de verminderde mobiliteit, de angst om te vallen en de pijn. In het tweede thema wordt ingegaan op de autonomie, het moeten opgeven van onafhankelijkheid en de problemen die dit oplevert. In thema drie draait het om factoren die van invloed zijn: de verandering in activiteiten, de sociale context en de adaptatie aan en omgang met de nieuwe situatie. Thema vier behandelt het ouder worden, het statusverlies en de eindigheid

van het leven. De verschillende factoren uit de afzonderlijke thema's hebben invloed op elkaar, zoals ook wordt weergegeven door een participant:

"Dat hangt met elkaar samen. Als je niet goed kunt lopen ben je automatisch eerder afhankelijk van anderen. Alles hangt met elkaar samen. Het gaat ook veel minder snel allemaal, dus als ik dan wel eens ergens naar toe wil dan denk ik al gauw: oh, dan kom ik daar mee in de knup en dan doe ik het maar niet." (Participant 5, man, 94 jaar)

De balans is aangetast

Dit thema bevat vier subthema's. De verminderde mobiliteit en het functieverlies wordt als een beperking ervaren. Daarnaast is er sprake van valangst en pijn.

Functieverlies

Het ervaren functieverlies bestaat uit een functiebeperking in het geopereerde been. De spierkracht ontbreekt waardoor de heup niet stabiel is en het gevoel ontstaat van erdoor zakken, de controle over het been ontbreekt en soms zit er een knik in bij het bewegen:

"Ik loop nooit los, dat deed ik ook niet voordat ik viel maar nu durf ik niet los te staan. Ik kan geen stap verzetten zonder hulpmiddel, dat was al voor de operatie maar toen kon ik mezelf nog zelf redden, ik kan dat been helemaal niet bewegen, er zit geen macht meer in. Ik kan nu dat been helemaal niet sturen, wel met heel veel steunen op de rollator maar daar doen mijn armen zo zeer, met veel gemartel kom ik zelf uit bed." (Participant 10, vrouw, 88 jaar)

Daarnaast heeft een aantal participanten functieverlies op een ander vlak, voortvloeiend uit de operatie en de verminderde mobiliteit:

"Ik kreeg het vocht met mijn eigen steunkousen niet meer weg en toen moest ik gezwachteld worden. En het plassen ging ook niet meer na de operatie. Toen heb ik eerst een gewone catheter gekregen. Maar daarna ging het nog steeds niet, de blaas functioneerde niet goed meer. Bij wijze van spreken: als ik de hele dag rondliep zonder catheter dan plaste ik niet. Dus hebben ze me een buikcatheter gegeven." (Participant 5, man, 94 jaar)

Mobiliteit

Er is een beperking in het mobiliseren, het gaat veel langzamer, opstaan en draaien is moeilijker. Daarnaast is de actieradius sterk afgenomen:

“Nou, ik doe eigenlijk alles zelf, ook het koken, maar het duurt allemaal veel langer als voor die tijd omdat alles langzamer gaat. Ik kan het niet zo goed redden met lopen, het lopen gaat langzamer en als ik denk dat ik me even om moet draaien, dat gaat ook langzamer, nu moet ik iedere keer die rollator meenemen. En voor die tijd met een stok kun je veel makkelijker en gauwer draaien.” (Participant 1, vrouw, 90 jaar)

Ook andere vormen van mobiliteit zijn aangetast: niet meer kunnen fietsen of autorijden wordt als een beperking ervaren. Het gebruik van een scootmobiel levert problemen op:

“Ik ga ook wel eens met de rolstoel maar het doet veel pijn om dan over de hobbels te rijden dat komt door mijn wervelinzakkingen. Ik wil wel graag weer in de scootmobiel, dat gaat veel beter voor mijn rug. Maar ik durf het niet goed meer omdat ik ook zo slecht zie. Mijn dochter wil wel met me oefenen maar dat vind ik te gevaarlijk.” (Participant 10, vrouw, 88 jaar)

Valangst

Het zelfvertrouwen is aangetast en er is valangst ontstaan door de heupfractuur. Sommige participanten worden door hun omgeving steeds weer geattendeerd op het mogelijke valgevaar, anderen zijn al weer gevallen na thuiskomst en zijn zich daardoor nog meer bewust van het valrisico:

“De balans is weg bij het staan en bij het lopen. De balans is aangetast en dat is vervelend! Ik probeer wel eens een paar passen te doen zonder de rollator. Naar de theepot als ik thee wil zetten. Maar de balans is er niet, je wankelt en dat geeft een gevoel van onzekerheid.” (Participant 4, man, 87jaar)

De angst om te vallen kan leiden tot meer beperking en functieverlies. Bepaalde activiteiten die staand werden uitgevoerd zijn overgenomen door mantelzorgers of worden vermeden. Soms kost een activiteit meer inspanning omdat de participant zich hierbij moet vasthouden uit angst om te vallen:

“Het lopen gaat niet makkelijk, ik moet alles met een hand doen want met die andere hand houd ik me vast. Ik ben best bang dat ik weer val...en dan moet ik vragen aan de thuiszorg of ze me het wasrek willen neerzetten dan kan ik de was ophangen. De andere dag vraag ik of ze het rek willen neerzetten in de kamer. Dan kan ik bij tafel zitten en de was opvouwen maar dan staat dat rek de hele dag hier in de kamer want ik kan het niet zelf weer terug zetten. Dan moet ik zelf de was in de kast leggen met een hand wat nooit netjes lukt en dat...” (Participant 10, vrouw, 88 jaar)

Pijn

In het operatiegebied wordt door de participanten nauwelijks tot geen pijn ervaren. Pijn wordt wel genoemd als een belangrijke achteruitgang bij die participanten die voor de heupfractuur al ernstig beperkt waren door pijn wegens multimorbiditeit. Zij hebben pijn in de rug of de knieën, door slijtage of ze ervaren pijn in de armen door het steunen op de rollator:

“Alles is veel pijnlijker, ik moet erg veel leunen op de rollator om de heup te ontlasten en dat doet me zo’n pijn in de schouders en de armen. Hier had ik al een verbrijzelde elleboog gehad (wijst naar linker arm). Ja, mankementjes genoeg hoor!” (Participant 6, vrouw, 91 jaar)

Ik ben héél zelfstandig

Dit thema, verdeeld over drie subthema’s, behandelt de autonomie, de ervaren afhankelijkheid en de inspraak in de behandeling na de heupfractuur.

Afhankelijkheid

De afhankelijkheid van zorg bij het wassen en aankleden wordt ervaren als een achteruitgang, vooral als de zorg niet uitgevoerd wordt op hun manier:

“Dat maakt het allemaal met elkaar zo moeilijk, je bent helemaal afhankelijk en niemand houdt zich er aan, je kunt geen tijd afspreken, ja, je spreekt het af en dan valt er iemand uit en dan komen ze eerder dan afgesproken en ik heb wel gezegd: ‘dat maakt mij nu zo onrustig’. Je weet niet waar je aan toe bent. Het gaat bij mij niet zo snel, ik ben een uur bezig om me te wassen en aankleden. Ik doe het kalm aan, maar ik doe het graag zelf, ik was me van anderen zelf want zij geven je een washand met veel zeep eraan en dan daarna de handdoek, maar ik wil eerst die zeep eraf spoelen en niet de zeep er half af vegen met een handdoek. Dan heb ik straks alles kapot. Daarom doe ik het zelf. Ik doe al zoveel jaar alles zelf, ik ben al zolang alleen, het is zo moeilijk om dat nu op te geven en het op zo’n andere manier te doen.” (Participant 10, vrouw, 88 jaar)

Het aanvaarden van huishoudelijke hulp is moeilijk, vooral voor diegenen die in hun leven erg zelfstandig waren:

“Dat de ander voor mij moet werken, daar heb ik een hekel aan. Ik ben altijd zelfstandig geweest. Mijn man was altijd ziek, toen had ik mijn kinderen nog klein. Ik heb me daar altijd doorheen geslagen, ik wil niet afhankelijk wezen van de ander.” (Participant 1, vrouw, 90 jaar)

De afhankelijkheid van een rollator wordt door de participanten ervaren als een achteruitgang, hoewel ze blij zijn dat ze inmiddels uit de rolstoel zijn:

“Ik liep al weer zonder rollator in huis, alleen buiten met de stok en straks moet ik thuis die rollator altijd met me meeslepen en daar zie ik ook verschrikkelijk tegen op.” (Participant 2, vrouw, 95 jaar)

Een aantal participanten gebruikte al een rollator voor de heupfractuur en vindt het geen probleem, een enkeling ziet vooral de voordelen: een handig karretje waarop je makkelijk de koffie en andere spullen kunt vervoeren.

Zelfstandigheid

Het accepteren van hulp door de thuiszorg zorgt voor het verlies van zelfstandigheid en daarmee de regie over de indeling van de dag:

“Ik wil niet volledig afhankelijk worden van anderen. Of dat ik meerdere malen per dag afhankelijk ben van mensen van de buurtzorg. Dat zou ik niet willen. Dat ze nu een keer per dag komen vind ik genoeg, daarna heb ik zelf weer zeggenschap over de dag. Maar vaker zou ik zeker niet prettig vinden.” (Participant 5, man, 94 jaar)

De participant doet graag zelf de boodschappen, al dan niet met een mantelzorger die meerijdt:

“Dat je zelf iets kunt kiezen en dat je kunt bedenken: ‘Dat wil ik ook wel hebben en anders moet je ook afwachten of een ander wel meeneemt wat jij bedoelt of dat het net een ander merk is.’ (Participant 10, vrouw, 88 jaar)

Shared decision making:

De participanten geven aan het overleg en de afstemming over de behandeling die volgde na de heupfractuur te hebben gemist. Een van hen wilde tijdens revalidatie in het verpleegtehuis weer oefenen met lopen maar werd hierin geremd door de fysiotherapie:

“Ik zei: ‘ik kom hier nooit klaar!’ Ik mocht de rolstoel niet uit. Ik mocht niet met de rollator lopen en het was vrijdagavond en ze gingen weg en ik dacht: ‘Dit weekend wil ik lopen, ik wil die rolstoel uit’. Het was zondagochtend, ik heb die rollator genomen en ik ben achter de rollator gaan lopen en ik ben langs die zusters gelopen, dat kon niet anders, die hele zondag heb ik geoefend en het was dik in orde.” (Participant 3, man, 85 jaar)

Daarnaast werd het starten van nieuwe medicatie niet afgestemd met de participant en na het weigeren werd het hem iedere keer weer aangeboden:

“Ja, ik had dat ook in het verpleegtehuis: daar wilden ze dat ik zo’n zakje leeg at voor de ontlasting. Maar dat wilde ik niet, ik heb een keer zo’n half zakje genomen en toen wist ik niet hoe snel ik naar het toilet moest komen. Ik vond dat mijn ontlasting prima ging, ze probeerden me iedere keer weer zo’n zakje aan te praten maar dat wilde ik niet. En ze wilden ook steeds dat ik melk en kaas ging eten. En dat wil ik wel maar het zijn wel van die dingen, dat bepaal ik graag zelf.” (Participant 5, man, 94 jaar)

Een wijziging in medicatieverstrekking door de apotheek werd niet met de participant afgestemd. In plaats van een eigen doseersysteem dat zij zelf iedere week vulde, zou het uitzetten van medicatie door de apotheek overgenomen worden door middel van een zogenaamde Baxterrol:

“Ik kreeg een brief van de apotheek, ze wilden dat ik een handtekening zette dat ik een rol van plastic met medicijnen door de brievenbus zou krijgen en als ik niet thuis was door de brievenbus van de burens. Maar dat wilde ik niet. Ik heb wel die rol gekregen maar ik kan niet zien waar de plastic strip zit waar ik af moet scheuren en dan weet ik niet zeker of ik alle medicijnen wel heb ingenomen.” (Participant 10, vrouw met ernstige visusklachten, 88 jaar)

Veerkracht

Dit thema bevat twee subthema’s en geeft weer hoe de participant omgaat met een verandering of tegenslag. Dit is afhankelijk van interne en externe factoren. De interne factoren worden bepaald door de manier van omgang met veranderingen en het vermogen tot adapteren. De externe factoren worden bepaald door de omgeving, de sociale context, een andere rol of activiteit.

Adaptatie

Er zijn aanpassingen in het huis en interieur van de participanten uitgevoerd, die zij eerst niet prettig vonden maar die nu toch nuttig blijken. Daarnaast hebben ze hun manier van leven aangepast aan de nieuwe situatie. Ze eten maaltijden die door iemand anders zijn klaargemaakt, ze slapen niet meer op de eerste etage:

“En je moet jezelf weer kunnen redden. Ik kook weer zelf, althans ik eet vaak diepvriesgroenten of er komt vaak iets van mijn dochter of mijn zoon, dan is het alleen een beetje warm maken in de magnetron. Ik heb me aangepast, ik zou wel willen springen maar het gaat gewoon niet meer. Ook dat ik niet gewoon op kan staan en in een keer weg kan lopen. Ik weet al drie jaar dat ik

niet anders kan dan in een rustig tempo opstaan en lopen. Ik verdeel de dingen die ik wil doen over de dag". (Participant 6, vrouw, 85 jaar)

Een aantal participanten geeft aan dat hun positieve instelling hen erdoor heeft geholpen. De acceptatie van de nieuwe situatie heeft ook positieve veranderingen gebracht:

"Nu heb ik hier beneden een kast en daar leggen ze de spullen in die ik dagelijks nodig heb. Ik hoef niet meer de trap op en dat scheelt ook weer. Vroeger moest ik altijd halverwege stoppen omdat ik astma heb en dan nam ik altijd een pufje als ik boven was maar dat heb ik nu ook niet meer nodig. En het gaat goed. Ik zie hier aan de overkant (wijst naar de huisartsenpost tegenover haar huis) zoveel krukken en mensen die het niet goed gaat en dan denk ik: 'Wat ben ik toch een gelukkig mens dat ik hier ben en dat ik wat in de tuin mag lopen'. Straks gaat de sering weer bloeien, dat is zo schitterend. Nog maar een paar weken en dan is het hier zo mooi en daar kan ik zo van genieten!! " (Participant 8, vrouw, 83 jaar)

Een van de participanten geeft aan dat er door de heupfractuur nauwelijks iets veranderd is. Zij geeft aan dat de grootste verandering al een paar jaar eerder plaatsvond:

"De heupfractuur heeft niets veranderd. Maar dat ik hier ben komen wonen dat heeft veel veranderd voor me. Ik ben een jaar geleden van Utrecht naar hier verhuisd. Iets meer dan twee jaar geleden ben ik mijn jongste dochter verloren en dat heeft enorm veel veranderd. Ik ben naar Meppel verhuisd omdat ik in Utrecht in een dip terecht kwam en hier heb ik mijn dochter en zoon wonen. Mijn zoon woont hier aan de overkant, mijn dochter woont op fietsafstand. Mijn dochter heeft 6 weken geleden een hartinfarct gehad toen ik in de revalidatie zat. Daarnaast heb ik nog een kind verloren 24 jaar geleden". (Participant 6, vrouw, 85 jaar)

Sociale context

Door de hoge leeftijd van de participanten, zijn veel sociale contacten van dezelfde leeftijd al overleden of ze zijn door hun leeftijd niet in staat hulp te bieden. Nieuwe contacten maken is niet makkelijk, de sociale kring wordt kleiner, met name het contact met familie blijft bestaan. Maar familieleden zijn druk met hun werk, participanten geven aan dat ze zich bezwaard voelen om de kinderen te vragen om hulp of voor een bezoek aan het ziekenhuis:

“De kinderen wonen allemaal ver weg en die zie ik niet zo vaak als ik zou willen maar ik zeg er nooit iets van. Maar het maakt me wel verdrietig.”
(Participant 10, vrouw, 88 jaar)

De participanten die samenleven met een partner geven aan dat zij moeite hebben met het accepteren van een andere rol in de relatie. Er ontstaat een schuldgevoel omdat de partner taken heeft overgenomen. Zij hebben moeite om te accepteren dat ze dit niet meer zelf kunnen uitvoeren:

“Mijn man en ik, we worden wat kribbiger tegen elkaar. We hebben soms parkeerproblemen met de beide rollators die in de weg staan. Mijn man wil alles voor mij doen. Hij is bezorgd voor mij en dan mag ik bepaalde dingen niet doen van hem en dan wil ik dat graag wel zelf doen.” (Participant 6, vrouw, 91 jaar)

Soms wordt een andere invulling gevonden als taken overgenomen zijn door de mantelzorger:

“Vroeger kon ik nooit stilzitten, ik was altijd bezig. Maar nu ben ik best veel aan het puzzelen. De meiden hangen boven de was aan de lijnen en leggen het zo in de kast.” (Participant 8, vrouw, 83 jaar)

Het wordt ervaren als een verlies om niet aan het sociale verkeer te kunnen deelnemen:

“Ja, maar ik zat in veel gesprekskringen over ...ik ging naar de HOVO, dat is hoger onderwijs voor ouderen, Windesheim, het Historisch Centrum Overijssel, die geven lezingen waarnaar mijn interesse uitgaat. En dat kan nu even niet. Dat heb ik allemaal op een laag pitje moeten zetten.” (Participant 4, man, 87 jaar)

Ik ben nu echt een oud mens

Dit thema bevat drie subthema's. De val en de heupfractuur is een bewustwording van het ouder worden en geeft een gevoel van statusverlies. De lichamelijke achteruitgang resulteert in een psychische achteruitgang of doet sommigen beseffen dat de laatste fase van het leven is aangebroken.

Ouder worden

De veranderingen na de heupfractuur zijn groter dan verwacht en zorgen voor een bewustwording van het ouder worden:

“Je denkt: ‘Een heupoperatie: ze slaan er een pen in, dat is een technische ingreep en dan is het klaar en verder blijf ik wie ik ben’. Maar dat is niet

helemaal waar, je wordt even in een hele andere wereld geworpen waar je deel van uit moet maken En dat dat een gemeenschap is waar je allemaal graag weer uit wilt komen. Het is me ook zwaar tegengevallen dat mijn leeftijd zo'n grote rol heeft gespeeld.” (Participant 4, man, 87jaar)

Statusverlies

Statusverlies speelt een rol, het revalideren in een verpleegtehuis wordt ervaren als een grote stap die men nog niet wil maken:

“Maar door mijn onbekendheid met de revalidatie in het verpleegtehuis sputterde ik tegen. Ik had daarbij het gevoel van kreupele en demente bejaarden: Ik word bij invaliden geplaatst en kom daar nauwelijks meer weg”. (Participant 4, man, 87 jaar)

Er wordt schaamte ervaren bij het gebruik van een rollator of een sta-op-stoel, het geeft een gevoel van ‘oud worden’ dat zij voor de heupfractuur nog niet hadden:

“Ik vind dat zo’n oude vrouwenactie, met zo’n rollator, nou ben ik natuurlijk wel oud, maar ik ben dat helemaal niet gewend”. (Participant 9, vrouw, 88 jaar)

Laatste fase

Twee participanten gaven aan dat zij klaar zijn met het leven. Een van hen had dat gevoel al een aantal jaren nadat zijn echtgenote was overleden. Bij een andere participant ontwikkelde dit gevoel na de heupfractuur. Zij noemden beiden de mogelijkheden om uit het leven te stappen maar gaven ook aan het niet te kunnen om de familie die ze achter zouden laten:

“Sinds die operatie valt het me zo tegen. Ik heb morfine zat en anders zou ik het zo doen maar ik wil het mijn kinderen niet aan doen. Ik vind er helemaal niets meer aan, helemaal niets meer. Dit is geen leven. Ik wist niet dat het zo erg zou zijn. Als ik nou mijn armen maar een beetje kon gebruiken , ik kan me niet eens wassen, ik kan niets...” (Participant 10, vrouw, 88 jaar)

Andere participanten vinden het leven nog de moeite waard. Er zijn nog mooie dingen om voor te leven:

“Ja, je moet toch zien dat je weer een beetje plezier in je leven krijgt. Dat diepe gevoel, dat wijkt nooit maar ik denk, ik geniet hier nog van, het is geen 100% maar het is er nog wel. (Participant 9, vrouw, 88 jaar)

4. Discussie

De heupfractuur resulteert voor alle participanten in een achteruitgang van de ervaren kwaliteit van leven. De geanalyseerde thema's zijn niet op zichzelf staand maar zijn verbonden en beïnvloeden elkaar (figuur 1). De heupfractuur leidt tot het hoofdthema 'de balans is aangetast' en dit omvat de achteruitgang in het functieverlies, de verminderde mobiliteit en dit leidt tot valangst. Dit hoofdthema leidt tot afhankelijkheid, verlies van zelfstandigheid en regieverlies. Deze afname van autonomie resulteert in sommige gevallen in statusverlies, het besef van ouder worden en het aanvangen van de laatste levensfase. Beïnvloedende factoren op de verschillende thema's zijn de karaktereigenschappen van de participant en zijn sociale context. De ervaren achteruitgang lijkt deels af te hangen van deze beïnvloedende factoren.

Figuur 1. Raderwerk hoofd- en subthema's



De resultaten uit dit onderzoek vertonen overkomsten met het kwalitatieve onderzoek van Griffiths (2015). De mate van mobiliteit vóór de heupfractuur, de aanpassing aan de verminderde mobiliteit voor of na de heupfractuur en de acceptatie van de effecten van het ouder worden, lijken van invloed op de ervaren kwaliteit van leven. In dit onderzoek benoemden participanten het statusverlies als een achteruitgang. Het gebruik van een rollator, een rolstoel of een sta-op-stoel is een stigma passend bij oude mensen die niet meer zelf kunnen doen en denken wat ze willen. Daarnaast benoemden zij hun interesse in de maatschappij en wetenschap als een belangrijke kwaliteit van leven. Zij ervaren angst voor cognitieverlies.

Het effect van interne- en externe factoren op de ervaren kwaliteit van leven blijkt in dit onderzoek uit de ervaringen van twee participanten met dezelfde multimorbiditeit. Beiden leiden aan artritis, wervelinzakkingen en hebben daardoor constant pijn. Ze hebben daarnaast een vergelijkbaar verlies geleden in de familie, het sociale netwerk is van dezelfde omvang. Waar de ene participant aangeeft moeite te hebben met de afhankelijkheid van zorg en de achteruitgang, geeft de andere participant aan dat het prettig is om geholpen te worden bij de douchebeurt en bij het mobiliseren. Dit lijkt samen te hangen met het vermogen om interne- en externe mogelijkheden te gebruiken om met een verandering of tegenslag om te gaan, de zogenaamde veerkracht. Het daaraan gekoppelde begrip coping geeft aan hoe iemand omgaat met stresserende factoren, tegenslag en ziekte. Dat lijkt afhankelijk van karaktereigenschappen, het doorzettingsvermogen en het vermogen tot relativeren. Er is recent onderzoek gedaan naar de rol van veerkracht tijdens de revalidatie van kwetsbare ouderen met multimorbiditeit na een heupfractuur (Rebagliati et al., 2016). Lage scores voor veerkracht, in dit onderzoek gemeten met de zogenaamde 'Resilience Scale' (RS) voor veerkracht (Wagnild & Young, 1993), voorspellen een lager functieniveau na revalidatie. De resultaten lijken een samenhang weer te geven tussen de kwetsbaarheid, multimorbiditeit en veerkracht.

Participanten die nog samenleven met een partner voelen zich verantwoordelijk voor de ander en vinden het bezwaarlijk dat zij niet dezelfde rol meer hebben als voorheen. Anderzijds zijn zij, door het hebben van een partner, minder afhankelijk van buitenstaanders, iets wat zij nóg bezwaarlijker zouden vinden. Ook de participant die alleen woont geeft aan dat de afhankelijkheid van buitenstaanders de kwaliteit van leven doet afnemen. Indien zij een groter sociaal- of familienetwerk hebben, lijken zij hier minder last van te hebben; het geeft een gevoel er niet alleen voor te staan. Ook in het onderzoek van Webb (2011) wordt geconcludeerd dat goede familiale - of sociale contacten resulteren in een betere kwaliteit van leven.

Het verlies van zelfstandigheid en het ontbreken van inspraak over hun behandeling lijkt de participanten te frustreren. Ondanks tegenargumenten van participanten werd een voorgestelde behandeling toch uitgevoerd en andersom werd een door

participanten voorgestelde behandeling niet uitgevoerd. Er was geen sprake van een gezamenlijke beslissing, de zogenaamde ‘shared decision making’. Dit fenomeen wordt door Elwyn et al. (2012) als volgt beschreven: *‘Zorgverlener en cliënt nemen in een gezamenlijk proces beslissingen over gezondheids- en behandeldoelen. Zij doen dit op basis van wetenschappelijke kennis en op basis van de ervaringskennis, waarden en wensen van de cliënt.’* Cognitieve of communicatieve beperkingen hoeven geen belemmering te zijn.

Er wordt, door participanten die inmiddels weer thuis zijn, geconcludeerd dat ze minder mobiliseren dan tijdens de revalidatieperiode doordat ze de stimulans missen die ze in het verpleegtehuis kregen. O’Halloran, Shields, Blackstock & Wintle (2016) onderzochten het effect van motiverende gespreksvoering bij thuiswonende participanten na een heupfractuur. Dit leverde primair een verbetering op in mobiliteit (vaker lopen en langere afstanden) voor de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep. Secundair leek er sprake van een toegenomen zelfvertrouwen over het lopen (minder valangst) en een hogere mate van ervaren kwaliteit van leven.

In het onderzoek van Taylor et al. (2010) wordt geconcludeerd dat ouderen die na een heupfractuur thuis revalideren, pessimistischer gestemd zijn en een lager functieniveau weergeven dan zij die klinisch revalideren in een verpleegtehuis. Dit lijkt in tegenstelling te staan tot dit onderzoek: de participanten die thuis revalideerden lijken optimistischer over hun functieniveau dan zij die revalideerden in een verpleegtehuis. Dit zou kunnen samenhangen met het fenomeen dat deze participanten hun zelfstandigheid hebben behouden. Er moet worden opgemerkt dat juist de thuis revaliderende participanten gemiddeld drie weken later werden geïnterviewd dan de anderen, waardoor zij mogelijk al een hoger functieniveau hadden bereikt en daardoor optimistischer waren. Maar de opzet van dit onderzoek is te klein om hier een uitspraak over te kunnen doen.

De sterke punten van het onderzoek zijn de interviews die bij de participanten thuis, in hun vertrouwde omgeving, werden afgenomen. Dit heeft bijgedragen aan een vertrouwelijke sfeer waarin de participant zich op zijn gemak voelde en open en eerlijk de ervaringen kon delen. Het onderzoek is niet eerder uitgevoerd. De interviews zijn opgenomen (audiotaping) en volledig uitgeschreven waardoor de letterlijke tekst is gebruikt voor verdere analyse. Een gedeelte van de data is onafhankelijk van de onderzoeker gecodeerd door twee medeonderzoekers. Er is data verzameld tot data saturatie is bereikt. De interviewer heeft voorafgaand aan de interviews verdieping gezocht in de specifieke interviewtechnieken bij kwalitatief onderzoek (Evers, 2007).

Het selecteren van geschikte respondenten was niet eenvoudig. De inclusie- en exclusiecriteria zorgden ervoor dat patiënten met precognitieve stoornissen niet

werden geïnccludeerd, waardoor veel respondenten afvielen. Mede door het korte tijdsbestek werd het lastig om geschikte participanten te vinden binnen de groep geopereerde patiënten van locatie Isala te Zwolle en is voor twee participanten uitgeweken naar locatie Meppel. Zij werden vier maanden na de heupfractuur geïnterviewd, terwijl de participanten van locatie Zwolle tussen de tweeënhalve en drie maanden postoperatief zijn geïnterviewd, dit kan een verklaring zijn voor het hogere functieniveau dat zij leken te hebben. De eerste participanten die werden geïnterviewd had de onderzoeker leren kennen bij opname. Dit kan mogelijk van invloed zijn geweest bij het afnemen van de interviews. Een andere beperking kan zijn dat de onderzoeker bekend is met het fenomeen heupfractuur en weet welke beperkingen daaruit voortkomen voor een kwetsbare oudere. De onderzoeker heeft geprobeerd de objectiviteit te bewaken door middel van het bijhouden van het logboek, het peerreview en onderzoekerstriangulatie.

De openingsvraag bij de eerste interviews leverde onbegrip op bij de participanten. De onderzoeker vroeg hoe de kwaliteit van leven werd ervaren na de heupfractuur. De participanten kenden het fenomeen 'kwaliteit van leven' niet. De openingsvraag werd daarom na twee interviews gewijzigd en er werd gevraagd: 'Wat heeft de heupfractuur voor u betekend in het dagelijks leven en wat is er veranderd?' Daarnaast heeft deze categorie kwetsbare ouderen voor de val en fractuur al functieverlies door bestaande multimorbiditeit. Zij grijpen vooral terug op de kwaliteit van leven voor de heupfractuur. Ze lijken moeite te hebben met het differentiëren tussen de kwaliteit voor en na de heupfractuur. Daardoor wordt mogelijk niet het antwoord gegeven op de vraag hoe de kwaliteit van leven na de heupfractuur ervaren wordt maar hoe deze in het algemeen ervaren wordt.

5. Conclusie

Met dit fenomenologische onderzoek is geprobeerd een antwoord te krijgen op de vraag hoe kwetsbare ouderen kwaliteit van leven ervaren na een heupfractuur. De resultaten kunnen als volgt worden samengevat:

Niet alleen functieverlies, valangst en vermindering van mobiliteit zijn van invloed op de ervaren kwaliteit van leven na een heupoperatie. Dit onderzoek laat zien dat verschillende factoren van invloed zijn op elkaar. De veerkracht, de aanwezigheid van stressfactoren en de karaktereigenschappen van de participant lijken bepalend te zijn voor de ervaren kwaliteit van leven. Een tweede factor die zowel uit eerdere studies als uit dit onderzoek naar voren komt is de sociale context; het hebben van voldoende familiale- en sociale contacten. Ze lijken voordelig te zijn voor het ervaren van een goede kwaliteit van leven door de geopereerde participanten. Een belangrijke derde factor, voortkomend uit dit onderzoek, is het ontbreken van overleg en afstemming over de behandeling, de 'shared decision making'. Het niet meenemen van de participant in het behandelplan en de beslissingen heeft een averechts effect: de gevolgen van de ingreep en de behandeling zijn opgelegd waardoor de participant de regie kwijt is en dit wordt ervaren als een afname van kwaliteit van leven. De participant wil zelf kiezen voor een bepaalde behandeling, dit proces start al bij opname, voorafgaand aan de ingreep.

Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was om de kwetsbare oudere met een heupfractuur beter te leren kennen en dat doel is behaald. Dit onderzoek levert de vraag op of de kwaliteit van leven nog verbetert; twee tot drie maanden na een ingrijpende operatie bij kwetsbare ouderen, is mogelijk te kort om iets te zeggen over de lange termijnbeleving. Het vastleggen van de ervaren kwaliteit van leven bij opname, na drie, zes en twaalf maanden met een valide meetinstrument, zou meer informatie kunnen geven over het eventuele herstel. De EQ-5D is een valide meetinstrument dat de kwaliteit van leven in vijf domeinen beschrijft: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn en depressie (Brooks, 1996). Onderzoek heeft aangetoond dat dit meetinstrument bruikbaar is bij patiënten die bekend zijn met milde tot matig ernstige cognitieve stoornissen (Parsons et al., 2015) waardoor een grotere populatie kwetsbare ouderen na een heupfractuur kan worden onderzocht. Daarnaast zou onderzoek kunnen worden gedaan naar de resultaten van de 'Resilience Scale', een meetinstrument waarvan zowel een lange als een korte versie bestaat (Wagnild & Young, 1993). Met de uitkomsten van deze meetinstrumenten zou er geanticipeerd kunnen worden op de patiënten met verminderde veerkracht en gestreefd kunnen worden naar zorg op maat.

Toepassingen in de praktijk

Verbetering van communicatie is van wezenlijk belang, waarbij het bespreekbaar maken van de verwachtingen van patiënten, door de verantwoordelijke disciplines, kan bijdragen aan het tot stand komen van een gezamenlijke beslissing (Ouwens et al., 2012). Motiverende gespreksvoering kan daarbij een bijdragende gespreksmethode zijn. De verpleegkundig specialist kan hierin een belangrijke rol spelen, zij heeft een reflectieve en lerende houding en is een rolmodel voor anderen. Zij is gericht op kennis delen en levert bijdragen aan de deskundigheid van collega's en andere zorgprofessionals (V&V, 2012).

De sociale context van de patiënt zou bij opname nog beter in kaart gebracht kunnen worden door de verpleegkundig specialist. Indien blijkt dat de patiënt een klein sociaal netwerk heeft kan daarop beter geanticipeerd worden door bijvoorbeeld inzet van extra thuiszorg of een praktijkondersteuner van de huisarts. De samenwerking met de huisarts, thuiszorg, (geriatrische) revalidatiezorg is van groot belang. Door transmurale zorgpaden, waarbij de thuiszorg voor een 'warme' overdracht in het ziekenhuis komt, verder uit te breiden buiten Zwolle kunnen meer patiënten worden bereikt. De samenwerkingsverbanden kunnen verder verbeterd worden. Het aandachtsgebied van de verpleegkundig specialist ligt zowel in het medisch- als verpleegkundig domein en zij is de spil in de zorg en hulpverlening rondom de patiënt, communiceert met verschillende disciplines en op verschillende niveaus zowel binnen als buiten de organisatie (V&V, 2012).

Literatuurlijst

- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53–72.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Loyd, A., Kinnersley. . . . Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med.*, 27(10), 1361–1367.
- Evers, J. (red.). (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Gesar, B., Hommel, A., Hedin, H. & Bååth, C. (2017). Older patients' perception of their own capacity to regain pre-fracture function after hip fracture surgery – an explorative qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 24, 50–58.
- Griffiths, F., Mason, V., Boardman, F., Dennick, K., Haywood, K., Achten, J. . . . Costa, M. (2015). Evaluating recovery following hip fracture: a qualitative interview study of what is important to patients. *BMJ Open*, 2015,5(1). doi:10.1136/bmjopen-2014-005406.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. West Sussex: Wiley Blackwell.
- Jellesmark, A., Herling, S.F., Egerod, I. & Beyer, N. (2012). Fear of falling and changed functional ability following hip fracture among community-dwelling elderly people: an explanatory sequential mixed method study. *Journal Disability and Rehabilitation*, 34, 2124–2131.
- Nieswiadomy, R., Maten ter, A. & Hoogerduijn, J. (2013). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson.
- O'Halloran, P., Shields, N., Blackstock, F. & Wintle, E. (2016). Motivational interviewing increases physical activity and self-efficacy in people living in the community after hip fracture. *Clinical Rehabilitation*, 30, 1108–1119.
- Ouwens, M., Burg, van der, S., Faber, M. & Weijden, van der, T. (2012) *Shared Decision Making & Zelfmanagement*. Literatuuronderzoek naar begripsbepaling. Opgevraagd op 20 november 2016 van:

https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Shared_DecisionMaking_en_Zelfmanagement.pdf

- Parlevliet, J.L., Mac Neil-Vroomen, J., Buurman, B.M., Rooij de, S.E. & Bosmans, E. (2016). Health-Related Quality of Life at Admission Is Associated with Postdischarge Mortality, Functional Decline, and Institutionalization in Acutely Hospitalized Older Medical Patients. *The American Geriatrics Society*, 64, 761–768.
- Parsons, N., Griffin, X.L., Achten, J., Fernandez, M. & Costa, M.L. (2015). Recovery of health-related quality of life in a United Kingdom hip fracture population. The Warwick Hip Trauma Evaluation- a prospective cohort study. *The Bone & Joint Journal*, 97-B(3), 372– 382.
- Peeters, C.M.M., Visser, E., Ree van de, C.L.P., Gosens, T., Oudsten den, B.L. & Vries de, J. (2016). Quality of life after hip fracture in the elderly: A systematic literature review. *Injury-international Journal of The Care of The Injured*, 47, 1369–1382.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research*. (Edition 8). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Rebagliati, G.A.A., Sciumé, L., Iannello, P., Mottinni, A., Antonietti, A., Caserta, V.A. . . . Caaegari, C. (2016). Frailty and resilience in an older population. The role of resilience during rehabilitation after orthopedic surgery in geriatric patients with multiple comorbidities. *Functional neurology*; 31(3), 171–177.
- Sanders, C. (2003). Application of Colaizzi's method: Interpretation of an auditable decision train by a novice researcher. *Contemporary Nurse*, (14), 292–302.
- Sprangers, M.A.G. *Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Opgevraagd op 2 september 2016 van: <http://www.nationaalkompas.nl/> Nationaal Kompas Volksgezondheid/ Gezondheidstoestand/Functioneren en kwaliteit van leven/Kwaliteit van leven
- Taylor, N.F., Barelli, C. & Harding, K.E. (2010). Community ambulation before and after hip fracture: a qualitative analysis. *Disability and Rehabilitation*, 32, 1281–1290.
- Tidermark, J., Zethraeus, N., Svensson, O., Törnkvist, H. & Ponzer, S. (2002). Femoral neck fractures in the elderly: Functional outcome and quality of life according to EuroQol. *Quality of life research*, 11, 473–481.

Veiligheid NL. Factsheet valongevallen 65 plussers. (2016). Opgevraagd op 19 mei 2017 van: <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/kennis-en-cijfers/cijfers>

Veiligheidsmanagementsysteem (VMS). *Platform voor patiëntveiligheid*. (2013). Opgevraagd op 22 juni 2016 van: <http://www.vmszorg.nl/Themas/Kwetsbare-ouderen>

V&V 2020 (2012). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: V&V 2020, opgevraagd op 20 mei 2017 van: <https://www.venvn.nl>

Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.

Webb, E., Blane, D., McMunn, A. & Netuveli, G. (2011). Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 542–547.

Bijlagen

Bijlage 1 Zoekstrategie

De gebruikte zoekstrategie werd gebruikt om antwoorden te vinden op de volgende vragen:

- Hoe ervaart de kwetsbare oudere zijn leven na de val en de heupfractuur?
- Waardoor wordt de kwaliteit van leven van de kwetsbare oudere na de val en de heupfractuur bepaald?

Bij de zoekmethode is gebruik gemaakt van Pubmed, Wiley online Library. In de periode van juni 2016 tot en met mei 2017 is gezocht naar informatie. De gebruikte MESH zoektermen waren: frail elderly, quality of life, hip fracture, mortality. Er is gezocht op artikelen die niet ouder zijn dan zeven jaar. Daarna is op titel en abstract gezocht naar de meeste geschikte artikelen. Veel artikelen betroffen onderzoek naar de verschillende operatieve interventies en vielen daarom af. Er werden zowel kwalitatieve als kwantitatieve artikelen geselecteerd. Vooral via sneeuwbalmethode werden nog andere interessante artikelen gevonden. Uiteindelijk bleven na het lezen 14 artikelen over die gebruikt zijn voor de literatuurstudie.

Bijlage 2 Codeboom

In onderstaande figuur worden de hoofdthema's, de subthema's en de subgroepen weergegeven.

Figuur 1. Codeboom



Bijlage 3 Topiclijst

Tijdens de interviews zal de respondent zo veel mogelijk worden gestimuleerd om te vertellen over de ervaringen na een heupfractuur. Aan de hand van een topiclijst wordt er voor gezorgd dat van alle respondenten over dezelfde onderwerpen data wordt verkregen (Holloway & Wheeler, 2010). De topics zijn samengesteld aan de hand van de vijf domeinen die aan de orde komen in de EQ-5D, een gevalideerd meetinstrument dat veel gebruikt wordt in kwantitatieve onderzoeken naar de kwaliteit van leven. Daarnaast is gekeken of er nog andere belangrijke onderwerpen naar voren zijn gekomen in de resultaten van een ander kwalitatief onderzoek dat gebruikt is voor de theoretische achtergrond (Griffiths et al., 2015).

- Mobiliteit
- Dagelijkse activiteiten
- Zelfzorg
- Pijn
- Angst/depressie
- Valangst

Bijlage 4 Informed Consent

Deelnemers informatie

Betreft: Informatie over deelname onderzoek.

Geachte heer, mevrouw,

Mijn naam is Jeannette van der Ploeg en ik ben in opleiding tot verpleegkundig specialist Ouderengeneeskunde in Isala. Ten behoeve van mijn studie Master Advanced Nursing Practice aan Saxion te Enschede doe ik een onderzoek naar de kwaliteit van leven van patiënten, ouder dan 70 jaar, na een heupfractuur.

Kwaliteit van leven is de mate van functioneren van een persoon op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied en de beoordeling van de eigen gezondheid.

Graag zou ik met u in gesprek gaan over uw kwaliteit van leven na de heupfractuur. Het gaat daarbij om uw ervaringen op het gebied van mobiliteit, zelfzorg, pijn en de psychische gevolgen van de heupfractuur. Het doel van het onderzoek is om de behandeling en zorg na een heupfractuur te verbeteren.

De duur van het gesprek is afhankelijk van de ervaringen die u met mij wilt delen en uw wensen, ik zou graag 60 – 90 minuten willen plannen. Het gesprek wordt opgenomen met geluidsapparatuur en tijdens het gesprek maak ik aantekeningen. Het gesprek zal plaatsvinden in uw eigen woonomgeving zodat u hiervoor niet terug hoeft te komen naar het ziekenhuis. Bij het plannen van een tijdstip wordt rekening gehouden met uw dagindeling en wensen.

De informatie die u met mij deelt is vertrouwelijk en zal na het gesprek anoniem worden verwerkt in een verslag. Het verslag, waarin gesprekken met meerdere patiënten zijn verwerkt, wordt ingeleverd bij de Saxion Hogeschool Enschede. Indien u het verslag wilt inzien, kan ik u een exemplaar toezenden.

Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt zich op ieder moment terugtrekken zonder dat dit consequenties heeft voor uw verdere behandeling. Ik hoop dat u bereid bent om met mij in gesprek te gaan en ik zie uit naar een eventuele ontmoeting.

Met vriendelijke groet,

J. van der Ploeg,
Isala Zwolle
038-4247102

Toestemmingsverklaring

Titel: Kwaliteit van leven na een heupfractuur

Onderzoeker: J. van der Ploeg

In te vullen door de deelnemer:

Ik verklaar dat ik:

- De begeleidende brief goed heb gelezen en de informatie begrijp.
- Het doel van het onderzoek en de manier waarop dit wordt uitgevoerd begrijp.
- Op de hoogte ben dat er wordt gewerkt met opnameapparatuur.
- Op de hoogte ben dat het geluidsmateriaal uitsluitend gebruikt wordt voor dit onderzoek.
- Op de hoogte dat de gegevens anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt.

Ik heb een vrijwillige keuze kunnen maken of ik wel of niet wil deelnemen aan het onderzoek. Ik weet dat ik antwoord op vragen mag weigeren en dat ik mijn toestemming voor deelname te allen tijde kan intrekken en dat dit voor mijn verdere behandeling geen nadelige gevolgen zal hebben.

Naam deelnemer:.....

Datum:..... Handtekening:.....

In te vullen door de onderzoeker:

Ik heb het doel en de methode van het onderzoek uitgelegd. Ik zal alle vragen van de deelnemer naar vermogen beantwoorden. Ik ga respectvol om met de verkregen gegevens. De opgenomen geluidsfragmenten zullen uitsluitend voor het onderzoek worden gebruikt en niet gedeeld worden met anderen buiten het onderzoek.

Naam onderzoeker:.....

Datum:..... Handtekening:.....