



Ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden IG op het gebied van psychosociale zorg binnen de palliatieve terminale zorgverlening

*"You matter because you are you,
and you matter to the last moment of your life.
We will do all we can,
not only to help you die peacefully,
but also to live until you die"*

Cicely Saunders

Het praktijkgerichte onderzoek

CU09322

Student: Ciska Soeteman
Studentnummer: 66566
Vak: Het praktijkgerichte onderzoek
Instituut: HZ University of Applied Sciences
Opleiding: Bachelor opleiding Verpleegkunde
1^e begeleider: Rudi van den Dries
2^e begeleider: Iman Padmos
Versie: 2.0
Inleverdatum: 6 januari 2015

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek “ Ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden IG op het gebied van psychosociale zorg binnen de palliatieve terminale zorgverlening”. Dit onderzoek is ontstaan aan de hand van diverse cliënt casussen en gesprekken met collega’s op de stageplek. Psychosociale zorg heeft mij altijd geïnteresseerd en aan de hand van dit onderzoek wil ik graag op dit gebied meer betekenen binnen de organisatie waar ik werk.

Ik wil hierbij mijn afstudeerbegeleider Rudi van den Dries en Iman Padmos bedanken voor de goede begeleiding binnen de HZ betreft het onderzoek. In het bijzonder wil ik mijn werkbegeleider Andi Maros bedanken die mij heeft bijgestaan het gehele studietraject en intensief in het afstudeeronderzoek.

Ook wil ik Frank van Alphen, oud collega Erasmus MC, bedanken voor zijn tijd in het lezen en feedback op taalkundig gebied.

Een woord van dank gaat ook zeker uit naar mijn leidinggevende Sanja Jobse voor het vertrouwen in mij en de gesprekken als ondersteuning in het gehele studietraject.

Tot slot wil ik mijn familie, vrienden en met name mijn papa bedanken voor de kracht en liefde die er altijd was om door te gaan en dit goed af te ronden.

Ciska Soeteman,

Zierikzee, januari 2016.

Samenvatting

Aanleiding: Steeds meer ouderen blijven thuis wonen en veel van hen zijn chronisch ziek. Veel van deze ouderen krijgen thuiszorg. In de thuiszorg werken onder andere verpleegkundigen en verzorgenden IG die op lichamelijk, spiritueel en psychosociaal gebied de zorg verlenen. In de palliatieve terminale zorgverlening staat een optimale bestrijding van symptomen en ondersteuning van cliënten en naasten ten behoeve van de beantwoording van vragen rondom het levenseinde centraal. Adequate aandacht voor psychosociale zorg in de palliatieve terminale zorg is cruciaal voor de kwaliteit van leven van de cliënt, zijn naasten en zijn sociale steunnetwerk. In het team Duiveland van Allevo Zorg Thuis, geven de verpleegkundigen en verzorgenden IG aan dat op het gebied van psychosociale zorg, zij moeilijk vinden het gesprek over wensen en behoeften met de palliatieve terminale cliënt aan te gaan. Op dit moment is het onduidelijk hoe verpleegkundigen en verzorgenden IG het verlenen van psychosociale zorg bij de cliënten zelf ervaren en wat zij nodig hebben om deze zorg goed te kunnen geven. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de ervaring die verpleegkundigen en verzorgenden IG hebben in het verlenen van psychosociale zorg aan de palliatieve terminale cliënt thuis.

Methode: Door middel van een kwalitatief onderzoek met een literatuurstudie voorafgaand, zijn de ervaring en beleving van de verpleegkundigen en verzorgenden IG in team Duiveland, in kaart gebracht. De gegevens zijn verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews waarbij een topiclijst is gebruikt. Via acht stappen zijn de interviews geanalyseerd en zijn er drie kernthema's uit ontstaan: gespreksvoering, ondersteuning en deskundigheid.

Resultaten: Er zijn zes interviews afgenomen. Uit de drie kernthema's zijn acht labels ontstaan met bijbehorende uitspraken van de respondenten. Veel respondenten geven aan dat zij het belangrijk vinden om het gesprek met de palliatieve terminale cliënt aan te gaan. Ook geven zij aan dat er vaak vanzelfsprekend aandacht hierbij is voor de naaste familie en dat zij ook veel begeleiding nodig hebben. Echter begeleiding en gesprekken vraagt tijd en dat is er te weinig. Daarnaast vraagt het geven van psychosociale zorg ook om ervaring en deskundigheid. De respondenten geven aan dat zij vaak te weinig ervaring hierin hebben en de competenties niet geheel beheersen. De meeste respondenten willen meer scholing en begeleiding hierin en staan hier positief tegenover.

Discussie: In de literatuur die beschreven staat, wordt aangegeven dat psychosociale zorg binnen de palliatieve terminale zorgverlening, de kwaliteit van leven verhoogd. Ervaring en affiniteit speelt zeker een rol, maar verpleegkundigen en verzorgenden IG behoren de basale psychosociale zorg te kunnen geven en de competenties te beheersen. Hulp bij het omgaan met emoties en bieden van een luisterend oor is de voornaamste ondersteuning. Er blijken al signalen bij beroepsverenigingen te zijn over het niet beheersen van competenties en de vraag naar scholing. Gespreksvoering met de cliënt komt zowel bij de respondenten als in de literatuur veel aan bod omdat het als lastige opgave wordt ervaren.

Conclusie en aanbevelingen: De respondenten hebben te weinig ervaring en tijd om goede psychosociale zorg te verlenen. Daarnaast beheersen zij de competenties niet geheel om dit tot een goede uitvoering te brengen. De respondenten geven aan behoefte te hebben aan scholing en begeleiding in het geven van deze zorg. Het is aan te bevelen om een breder vervolgonderzoek uit te voeren om de ervaringen binnen Allevo Zorg Thuis inzichtelijk te krijgen. Daarmee kan ingespeeld worden op de behoefte van scholing, voor verpleegkundigen en verzorgenden IG, op het gebied van psychosociale zorgverlening.

Abstract

Summary: More and more older people continue to live at home and a lot of them are chronically ill. Many of these elderly people get home care. In the home care work nurses and caretakers IG who give care on physical, spiritual and psychosocial area. In palliative terminal care, are an optimal control of symptoms and support of clients and loved ones, for the purpose of answering questions around the end of life central. Adequate attention to psychosocial care in palliative terminal care is crucial to the quality of life of the client, his relatives and his social support network. In the team Duiveland of Allevo, the nurses and caretakers IG find it difficult in the field of psychosocial care, to have a conversation about what the palliative terminal client wants and needs. At the moment, it is unclear how nurses and caretakers IG experience giving psychosocial care, and what they need to in giving this care. The aim of this research is to understand the experience that nurses and caretakers IG have in providing psychosocial care to palliative terminal client at home.

Method: Through a qualitative research with a literature study prior, the experience and perception of the nurses and caretakers IG in team Duiveland are mapped. The data was collected using semi-structured interviews in which a topic list is used. The interviews are analysed through eight steps and there are three key themes formed: conversation, support and expertise.

Results: In total six respondents participated in an interview. On the three key themes that emerged from the analysis, eight labels are hung with corresponding pronunciations of respondents. Many respondents indicate that they consider it important to have the conversation with the palliative terminal client. Also, they lend that there often is attention for the family which they find natural, and that they also need a lot of guidance. Guidance and conversations, however, that takes time and there is too little, say the respondents. Furthermore, respondents say that giving psychosocial care has to do with experience and expertise, and the respondents indicate that they often have too little experience and competencies are not entirely master. Most respondents want more training and guidance in this and are in favour of.

Discussion: In the literature that is described, indicates that psychosocial care within the palliative terminal care, can increase quality of life. Experience and affinity certainly plays a role, but nurses and caretakers IG include the basal psychosocial care and the skills to master. Help with dealing with emotions and providing a listening ear is the main support. There appears to be signals at professional associations about not controlling the demand for skills and training. Conversation with the client is recommended in both respondents as much in the literature.

Conclusion and recommendations: The respondents have too little experience and time to give good psychosocial care. In addition, they master the competencies not entirely to this. Respondents indicate the need for training and guidance in giving this care. It is recommended that a broader follow-up study at Allevo is needed to have a good outcome on the experiences within psychosocial care at home. This may be to respond to the needs of training, for nurses and caretakers IG, in the field of psychosocial care.

Inhoud

Inleiding.....	8
1 Theoretisch kader.....	12
1.1 Zoekplan	12
1.1.1 Zoeksleutels.....	12
1.1.2 Databankverzameling.....	13
1.1.3 Inclusiecriteria bronnenonderzoek	13
1.2 Zoekboom	14
1.3 Definieren van de begrippen.....	16
1.3.1 Palliatieve terminale zorg.....	16
1.3.2 Psychosociale zorg.....	16
1.3.3 Ervaring in het signaleren van psychosociale zorgbehoefte	17
1.3.4 Thuiszorg	18
1.3.5 Competenties verpleegkundigen en verzorgenden IG op palliatief terminaal gebied	18
1.4 Samenvatting.....	19
2 Methoden van onderzoek	20
2.1 Onderzoek type en design.....	20
2.2 Onderzoekspopulatie	20
2.3 Plaats en tijd	21
2.4 Gegevens verzameling.....	21
2.4.1 Topiclijst	22
2.5 Gegevensverwerking en analyse	23
2.6 Betrouwbaarheid en validiteit.....	23
2.7 Juridische en ethische aspecten	24
3 Resultaten	25
3.1 Beschrijving respondenten.....	25
3.2 Analyse resultaten per kernthema.....	25
3.3 Ondersteuning.....	26
3.3.1 Rust creëren	26
3.3.2 Vertrouwensband.....	27
3.3.3 Begeleiding familie.	28
3.4 Gespreksvoering.....	28
3.4.1 Luisteren	29
3.4.2 Behoeft psychosociale zorg	29
3.4.3 Emoties.....	30

3.5 Deskundigheid	31
3.5.1 Scholingsbehoefte	31
3.5.2 Competenties	32
4 Discussie	33
4.1 Resultaten vergeleken met de literatuur	33
4.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek.....	35
5 Conclusie en aanbevelingen	36
5.1 Conclusie	36
5.2 Aanbevelingen	37
Bibliografie	38
Bijlage 1 Toestemmingsformulier	41
Bijlage 2 Begeleidende brief.....	42
Bijlage 3 Uitgewerkt interview, analyse fragmentatie en hiërarchie	43
Bijlage 4 Mindmap.....	102
Bijlage 5 beoordelingsformulier onderzoeksverslag	103

Inleiding

Dit onderzoek is gedaan in het kader van mijn afstudeeropdracht aan de HZ University of Applied Sciences van de opleiding HBO-verpleegkunde te Vlissingen, en werd uitgevoerd binnen de zorgorganisatie Allevo Zorg Thuis. Het gaat over het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten thuis en hoe verpleegkundigen en verzorgenden IG dit ervaren.

Achtergrond

Nederland telt in 2015 ongeveer 16.902.000 inwoners (CBS, 2015). In 2012 overleden in Nederland 141.245 personen, 68.360 mannen en 72.885 vrouwen (CBS, 2014). De absolute sterfte zal door de naoorlogse geboortegolf naar verwachting verder toenemen, van 136.000 in 2011, naar bijna 200.000 in de periode 2050-2055. Deze toename heeft te maken met de groei en de vergrijzing van de bevolking in Nederland (RIVM, 2014).

Het blijkt dat de mensen die overleden zijn aan een chronische ziekte of kanker, in meer of mindere mate gebaat waren bij palliatieve zorg. Palliatieve zorg is alle zorg die er op gericht is iemand met een levensbedreigende ziekte een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven; ook aan zijn naasten. Het kan langdurige zorg zijn, soms jarenlang, en is geen synoniem voor terminale zorg (Agora, 2012). Zorg die gericht is op de laatste maanden van iemands leven, wordt palliatieve terminale zorg genoemd (Encyclo, 2015).

Hoeveel mensen er in Nederland jaarlijks behoefte hebben aan palliatieve terminale zorg, daarover zijn geen cijfers bekend. Ook zijn er geen gegevens over hoeveel mensen zich per jaar melden bij zorgverleners met een concrete zorgvraag betreffende palliatieve zorg (Stichting Nivel, 2015). In de palliatieve terminale zorg staan een optimale bestrijding van symptomen centraal, naast ondersteuning van cliënten en naasten ten behoeve van de beantwoording van vragen rondom het levenseinde. De zorg wordt actief aangeboden, en mensen worden waar nodig ondersteund bij het maken van afwegingen en het nemen van beslissingen (Teunissen & Willems, 1999). Het verlenen van palliatieve terminale zorg komt regelmatig voor in het beroep van de verpleegkundigen en verzorgenden IG, en met de verwachte vergrijzing zal deze zorg in de toekomst alleen maar toenemen. In het verleden zijn er diverse onderzoeken gedaan en verbeterprogramma's geïmplementeerd. Het eerste programma van palliatieve zorg in de terminale fase, ging in 1997 van start. In een vervolg hierop is het ZonMw-Programma Palliatieve Zorg 2006-2014 opgezet (Berg, et al., 2014). De palliatieve terminale zorg kan worden gezien als een pad dat loopt van het ontstaan van een palliatieve ziekte, tot en met de nazorg voor de naasten en familie van de overleden patiënt. In dit pad komt naast het verlenen van fysieke en spirituele zorg, ook het verlenen van psychosociale zorg aan de orde.

Adequate aandacht voor psychosociale zorg in de palliatieve zorg, is cruciaal voor de kwaliteit van leven van de patiënt, zijn naasten en zijn sociale steunnetwerk. Uit een onderzoek komt naar voren dat verpleegkundigen een belangrijke rol kunnen vervullen in het (vroeg)signaleren van psychosociale behoeften en problemen (Eskens, Houwelingen, Nus-stad, & Houwelingen, 2010).

De verpleegkundige of verzorgende IG is vaak het eerste aanspreekpunt in de zorgverlening rondom de palliatieve terminale fase. Deze beroep dient de basale psychosociale zorg te kunnen verlenen aan de cliënt. Deze zorg bestaat onder andere uit goede voorlichting, eerste opvang bij slecht nieuws, en

steun bij het omgaan tijdens het ziekteverloopt. Voor de meerderheid van de cliënten is deze psychosociale zorg afdoende om zich, samen met hun naasten, adequaat aan te kunnen passen aan de ziekte, en de gevolgen daarvan, in de verschillende fasen van de ziekte (Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010).

In 2014 bleken 247 thuiszorgorganisaties palliatieve zorg te verlenen. Bij thuiszorgorganisaties werken de verpleegkundigen en verzorgende IG in zelfsturende teams nauw met elkaar samen. Twee derde van de cliënten overlijdt op de plek waar ze willen overlijden, en deze plek is thuis. De plaats van overlijden is een indicator voor de kwaliteit van palliatieve zorg (Berg, et al., 2014). De thuiszorg speelt een belangrijke rol voor cliënten in de palliatieve fase die thuis willen sterven.

Er wordt ook veel van de betreffende zorgverleners gevraagd op het gebied van (vroegtijdige)signalering over de behoefte aan psychosociale begeleiding. Het is belangrijk dat de zorgverleners zich voor deze behoeften en problemen openstellen, en er niet voor weglopen (Stichting STEM, 2010). Het tijdig herkennen van patiënten die tijdens het ziekteverloopt problemen ontwikkelen, ten gevolge van de confrontatie met een terminale ziekte, en het tijdig verwijzen van deze mensen naar de juiste psychosociale en/of (para)medische hulpverlener, zou de kwaliteit van leven van deze patiënten, de tevredenheid met de zorg en de communicatie met de primaire zorgverleners, flink kunnen verhogen (Integraal Kankercentrum Nederland, 2010).

Uit persoonlijke ervaring komt naar voren dat verpleegkundigen en verzorgenden IG op het gebied van psychosociale zorg, het moeilijk vinden het gesprek aan te gaan met de palliatieve terminale patiënt over wensen en behoeften. Daarnaast wordt aangegeven dat zij niet weten wanneer er precies sprake is van behoefte aan psychosociale zorg. Op dit moment is nog onduidelijk hoe verpleegkundigen en verzorgenden IG het signaleren en verlenen van psychosociale zorg bij de cliënten zelf ervaren, en wat zij nodig hebben om deze zorg te kunnen verbeteren.

Aanleiding

Tijdens gesprekken met verpleegkundigen en verzorgenden IG die palliatieve terminale zorg geven aan cliënten thuis, komt naar voren dat zij het als een moeilijke opgave ervaren om het psychosociale aspect bij cliënten aandacht te geven, en hierop in te spelen met de juiste interventies. Allevoo Zorg Thuis is een zorgorganisatie die in Zeeland in de regio Schouwen–Duiveland, Noord- en Zuid- Beveland zorg verleent. Ieder team wordt aangestuurd door een (wijk)verpleegkundige, en daarnaast werkt een team verpleegkundigen en verzorgenden IG. In het team Duiveland dat zorg thuis biedt, komen de verpleegkundigen en verzorgenden IG bij de cliënten thuis om zorg te verlenen. Het contact onderling is breed en zij weten elkaar te vinden, wat een nauwe samenwerking oplevert. De verpleegkundigen en verzorgenden IG hebben wisselende ervaring hierin. Palliatieve terminale zorg is complexe zorg, die veel kennis en vaardigheid vraagt van zorgverleners. Dit komt met name door de verschillende aspecten op lichamelijke, spirituele en psychosociale vlak waar de zorg op gericht kan zijn bij palliatieve terminale cliënten. Aandacht voor met name de psychosociale zorg die cliënten in de palliatieve terminale fase krijgen, is belangrijk, zodat er ingespeeld kan worden op de behoefte van de cliënt en zijn naasten in de laatste levensfase. Psychosociale problemen komen vaak voor bij patiënten die in de palliatieve fase zijn. Te denken valt aan angst, verdriet, hopeloosheid, machteloosheid,

aanpassingsproblemen, depressie, verwerkings- en copingproblemen. Hoe gaan verzorgenden IG en verpleegkundigen hier mee om? Beheersen de verzorgenden IG en verpleegkundigen de juiste competenties om kritisch te kijken naar wat nodig is op psychosociaal gebied? Wat is de ervaring hierin en wat hebben de verzorgenden IG en verpleegkundigen nodig om goede psychosociale zorg te kunnen geven binnen hun vak- en deskundigheidsgebied? Deze vragen worden hopelijk beantwoord door dit onderzoek.

Probleemstelling

Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden IG van Allevo Zorg Thuis in het team Duiveland het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten?

Doelstelling

- Inzicht krijgen in de ervaring en beleving die verpleegkundigen en verzorgenden IG hebben in het geven van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten.
Hiermee krijgt de organisatie Allevo inzichtelijk hoe het geven van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten wordt ervaren door verpleegkundigen en verzorgenden IG. Met de uitkomsten en aanbevelingen, voortvloeiende uit de interviews die gehouden zijn, kan Allevo een verbeterplan of nieuwe ideeën integreren, die de kwaliteit van palliatieve terminale zorg kunnen verhogen.

De relevantie van het probleem voor het verpleegkundig domein

Dit onderzoek kan een bijdrage leveren in het verbeteren van het geven van psychosociale zorg aan palliatieve terminale cliënten. Palliatieve terminale zorg komt in de laatste levensfase van een cliënt, en is onvermijdelijk binnen het verpleegkundig domein. Artikelen over dit onderwerp bakenen deze periode af tot de laatste drie maanden van iemands leven. Hierin staan vier dimensies centraal; lichamelijk, fysiek, psychosociaal en spiritualiteit. Psychosociale zorg is hiermee een vorm van intensieve zorg. In de opleiding tot HBO verpleegkunde staan de drie domeinen: zorg, organisatie van zorg en beroep centraal. Hierbinnen vallen de vijf beroepsrollen: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Dit is gekoppeld aan de kennis, vaardigheden en persoonskenmerken van de hbo verpleegkundige. Het is een veel voorkomende taak van de verpleegkundige en verzorgende IG om te luisteren naar de behoeften en wensen van een cliënt. Er kan veel veranderen voor de palliatieve terminale cliënt in verschillende aspecten van het leven. Dit is te merken aan het omgaan met de naderende dood, en verlies van het leven, gezondheid, interesse en plezier. Het is emotioneel zeer belastend voor de cliënt en kan de psychosociale gezondheid negatief beïnvloeden en direct of indirect ook de kwaliteit van leven. De verpleegkundige en verzorgende IG heeft een grote rol in het signaleren en in goede banen leiden ervan, zodat de palliatieve terminale cliënt een zo goed mogelijke kwaliteit van leven ervaart totdat deze overlijdt. De beroepsrollen van zorgverlener, regisseur en beroepsbeoefenaar zijn in dit onderzoek van toepassing.

Leeswijzer

In hoofdstuk één wordt het theoretisch kader beschreven. Dit zal onder andere bevatten het zoekplan, de zoekboom met daarin geselecteerde bronnen, en begrippen verheldering. Daarnaast volgt aan het einde van dit hoofdstuk een samenvatting, die de informatie uit de bronnen concreet neerzet. In hoofdstuk twee zal de methode worden beschreven. Er zal hierin het onderzoektype, het design, de analyse en wijze van gegevensverzameling worden uitgewerkt. Vervolgens worden de validiteit en betrouwbaarheid toegelicht. De wijze van rapportage en tijdsplanning komt in het laatste gedeelte van dit hoofdstuk aan bod. In het derde hoofdstuk komen de resultaten aan bod uit de afgenomen interviews. De analyse van de resultaten zijn onderverdeeld in kernthema's met bijbehorende labels. De labels komen overeen met de citaten van de respondenten en in een mindmap is het overzichtelijk gemaakt. In hoofdstuk vier volgt de discussie aan de hand van de resultaten die vergeleken zijn met de literatuur. De sterke en zwakke kanten van dit onderzoek staan als laatste hierin benoemd. In hoofdstuk vijf staat de conclusie beschreven met antwoord op de probleemstelling en worden aanbevelingen gegeven voor de praktijk, opleiding en verder vervolgonderzoek. Tot slot volgen er nog bijlagen, met daarin o.a. de bronnenlijst, de begeleidende brief, het toestemmingsformulier voor dit onderzoek, een uitgewerkt interview met bijbehorende stappen van analyse en de mindmap.

1 Theoretisch kader

Het theoretisch kader is een beschrijving van het uitgevoerde bronnenonderzoek. Dit hoofdstuk bevat een schematische weergave van het zoekplan, en de zoekboom, met hierin de geselecteerde bronnen en de begrippen verheldering. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting.

1.1 Zoekplan

Allereerst is er gezocht binnen databanken en het internet, om bronnen te vinden om het onderwerp verder uit te diepen. Er zijn voor dit literatuuronderzoek eerst zoekvragen opgesteld, om als hulpmiddel te dienen voor het zoeken naar informatie:

- Wat is palliatief terminale zorg en welke behoeften en wensen zijn er bij de cliënt thuis?
- Wat is psychosociale zorg en wat houdt het verlenen van deze zorg in de thuissituatie in?
- Welke competenties moeten verpleegkundigen en verzorgenden hebben om de palliatieve terminale zorg in de thuissituatie te kunnen geven?
- Hoe staan de richtlijnen digitaal beschreven voor het geven van palliatieve terminale zorg?
- Hoe zijn de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden IG binnen verschillende patiëntencategorieën in het verlenen van psychosociale zorg?

1.1.1 Zoeksleutels

Er is gebruik gemaakt van zoeksleutels, in de vorm van Booleaanse operatoren in combinatie met de zoektermen, om bruikbare literatuur te kunnen vinden. De Booleaanse operatoren die in dit onderzoek gebruikt zijn, zijn AND en OR. Zoeksleutels en zoektermen staan beschreven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Zoektermen gecombineerd met zoeksleutels

Nederlands	Engels
Richtlijnen palliatieve zorg	Guidelines palliative care
Psychosociale zorg AND terminale zorg	Psychosocial care AND terminal care
Palliatieve zorg AND kanker	Palliative care AND Palliative terminal care
Palliatieve terminale zorg	Palliative terminal care
Verpleegkundigen AND verzorgenden IG	Nurses AND caretakers
Palliatieve terminale zorg OR palliatieve zorg	Palliative terminal care OR palliative care
Psychosociale zorg AND kanker	Psychosocial care AND cancer
Psychosociale zorg OR psychosociale palliatieve zorg	Psychosocial care OR Psychosocial palliative care

1.1.2 Databankverzameling

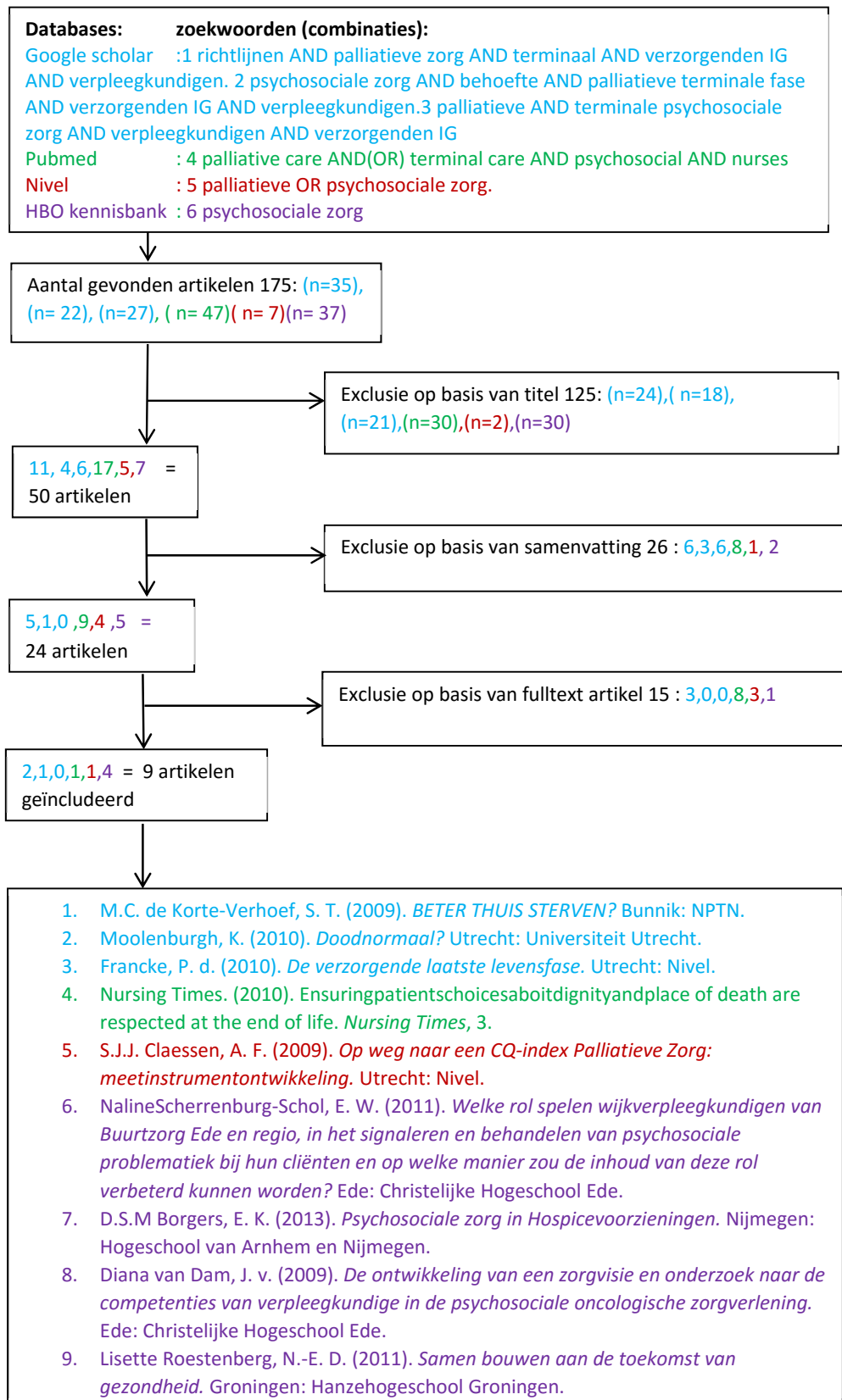
Er is in verschillende databanken gezocht naar bruikbare en relevante bronnen: Pubmed, Google scholar, Nivel, HBO kennisbank, Springerlink en Narcis. De gebruikte databanken staan beschreven in de zoekboom, bij paragraaf 1.2. Aan de hand van de zoekboom is te zien welke artikelen geïnccludeerd zijn.

1.1.3 Inclusiecriteria bronnenonderzoek

- Artikelen vanaf 2005 tot 2015, omdat er in de laatste 5 jaar weinig relevante artikelen gepubliceerd zijn. Tot 10 jaar terug is goed bruikbare informatie gevonden.
- Artikelen moeten in volledige tekst beschikbaar zijn.
- Artikelen moeten relevant zijn voor het onderzoek.
- Artikelen in Nederlands of Engelse taal.

In de zoektocht naar het vinden van literatuur, en door deze te bestuderen, zijn er door middel van het “sneeuwbaaleffect” ook referentie en bronnenlijsten gevonden voor het onderzoek. Dit staat beschreven na de zoekboom in paragraaf 1.2.

1.2 Zoekboom



Bronnen via Sneeuwbaaleffect

10. Erp, J. v., Hinnen, C., & Sanderma, R. (2006). *Psychosociale zorg bij hart-en vaatziekten*. Bilthoven: Nederlandse Hartstichting.
11. Koningswoud, J. v. (2007). Drie bijzondere competenties. *Pallium*, 45-47. Opgeroepen op mei 30, 2015
12. Liebert, M. (2012). *Journal of Palliative Medicine*. Opgehaald van Mary Ann Liebert, Inc. publishers: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2006.0157>
13. Pallialine. (2012). *Psychosociale zorg*. Opgeroepen op mei 26, 2015, van Pallialine richtlijnen palliatieve zorg: http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=35056&richtlijn_id=835
14. Valk, U. v., & Ven, E. v. (2005). *Deskundigheidsbevordering palliatieve terminale zorg*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen.
15. VenVN. (2011). *Te weinig kennis over palliatieve zorg*. Opgeroepen op april 22, 2015, van VenVN: <http://www.venvn.nl/Berichten/ID/870/Te-weinig-kennis-over-palliatieve-zorg>
16. Wanrooij, B. (2010). *Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
17. Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg. (2010). *detecteren behoefte psychosociale zorg*. Opgeroepen op maart 25, 2015, van Oncoline: <http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>
18. Wulp, M. (2007). Fasen in het palliatieve proces uitgewerkt. *Pallium*, 26-29.

1.3 Definiëren van de begrippen

1.3.1 Palliatieve terminale zorg

Palliatieve terminale zorg is zorg die gericht is op de laatste drie maanden van iemands leven, in het teken van het aankomend sterven. In deze fase wordt door professionals adequaat ingespeeld op wat de cliënt, familie en naasten nodig hebben op lichamelijk, spiritueel en psychosociaal gebied. Dit heet integrale zorg, waarbij de cliënt centraal staat. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft dit ook opgesteld in een definitie. Palliatieve terminale zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten, die geconfronteerd worden met problemen die gerelateerd zijn aan een levensbedreigende aandoening. Door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling, is er een adequate behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, spirituele en psychosociale aard mogelijk (Eskens, Houwelingen, Nus-stad, & Houwelingen, 2010). Het voornaamste doel is om de cliënt een nieuw evenwicht te laten vinden, op het moment dat het sterven nabij is. Het hervinden van de balans geldt ten aanzien van alle aspecten: op lichamelijk, spiritueel en psychosociaal gebied. Tijdens verschillende fasen binnen de ziekte kan (complexe) problematiek optreden. De ziekte schrijdt voort, en bestaande lichamelijke symptomen, die onder controle lijken te zijn, kunnen verergeren, en/of nieuwe klachten kunnen ontstaan, op onder andere psychosociaal gebied (Wulp, 2007). Ziekte en sterven zijn ingrijpende gebeurtenissen, die echter wel bij het leven horen. Veel ernstig zieke mensen zijn in staat deze problemen aan te pakken, alleen, of samen met hun naasten. Wanneer het hun niet lukt om aan te passen aan de veranderende situatie, kan psychosociale zorg van essentieel belang zijn (Pallialine, 2012).

1.3.2 Psychosociale zorg

Binnen de palliatieve terminale zorg is psychosociale zorg een belangrijk onderdeel. Hierin staan verwerking en aanpassingsvermogen centraal. Het aandacht hebben voor de mens en zijn verdriet, zijn angsten, voor de zorg van naasten, voor zingeving en rouw, is anno 2015 niet gemakkelijk, met alle bezuinigingen en kostenbewuste keuzes in de zorgsector. Stilstaan bij de beleving van de ziekte van de cliënt, het leren verwerken, en omgaan met problemen, en ontplooiingsmogelijkheden, is ontzettend belangrijk voor de zieke cliënt, en daar is tijd voor nodig (Pallialine, 2012). Palliatieve terminale cliënten kunnen klachten ervaren als (extreme) vermoeidheid, angsten, spanningen in de relatie met familie en naasten, en de ontwikkeling van depressie. De oorzaak van deze klachten ligt vaak in het verwerken van verdriet en de omgang met de ziekte. Psychosociale zorg kan van wezenlijk belang zijn voor de kwaliteit van leven van de palliatieve terminale cliënt (Eskens, Houwelingen, Nus-stad, & Houwelingen, 2010). Wanneer er geen gehoor gegeven wordt aan deze aspecten van zorg, kan het de kwaliteit van leven ernstig beïnvloeden, in de vorm van een depressie of angstontwikkeling, wat weer van invloed is op het lichamelijk en geestelijk functioneren (Erp, Hinnen, & Sanderma, 2006). Daarnaast kunnen cliënten, als gevolg van hun ziekte en de behandeling, ook last ervaren op sociaal, praktisch en levensbeschouwelijk gebied. Deze last kan worden samengevat in de term distress, synoniem voor stress, leed, zielenleed, benauwen of verdriet. Patiënten met distress kunnen behoefte hebben aan psychosociale zorg (Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010).

Echter over het signaleren van deze behoefte is weinig bekend. Naast het geven van voorlichting over ziekte en behandeling, is signalering belangrijk, voor het eventueel doorverwijzen naar een andere professional. Het gesprek aangaan met de cliënt, om deze te ondersteunen in zijn verwerking en emoties, is een vaardigheid op zich. Ervaring en affiniteit spelen een grote rol in het geven van psychosociale zorg, maar desalniettemin behoort deze ondersteuning tot de competenties die de zorgprofessional moet beheersen in het dagelijks werk. Cliënten moeten kunnen vertrouwen op wat iemand toezegt en afsprekt. Het respecteren van keuzes van de cliënt is een kracht, ook als de professional het daar niet mee eens is. Hierin valt te denken aan palliatieve sedatie of euthanasie binnen de palliatieve terminale zorgverlening.

1.3.3 Ervaring in het signaleren van psychosociale zorgbehoefte

Los van de keuzes van de cliënt in de palliatieve terminale fase, is het belangrijk om de tekenen van lijden te herkennen. Verpleegkundigen zijn doorgaans sterk gericht op het lichamelijk lijden. Het herkennen van psychisch en existentieel lijden is lastiger. Mede komt dit doordat de cliënt zelden uitwendige tekenen van psychisch of existentieel lijden toont. Doordat dit minder zichtbaar is, schuilt er het gevaar dat deze symptomen niet herkend worden (Wanrooij, 2010). Het tijdig signaleren en bespreken van distress kan (indien nodig en/of door de cliënt gewenst) bij het verlenen van zorg ernstige problematiek voorkomen. Indien goed toegepast kan dit resulteren in een betere kwaliteit van leven, en meer tevredenheid met de ontvangen zorg (Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010). Signalering heeft ook te maken met het open staan voor signalen, en dit heeft weer te maken met de denk- en werkmethode van de zorgprofessional. Er is uit onderzoek bekend dat psychosociale behoefte niet altijd wordt geïdentificeerd, en daardoor vervuld, binnen de ziekenhuiszorg en dat daardoor problemen onbehandeld blijven. Binnen de zorg voor kankerpatiënten wat ook onder de chronische en palliatieve zorg valt- is al aangetoond dat patiënten met distress een lagere kwaliteit van leven hebben en meer moeite hebben in het nemen van beslissingen over behandelingen. Daarnaast zijn deze patiënten minder therapietrouw en vaker minder tevreden over de medische zorg die ze ontvangen. Cliënten zijn vaak angstig, en hebben behoefte aan een vertrouwd gezicht. Hulp bij het omgaan met emoties, of het bieden van een luisterend oor, zou iedere professional moeten kunnen, maar er mag afgevraagd worden of de professionals altijd onderkennen wanneer die behoefte aanwezig is. Er zijn diverse interventies en hulpmiddelen, die onder andere in het ziekenhuis gebruikt worden om de psychosociale behoefte te meten, maar nog niet in de thuissituatie, waar de continuïteit en structuur van zorg compleet anders zijn. Signalering kan subjectief zijn, maar om het objectief te maken is goede communicatie nodig. Onder drukte en werkstress kan veel worden weggeschoven, maar biedt de zorgprofessional dan nog zorg op maat, en kwaliteit? is de vraag. De beleving van de cliënt is een graadmeter voor de kwaliteit van zorg (Valk & Ven, 2005). De ervaring en beleving bij verpleegkundigen en verzorgenden IG in de thuiszorg met het signaleren en geven van psychosociale zorg, is niet duidelijk, in het team Duiveland van de thuiszorgorganisatie Allevo Zorg Thuis. In de thuiszorg werkt de professional vaak alleen, tijdens de route die zij volgt naar cliënten die zorg behoeven. Hier zitten ook palliatieve terminale cliënten tussen.

1.3.4 Thuiszorg

Extramurale zorg -ook wel zorg in de thuissituatie, of thuiszorg genoemd- is al tijdens het gesprek van de dag, omdat door bezuinigingen veel ouderen, en daarmee chronisch zieke mensen, langer thuis moeten blijven wonen. In de thuiszorg wordt niet, of veel minder vaak, in teamverband gewerkt met andere zorgprofessionals, terwijl er wel verschillende instanties en hulpverleners betrokken zijn. Een route van cliënten wordt zelfstandig door de verpleegkundigen en verzorgenden IG afgelopen en de zorg wordt zelfstandig gegeven, eventueel met familie en naasten erbij. Communicatie en afspraken over de wijze waarop gerapporteerd wordt over interventies en voortgang, zijn daarom van groot belang (Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010). Uit onderzoek blijkt dat twee derde van de cliënten thuis wil sterven. Cliënten krijgen thuis meer tijd voor de verwerking van, en het omgaan met, de emoties die met het sterven gepaard gaan. Vaak voelen zij dan ook de behoefte om met iemand te praten; iemand die vragen kan beantwoorden, en hulp en advies kan bieden over het omgaan met de consequenties van de terminale ziekte. Die iemand kan een verpleegkundige of verzorgende IG zijn. De verpleegkundigen en verzorgenden IG kunnen, wanneer dat nodig is, de wijkverpleegkundige raadplegen, voor advies en eventuele doorverwijzing naar andere disciplines. De verpleegkundigen en verzorgenden IG moeten daarom binnen hun beroepsprofiel de kennis en competenties beheersen om de basale psychosociale zorg adequaat te kunnen verlenen.

1.3.5 Competenties verpleegkundigen en verzorgenden IG op palliatief terminaal gebied

Verpleegkundige en voorzitter van VenVN Palliatieve Verpleegkunde, Thirza Olden, vertelt in een interview in 2011 dat veel verpleegkundigen en verzorgenden niet beschikken over de juiste competenties, wat blijkt uit talloze signalen van de beroepsgroep zelf. Zorgverleners hebben volgens V&VN meer kennis nodig, onder andere op het gebied van psychosociale ondersteuning (VenVN, 2011). Als het gaat om samenwerking is het belangrijk om de competenties van collega's te kennen, omdat het bijdraagt aan de kwaliteit van zorg voor de cliënt. Kennis en expertise zijn heel waardevol en dragen bij aan het verder ontwikkelen van kwaliteit en professionalisering van het beroep. Doorgaans is men goed op de hoogte van de mogelijkheden en competenties van verschillende professionals in de zorg (Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010). De Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen werkzaam in de Palliatieve Zorg (NVVPZ), heeft het beroepsdeelprofiel ontwikkeld voor verpleegkundigen in de palliatieve zorg. Dit profiel geeft aan welke taken de verpleegkundige heeft binnen de palliatieve zorg, en bij welke zorgvragers dit van toepassing is. De kennis, deskundigheid en attitude staan beschreven in competenties (Koningswoud, 2007). Competenties die verpleegkundigen o.a. moeten beheersen, zijn: empathie, actief luisteren, en effectieve gespreksvoering. Dit vereist doelgericht werken, het kunnen analyseren van situaties en reflecteren op eigen handelen (Integraal Kankercentrum Nederland, 2010). Bij deze competenties wordt ook verwacht dat het signaleren van emoties aanwezig is, en dat de verpleegkundigen en verzorgenden IG de ruimte geven aan de cliënt om deze emoties te uiten. Van belang is ook dat contact met lotgenoten gestimuleerd wordt. Open staan, en werkelijk willen weten en begrijpen wat het voor de cliënt inhoudt, betekent respect. Het voegt kwaliteit toe in de laatste levensfase en kan veel betekenen voor de zorgverleners, wat voldoening geeft. Voor verpleegkundigen en verzorgenden IG zijn ondersteuning en begeleiding in het omgaan en verwerken van de ziekte, een belangrijke taak. Dit geldt ook voor de familie en naasten. Om de palliatieve terminale cliënt te kunnen ondersteunen en

begeleiden, zijn er kennis en vaardigheden nodig, waardoor zij op verantwoorde manier de juiste zorg kunnen geven. Het vraagt ook iets van de houding waarmee de professional zich presenteert. Richten op het welzijn, ook die van familie en naasten, vraagt veel van de verpleegkundigen en verzorgenden IG. Het is essentieel dat deze zorgverleners hun emotionele en professionele beperkingen herkennen, en hiermee om kunnen gaan. Ruimte om emoties en problemen te uiten moet er zijn, binnen het team waarin de professional werkzaam is.

1.4 Samenvatting

Palliatieve terminale zorg is een intensieve vorm van zorg, omdat er op diverse gebieden aandacht geschonken moet worden. Lichamelijke, spirituele en psychosociale zorg vereisen veel van de verpleegkundigen en verzorgenden IG die dagelijks zorg verlenen aan de palliatieve terminale cliënt. Het blijkt niet goed duidelijk te zijn hoeveel van deze zorg gegeven wordt in Nederland. Wel kan er een inschatting gemaakt worden als gekeken wordt naar het aantal chronisch zieken die er in Nederland jaarlijks zijn en overlijden. De verwachting, uit wat in de literatuur beschreven staat, is dat iedere chronisch zieke uiteindelijk een vorm van palliatieve terminale zorg ontvangt.

De verpleegkundigen en verzorgenden IG worden breed opgeleid en moeten van verschillende gebieden kennis hebben, waaronder het psychosociale gebied. Het geven van psychosociale zorg aan de palliatieve terminale cliënt, vereist, naast ervaring in de praktijk, ook scholing, om deze zorg goed bij te houden en het verder te ontwikkelen. Wanneer op een goede manier gesignaleerd en ingespeeld wordt op de behoefte van psychosociale zorg, verhoogt dit de kwaliteit van leven van de palliatieve terminale cliënt. Er blijkt uit de literatuur dat wanneer de behoefte in psychosociale zorg niet wordt gesignaleerd, of wanneer er geen actie op wordt ondernomen, dat dit nadelige gevolgen voor het verdere ziekteverloop kan hebben, onder andere in de vorm van angst en depressieontwikkeling. Dit zorgt direct en indirect tot problemen bij het geven van de zorg rondom deze cliënt.

De overheid schrijft voor dat mensen langer thuis moeten blijven wonen. De verwachting is sterk aanwezig dat steeds meer palliatieve terminale zorg door de thuiszorg gegeven zal moeten worden. Om de kwaliteit van deze zorg optimaal te houden voor de cliënt, is onder andere het signaleren van de psychosociale behoefte een grote factor. Wat de ervaring is in het geven van deze zorg, en hoe er gesignaleerd wordt, komt weinig tot uiting in de literatuur. In team Duiveland is in ieder geval niet duidelijk hoe deze zorg ervaren en gesignaleerd wordt door de verpleegkundigen en verzorgenden IG.

2 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de methode die gebruikt is om het onderzoek uit te voeren. Allereerst wordt het onderzoektype en design besproken en daarna wordt de onderzoekspopulatie beschreven. Vervolgens wordt er beschreven hoe de gegevensverzameling tot stand is gekomen en hoe de gegevensverwerking en analyse plaats vond. De betrouwbaarheid en validiteit komen ter sprake en als laatste worden de juridische aspecten, rapportage en tijdsplanning beschreven.

2.1 Onderzoek type en design

De probleemstelling van dit onderzoek heeft geleid tot een kwalitatief onderzoek. De probleemstelling: *Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden IG van Allevo Zorg Thuis in het team Duiveland het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten?* Het doel van dit onderzoek was om de ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden IG in kaart te brengen rondom het geven van psychosociale zorg. In dit onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews waarbij vooraf een topiclijst is samengesteld. Deze onderzoeksopzet bood de mogelijkheid een grote hoeveelheid variërende gegevens te verzamelen. In de interviews werd gevraagd naar de beleving en ervaring. Er is gekeken naar de betekenis die de respondent zelf aan de situatie gaf en hierdoor kon worden doorgevraagd om verdieping te krijgen in het onderzoek. Er werd gezocht naar informatie, uit gegevens die verzameld werden door middel van open vragen, waardoor het flexibel was qua informatieverzameling.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie zijn verpleegkundigen en verzorgenden IG binnen team Duiveland in de regio Schouwen-Duiveland. Hiervoor is gekozen omdat niet alle verpleegkundigen en verzorgenden IG van de organisatie door middel van een interview konden worden ondervraagd in de korte periode van het onderzoek. Team Duiveland telt zes verpleegkundigen en vijf verzorgenden IG en zijn allen benaderd via een e-mail om deel te nemen aan het onderzoek.

2.3 Plaats en tijd

Het onderzoek vond plaats tussen februari 2015 en januari 2016. De literatuurstudie heeft plaatsgevonden in de periode van februari 2015 tot juni 2015. In deze periode is ook de topiclijst samengesteld, met enkele beginvragen. De interviews zijn afgenomen in de periode van juli 2015 tot eind augustus 2015 en vonden plaats in het teamkantoor te Bruinisse, of bij de respondenten thuis. De gegevens afkomstig uit de interviews, zijn geanalyseerd en beschreven in het onderzoeksverslag.

2.4 Gegevens verzameling

Aan de hand van een topiclijst die samengesteld is uit relevante begrippen beschreven in de literatuur, werden de interviews afgenomen. De respondenten ontvingen een mail waarin het kader van het onderzoek, aanmelding en duur van het interview werd uitgelegd. Daarnaast werd in de mail vermeld dat de gegevens vertrouwelijk werden behandeld (Verhoeven, 2011). Van ieder interview is een audio-opname gemaakt, ter vastlegging, en voor een correcte uitwerking van de gegevens. Er werd eerst één proefinterview afgenomen, voordat de andere interviews plaatsvonden. Op deze manier werd duidelijk hoe lang een interview zou duren, of de topiclijst aansloot en hoe de vraagstelling gesteld was. Zo nodig konden aanpassingen gemaakt worden (Verhoeven, 2011). De interviews werden afgenomen met het doel om aan genoeg nieuwe informatie te komen tot er verzadiging op zou treden, met een minimum van vijf interviews. Het verzadigingspunt kwam na interview zes.

Ieder interview had een begin, midden en eindstuk. Er werd schuin tegenover de respondent plaatsgenomen, om deze op zijn gemak te stellen, in een licht voorovergebogen houding, omdat dit stimulerend en geïnteresseerd overkomt (Verhoeven, 2011). Om het gesprek zo goed mogelijk te laten verlopen en vertrouwen te winnen van de respondent, begon het interview met een aantal oppervlakkige opmerkingen, om de eventuele spanning weg te nemen. Hiermee werd een vertrouwensrelatie opgebouwd. Daarna werd er inhoudelijk vormgegeven aan het interview, door rustig het gesprek te beginnen, wat bestond uit: voorstellen, gespreksdoel, opbouw en duur van het interview en waardering van de deelname. Vervolgens werd er ingegaan op meningen, om aansluitend meer gevoelige dieptevragen te stellen aan de respondent, om de meeste bruikbare informatie te krijgen. Tijdens het gesprek werden aantekeningen gemaakt, om voor te kunnen bereiden op de volgende vraag. Vervolgens werd het gesprek samengevat, om het goed af te ronden. De respondent kreeg hier de gelegenheid om aanvullingen te maken, of een opmerking te plaatsen. Het ging om de beleving die de respondent ervaren had. Met gesprekstechnieken werd sturing aan het interview gegeven, als er te veel werd afgedwaald van de topic. Dit hing af van het feit of de respondent zijn verhaal volledig had kunnen vertellen, en of bepaalde aspecten van een onderwerp nog aan bod moesten komen. Wanneer de informatie van de respondent onduidelijk, onvolledig of niet beantwoord was in de richting van het onderwerp, werd er doorgevraagd.

2.4.1 Topiclijst

De topiclijst, een lijst met onderwerpen is samengesteld uit de begrippen vanuit het theoretisch kader en diende als leidraad voor het interview. Het uitgangspunt bij het maken van de topiclijst was de probleemstelling (Verhoeven, 2011).

Probleemstelling: Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden IG van Allevo Zorg Thuis in het team Duiveland het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten?

<u>Beginfase</u>	- Uitleg interview, voorstellen, duur en vertrouwelijkheid
	- Probleemstelling
Met een begin vraag beginnen	- Kunt u vertellen wie u bent, wat voor werk u doet en hoelang al?
	- Persoonlijke kenmerken
	- Leeftijd, opleiding
	- Jaren werkervaring, contract
<u>Middenfase</u>	- Hoe ervaart u het geven van zorg bij palliatieve cliënten thuis?
	- Wat is uw ervaring in het geven van psychosociale zorg?
Eerst makkelijke en daarna gevoelige onderwerpen	- Palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase)
	- Psychosociale zorg(ervaring)
	- Gesprekken aangaan
	- Vertrouwensband
	- Behoeft cliënt
	- Ondersteuning
	- Emoties en gevoelens(ervaring)
	- Familie
	- Deskundigheid
<u>Eindfase</u>	- Samenvatten
Rustig naar de afronding	- Aanvullingen vanuit geïnterviewde?
	- Bedanken
<u>Gesprekstechnieken & aandachtspunten</u>	- Rust en stilte momenten, luisteren.
	- Notuleren belangrijke punten.
	- Beleving staat voorop!
	- Bij afdwaling rustig terug tot de kern wanneer het inhoudelijk nodig is.
	- Rond topics goed af en introduceer nieuwe!
	- Af en toe samenvatten, herhalen.

2.5 Gegevensverwerking en analyse

De kwalitatieve analyse en gegevensverwerking was een intensief proces. Er werd gezocht naar een bepaalde structuur die uit de woorden ontstonden. De analyse is uitgevoerd aan de hand van de acht stappen volgens Verhoeven (Verhoeven, 2011). Allereerst zijn alle interviews volledig uitgetypt en is per interview niet relevante tekst verwijderd. De relevante tekst is vervolgens uitgewerkt in fragmenten. De fragmenten kregen allen een thema die de tekst samenvatte. In de tekst is per fragment de belangrijkste uitspraken vet gearceerd en kreeg het een positieve of negatieve lading toegekend. Als laatste kreeg de tekst samengevat een code (woord). Per interview is een overzicht gemaakt van het thema, uitspraken, positief of negatief geladen en de code. Daarna werd in een totaaloverzicht alle interviews met codes samengevat en is de hiërarchie aangebracht (welke code is het belangrijkste, en welke daarna etc.). Hierna is gezocht naar verbanden en combinaties. Op deze manier werden hoofd en subgroepen gemaakt. Hieruit ontstonden drie kernthema's en werd er gekeken naar welke begrippen bij elkaar hoorden. Daaruit is een mind-map ontstaan met een structuur van de kernthema's en de gekoppelde begrippen met de belangrijkste uitspraken (Bijlage 4). De mind-map is vergeleken met de probleemstelling en daaruit is binnen het onderzoek een antwoord ontstaan. Met deze stappen is er een constante vergelijking mogelijk, in het hele proces van analyseren en verwerken.

2.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Er zijn verschillende pogingen gedaan om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te verhogen. Hieronder staat beschreven welke pogingen zijn ondernomen.

Betrouwbaarheid

- De objectiviteit bleef gewaarborgd door als interviewer geen deelnemer van het interview te worden. Waarnemen, registreren en noteren was de hoofdzaak.
- De betrouwbaarheid van het onderzoek werd verhoogd, omdat er rekening gehouden werd met de ruimte waarin het gesprek gehouden werd. Bij het maken van een afspraak voor het houden van een interview is gevraagd of dit in een rustige omgeving gedaan kon worden om de concentratie te behouden.
- Een proefinterview heeft plaatsgevonden vooraf, met als doel de topiclijst te testen. Na afname van het proefinterview zijn er aanpassingen gemaakt in de topiclijst.
- Opname apparatuur: Na toestemming van de respondenten werden de gesprekken opgenomen, zodat de gesprekken uitgetypt konden worden. Gesprekken konden worden teruggeluisterd, wat de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogde. Vooraf werd een oefenopname gemaakt om zeker te zijn dat de opnameapparatuur goed werkte.
- Er werden gespreksaantekeningen gemaakt tijdens het interview, ter voorbereiding op een volgende vraag.
- Logboek: Alle gegevens werden bijgehouden in een onderzoeklogboek. Daarin stonden de vorderingen beschreven, de keuzes, leermomenten, het aanbrengen van veranderingen en wat er wel en niet goed verlopen is. Wanneer dit onderzoek herhaald wordt, kunnen fouten die gemaakt zijn worden vermeden.

- Iteratie: Door de onderzoeks-stappen te herhalen door een collega kreeg ik een betrouwbaar antwoord op de probleemstelling.
- Peer-examination: Tijdens het analyse proces las de werkbegeleider van de stage alle interviews en stappen door, en voorzag deze van feedback.
- Proces: Tijdens het onderzoek is er contact gehouden tussen de begeleider van de HZ University of Applied Sciences, de begeleider op de werkvloer bij Allevo Zorg Thuis, en de peergroup. Er zijn terugkomdagen geweest op de HZ, om het proces van onderzoek te bespreken.
- Materiaal: Bewerkingen van het materiaal zijn apart bewaard, in een computerbestand, voor eventuele her-analyse.

Validiteit

De geldigheid of validiteit wordt bepaald aan de hand van de gebruikte hulpmiddelen, en de onderzoeksgroep.

- De topiclijst is gebruikt als hulpmiddel in het onderzoek. Hieruit zijn vragen geformuleerd die gesteld zijn aan de respondenten, zodat er gemeten is wat de onderzoeker precies wilde meten.
- De verpleegkundigen en verzorgenden IG uit het team Duiveland zijn allen benaderd, waarna onwillekeurige selectie volgde, door te selecteren op wie zich het eerst aanmeldde, daarna de volgende, en de volgende, etc.

2.7 Juridische en ethische aspecten

Allereerst is toestemming gevraagd aan de organisatie Allevo Zorg Thuis om het onderzoek te mogen uitvoeren. Daarnaast is er voorafgaand aan het interview toestemming gevraagd aan alle respondenten voor het afnemen van het interview, en zijn de respondenten ingelicht over de doelstelling, en wat er met de gegevens uit de gesprekken zou gebeuren. Ook werd vermeld dat de opnamegesprekken na afloop van het onderzoek worden vernietigd. Het onderzoeksverslag bevat geen bedrijfslogo, of namen van de organisatie zelf. De gegevens zijn anoniem verwerkt, het meedoen aan het onderzoek was op vrijwillige basis.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Allereerst zullen de eigenschappen van de respondenten beschreven worden in een tabel. Dan volgen de resultaten vanuit de interviews. Per kernthema en labels zijn de belangrijkste resultaten beschreven, met bijbehorende citaten van de respondenten.

3.1 Beschrijving respondenten

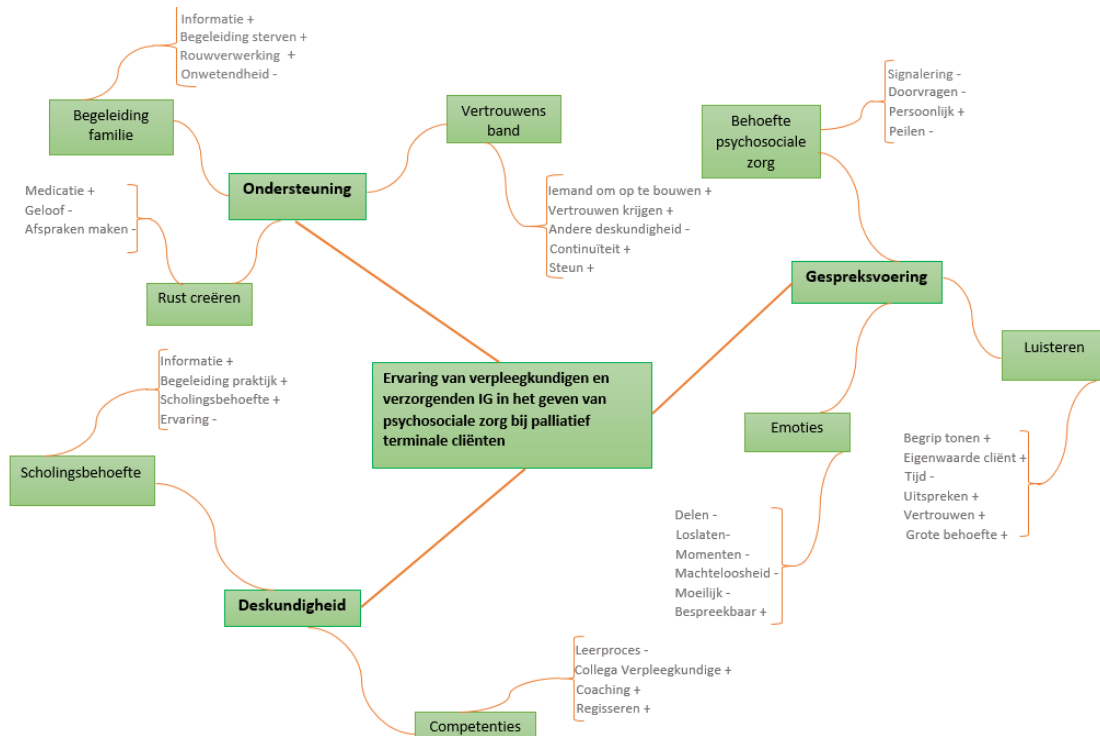
Er zijn in totaal zes interviews afgenomen binnen het team Duiveland van zorgorganisatie Allevo Zorg Thuis. Van de geïnterviewde zijn er drie verzorgenden IG en drie verpleegkundigen. Zij zijn allen werkzaam in het team Duiveland. Er zijn in totaal elf respondenten benaderd voor een interview. Er is gestopt na interview zes, omdat verzadiging optrad. Zie Tabel 1.2 voor de kenmerken van de respondenten.

Tabel 1.2 Kenmerken respondenten.

Respondent	Leeftijd	Deskundigheid	Aantal jaren werkzaam	Contractomvang
1	54 jaar	Verzorgende IG	2 jaar	24 uur per week
2	55 jaar	Verzorgende IG	17 jaar	24 uur per week
3	46 jaar	Verzorgende IG	1 jaar	20 uur per week
4	23 jaar	Verpleegkundige	2 jaar	36 uur per week
5	47 jaar	Verpleegkundige	6 jaar	32 uur per week
6	32 jaar	Verpleegkundige	6,5 jaar	16 uur per week

3.2 Analyse resultaten per kernthema

Na de analyse volgens de stappen van Verhoeven, van de zes interviews, zijn er drie kernthema's ontstaan. Deze komen overeen met de topiclijst die samengesteld is aan de hand van het theoretisch kader. De drie kernthema's hebben de volgende bewoording gekregen: ondersteuning, gespreksvoering en deskundigheid. Deze kernthema's zijn onderverdeeld in acht labels, met bijbehorende negatieve of positieve lading, zie figuur 1 (grote versie in de bijlage 4). Het aantal labels verschilt per kernthema. Hieronder worden de drie kernthema's en de acht labels beschreven.



Figuur 1. Mindmap kernthema's met bijbehorende labels.

3.3 Ondersteuning

Alle respondenten gaven aan dat er ondersteuning gegeven werd aan de cliënt. Deze bestond vooral uit creëren van rust, opbouwen van de vertrouwensband, en begeleiding van familie.

3.3.1 Rust creëren

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat rust creëren door middel van medicatie als iets positiefs werd gezien, omdat er soms geen andere oplossing was en andere interventies, zoals praten, geen rust brachten. Op het moment dat cliënt, of familie, een gesprek aan wil gaan, wordt het als negatief benoemd door enkele respondenten dat er weer een andere afspraak gemaakt moest worden. Dit komt omdat er vaak op het moment zelf geen tijd was, door de indicatie die per cliënt vaststaat. Daarnaast werd door een paar respondenten verteld dat het geloof, waar mensen vaak op terugvallen in de terminale fase, ook als negatief wordt bestempeld. Het zou juist een geestelijke rust kunnen bieden, maar is soms een kwelling, waardoor het moeilijker wordt om rust te creëren voor de cliënt. In Tabel 1.3 staan de belangrijkste uitspraken beschreven.

Tabel 1.3 uitspraken ondersteuning, label: rust creëren.

R= Respondent	Fragment
R 4	<i>" ik leg uit dat ik nu niet het gesprek aan kan gaan en een andere afspraak maak op een ander tijdstip of later op de dag "</i> <i>"ik zou daar de tijd voor willen nemen en niet in mijn achterhoofd hebben; ik moet zo weg"</i> <i>" in overleg met huisarts iets rustgevents geven, al zou ik eerst de oorzaak proberen te achterhalen"</i>
R 5	<i>" uitspraken van de kerk over de dood tegen die man, hij heeft 7 weken op bed met doodsangst gezeten"</i>
R 6	<i>" dan ga ik vaak daarna nog op bed zitten om het door te nemen of door te praten"</i>

3.3.2 Vertrouwensband.

Bijna alle respondenten geven aan dat er een vertrouwensband ontstaat zodra er een cliënt terminaal wordt. Dit komt vaak doordat er veel zorg of ondersteuning gegeven wordt. Het is intiem om zo dichtbij een cliënt en zijn familie te staan waarbij er een vertrouwensband wordt opgebouwd. De cliënten hebben vaak een groot vertrouwen in de zorgverlener, omdat de terminale fase onbekend is. Voor sommige cliënten is de zorgverlener een grote en soms de enige steun. Wat door sommige respondenten als negatief wordt opgemerkt is dat wanneer de zorg te zwaar wordt, de zorg overgedragen wordt aan een andere deskundigheid. Dit is meestal vanwege voorbehouden handelingen die aan bod komen en een specifieke deskundigheid vereisen. In Tabel 1.4 staan uitspraken beschreven die gaan over de vertrouwensband.

Tabel 1.4 uitspraken ondersteuning, label: vertrouwensband.

Respondent	Fragment
R 1	<i>" Op dat moment ben jij hun houvast "</i>
R 2	<i>" Je krijgt toch een band met elkaar, je bouwt iets op"</i> <i>" Ze vinden het heel fijn als ze dan een steun hebben waar ze altijd terecht kunnen"</i>
R 5	<i>"Dat er dus toch nog blijdschap is en dat ze vertrouwen in ons hebben"</i> <i>" Ik merk als je dat doet is het bespreekbaar en dan kan je vertellen hoe jij iets voor hun kan betekenen "</i>
R 6	<i>"Een stukje rust geven, vertrouwen. Je bouwt toch wel op afstand een band met mensen op"</i> <i>"Vaak door vragen van het verleden dat je dan een soort vertrouwen krijgt"</i>

3.3.3 Begeleiding familie.

Het begeleiden van familie eist een groot stuk in van de zorg die verleend wordt aan de cliënt. Respondenten geven aan dat je de familie erbij krijgt. Vaak kom je al jaren bij een cliënt en dan ken je de familie of naasten van die cliënt ook goed. De gesprekken die de zorgverlener voert zijn vaak ook in het bijzijn van de familie en zij hebben soms meer vragen dan de cliënt zelf. Het geven van informatie en het begeleiden van familie wordt als positief ervaren door bijna alle respondenten. Er zijn situaties waarin de cliënt, bij wie de zorgverlener op dat moment dagelijks komt, niet meer aanspreekbaar is. De respondenten geven aan dat er dan vaak gesprekken met familie zijn, naast de zorg die er op dat moment verleend wordt. Als negatief punt komt naar voren dat bij sommige respondenten er nog veel onwetendheid is, en dat er goede gesprekken nodig zijn om de familie zo goed mogelijk te begeleiden. Zie Tabel 1.5 voor de uitspraken per respondent.

Tabel 1.5 uitspraken ondersteuning, label begeleiding familie.

Respondent	Fragment
R 3	<i>"Dat kun je niet, je bedenkt het wel, maar laat de keuze aan de familie"</i> <i>"Toen heb ik ook tegen haar gezegd; ze is al zo oud, en dat er een tijd is van loslaten"</i>
R 4	<i>"Voor mij is dat ondersteuning en begeleiding van een cliënt en familie naar het sterven toe, en ook daarna nog "</i> <i>" Om nog eens te vragen hoe het is en ik heb ook weleens het advies gegeven van gespecialiseerde rouwverwerking"</i> <i>"Zoveel vragen, zoveel onwetendheid van die familie, zo fijn dat je dan wat kan betekenen"</i>
R 5	<i>" Daaruit kan ik heel vaak filteren in welke fase ze zitten, zowel de cliënt zelf als familie, als ze erbij zijn in het gesprek"</i> <i>" Ik merk wel dat psychosociale zorg niet alleen voor de cliënt is, maar ook voor de familie heel belangrijk"</i> <i>" En als iemand thuis blijft, hoe wij dat met de familie samen kunnen doen en hoe familie daarin staat en wat ze daarvoor nodig hebben"</i>
R 6	<i>"dat ze gewoon samen, ja dit, de laatste fase kunnen doormaken"</i>

3.4 Gespreksvoering

De respondenten geven aan dat een gesprek aangaan met cliënten als lastig wordt ervaren. Door praten zetten cliënten alles op een rij, maar het gesprek ingaan of doorvragen is een proces van ervaring, geven veel respondenten aan. Vaak blijft het bij luisteren, de situatie bekijken of overleggen wat zij kunnen doen voor de cliënt. Dit kernthema wordt in alle interviews benoemd en neemt daardoor een belangrijke plaats in binnen de psychosociale zorgverlening. De labels luisteren, behoefte, psychosociale zorg, en emoties, sluiten bij dit kernthema aan.

3.4.1 Luisteren

De respondenten geven aan dat in sommige situaties luisteren het enige is wat je kunt doen. Luisteren en niet oordelen, luisteren naar wat er echt gezegd wordt. Er blijkt een grote behoefte te zijn om cliënten hun verhaal te laten doen, en het wordt ook als positief ervaren, vertellen respondenten. De meeste respondenten geven aan dat het fijn is om de cliënt in hun waarde te laten en begrip te kunnen tonen voor de situatie, wat de cliënt als prettig ervaart. Een negatief aandachtspunt is dat er vaak te weinig tijd is om voor een gesprek te gaan zitten en de tijd ervoor te nemen, terwijl er duidelijk wel behoefte aan is, geeft een aantal respondenten aan. Zie tabel 1.6 voor een overzicht van de uitspraken van de respondenten.

Tabel 1.6 uitspraken gespreksvoering, label luisteren.

Respondent	Fragment
R 1	<i>"Dus dan kan je alleen maar begrip tonen"</i>
R 2	<i>"Een luisterend oor is zo belangrijk"</i> <i>"Toch even de tijd ervoor nemen ook al gaat dat soms niet"</i>
R 3	<i>"Ik denk in de thuiszorg dat we er tijd voor moeten maken en de rest komt wel, het gaat op dat moment om de cliënt"</i> <i>"Luisteren en niet specifiek alleen naar de woorden, maar naar wat er gezegd wordt en tussendoor goed luisteren en herhalen"</i>
R 4	<i>"Dat ze bij je terecht kunnen en een luisterend oor hebben"</i> <i>"ik denk dat de cliënt en familie altijd met vragen zitten en altijd graag wil dat iemand betrokken en meelevend is"</i>
R 5	<i>"Dan vraag ik aan de mensen wat zij te horen hebben gekregen en laat ik ze meestal zelf praten, zodat ik het ook van hun hoor hoe ze erin staan"</i>
R 6	<i>"Dan is het vaak ook zo van; fijn dat je geluisterd hebt"</i> <i>"En soms zal je moeten accepteren dat iemand niks loslaat, iemand in zijn waarde laten"</i>

3.4.2 Behoefte psychosociale zorg

Meerdere respondenten geven aan dat de behoefte aan psychosociale zorg niet goed te peilen is. Aan de andere kant vertellen de meeste respondenten dat er altijd behoefte aan psychosociale zorg is, ook al is de cliënt niet terminaal. Het is heel persoonlijk om een gesprek aan te gaan over psychosociale zorg, en dat vraagt ook van de respondenten dat zij kunnen doorvragen. De ervaring daarin is wisselend. In tabel 1.7 komen de belangrijkste uitspraken aan bod.

Tabel 1.7 uitspraken gespreksvoering, label behoefte psychosociale zorg.

Respondent	Fragment
R 1	<i>"Ik denk dat het 70% geestelijk is en 30% lichamelijk"</i> <i>"Ik denk dat ik zou proberen door te vragen, toch een gesprek aangaan en een beetje doorvragen"</i> <i>"Ze hadden heel erg de behoefte dat je erbij bleef"</i>

	<i>"ik denk als mensen goede psychosociale zorg krijgen, dat ze dan van zich af kunnen praten en kunnen relativeren"</i>
R 3	<i>" De één heeft er behoefte aan en de ander niet, moeilijk om te peilen soms" " Als de cliënt het aangeeft, of dat ik merk dat er behoefte is" " Diepgaande gesprekken, doorvragen, daar moet je echt geschoold voor zijn, denk ik"</i>
R 4	<i>" Ik denk dat je het soms kan merken dat er dingen dwars zitten of door bepaalde antwoorden" " En ik denk dat je het ook gewoon kan vragen aan de cliënt"</i>
R 5	<i>"in principe voor een verpleegkundige begint dat stukje psychosociale zorg in mijn beleving op dat moment al dat iemand slecht nieuws krijgt" " de daadwerkelijke behoefte is in dat totale stuk psychosociale zorg en niet alleen de zorgverlening aan bed" "over je eigen grenzen heen stappen en zelf moet openstellen om dat stukje bespreekbaar te maken"</i>
R 6	<i>" Ik vind het iets vanzelfsprekends" " je bent er altijd wel mee bezig, al is iemand niet terminaal" " je moet weten hoe ermee om moet gaan en je moet ook durven, want wanneer ga je nou dat gesprek aan?"</i>

3.4.3 Emoties

Duidelijk is dat er bij het geven van psychosociale zorg vaak emoties loskomen, zowel bij de cliënt als bij de respondent. Er wordt in de interviews vaak gesproken over de familie van de cliënt. De respondenten reageerden allen verschillend op de emoties die loskomen wanneer zij terminale zorg verlenen. Sommige respondenten reageren vooral vanuit de emoties die ze bij de cliënt hebben gezien en andere refereren vooral aan hun eigen gevoelens. Dat het praten over emoties een multi-interpretabele topic is, blijkt uit de verschillende uitspraken. In Tabel 1.8 staan er enkele beschreven.

Tabel 1.8 uitspraken gespreksvoering, label emotie

Respondent	Fragment
R 1	<i>" Het gaat ook over de emotionele kant van de zorgvrager en zijn familie" " die mensen waren blij dat ik daar was, en bleef, en de emoties die die mensen kwijt willen als iets zo snel gaat" "Familie moet je een beetje bijstaan, in de achtbaan van emoties" " Angst! Nog geeneens de angst om te overlijden, maar de angst om zijn vrouw achter te laten" " Verdriet, niet weten hoe ze met die emoties om moeten gaan"</i>
R 2	<i>" Ik zou er wel moeite mee hebben, maar ik zou het wel relativeren en zou dat zeker bespreken" "zwaardere zorg, ook emotionele zorg, al moet je wel proberen een zekere afstand te bewaren"</i>
R 3	<i>" Ja ik sloeg mijn armen om haar heen en ja ze heeft dan gehuild" "Zij had er moeite mee om los te laten, zij wou nog niet gaan"</i>
R 4	<i>"Dat was laatst met een euthanasievraag, wat ik heel erg lastig vond om mee om te gaan"</i>

	<i>"Dat ik het heel lastig vond om ermee om te gaan en toen hebben we er gewoon over kunnen praten en kon ik hem toch wel wat meer begrijpen"</i> <i>"Ik denk dat als je dingen vraagt en uit antwoorden kan je iets opmaken of er iets dwars zit, dat is een gevoel"</i>
R 5	<i>"Als je het goed doet en iemand de ruimte geeft om alles bespreekbaar te maken als ze de angsten uit kunnen spreken"</i> <i>"Toen voelde ik mij zo machteloos"</i>
R 6	<i>"De angsten, de angst voor wat er gaat komen"</i> <i>"ja moeilijk, vind het lastig te verwoorden"</i>

3.5 Deskundigheid

Over deskundigheid kwam veel naar voren. Bijna alle respondenten hadden daar een mening over. Binnen dit kernthema kwamen twee labels sterk naar voren, namelijk scholingsbehoefte en competenties. Menig respondent gaf aan dat er behoefte is aan scholing, omdat de ervaring in het geven van psychosociale zorg niet groot is. Daarnaast willen de meeste respondenten begeleid worden in het geven van deze zorg, omdat het vaak complex kan zijn, en onzekerheid naar boven komt. Sommige respondenten vinden dat zij, of hun collega's, niet de juiste competenties hebben om deze zorg te kunnen geven, of vinden dat aan deze competenties gewerkt moet worden, om het beter te beheersen.

3.5.1 Scholingsbehoefte

Wat betreft scholingsbehoefte geven de meeste respondenten aan dat ze het fijn vinden als er meer ondersteuning en begeleiding komt in het geven van de psychosociale zorg. Sommige respondenten signaleren dat collega's dit ook willen en nodig hebben. De ene respondent vindt het belangrijk dat je jezelf blijft scholen hierin, en de andere respondent vindt dat je het ook uit de eigen ervaring kan halen. Bijna alle respondenten geven aan dat zij te weinig, of geen, ervaring hebben in het geven van psychosociale zorg en graag meer informatie en scholing zouden willen. In Tabel 1.9 staan uitspraken over scholingsbehoefte en wat daarmee te maken heeft.

Tabel 1.9 uitspraken deskundigheid, label scholingsbehoefte.

Respondent	Fragment
R 2	<i>"ik zou het wel fijn vinden dat je hierin ondersteuning krijgt in lessen, zodat je erin groeit"</i> <i>"je krijgt steeds meer zulke mensen in zorg en ik denk dat wij hier ook wat meer in begeleid moeten worden"</i>
R 3	<i>"want zoals ik er nu voor sta, heb ik er hier en daar nog begeleiding in nodig"</i> <i>"sommige hebben er veel begeleiding in nodig en dat zal ook blijven"</i>
R 5	<i>"als er behoefte is vanuit het team, dan moet het team daar met elkaar over praten"</i> <i>"het is heel belangrijk dat je jezelf blijft scholen daarin, dat je je eigen deskundigheid op peil houdt"</i>

R 6	<i>“er zijn wel wat cursussen voor, daar heb ik ook naar geïnformeerd en gekeken” “ik vraag me dan af: zou je dit kunnen trainen, als collega’s, als team?”</i>
-----	---

3.5.2 Competenties

Competenties moet iedere verzorgende IG en verpleegkundige beheersen. De competenties die het meeste naar voren kwamen, waren: actief luisteren, empathie, gespreksvoering, ruimte geven om te kunnen uiten en signaleren van de emoties. Een aantal respondenten benoemde deze competenties ook, maar andere respondenten gingen niet verder in op het competentiegebied.

Tabel 1.10 uitspraken deskundigheid, label competenties.

Respondent	Fragment
R 2	<i>“ dat kun je niet alleen, met professionele hulp kan je het oppakken”</i>
R 3	<i>“ je kan het ook uit je ervaring halen en je opleiding” “het is ook iets dat ik moet leren he, een leerproces voor mij” “dat gesprek ben ik wel met haar aangegaan” “ de onzekerheid, dat voelde ik wel in me, echt goed nadenken, de juiste woordkeuze”</i>
R 4	<i>“Misschien ben ik daar een te onzeker persoon voor, of ja, dat ik denk dat ik het niet goed doe, zeg maar” “ het is ook een stukje ervaring dat je op moet doen”</i>
R 5	<i>“Ik vind dat verpleegkundigen dat soort stukken ook zelfstandig moet kunnen opvangen, dus coachen is heel belangrijk” “Als je van een opleiding af komt, dan moet je het ook ergens gaan leren” “ dus op dat moment dat je bepaalde dingen niet bespreekbaar maakt, dan loop je toch een competentie mis” “ gesprekstechnieken en psychosociale zorg, dat leer je op school, maar daadwerkelijk daarvan gebruik maken in een situatie thuis bij een cliënt, daar moet je voor openstaan”</i>
R 6	<i>“dan weet ik niet of ik op dat moment de juiste persoon ben die die gesprekstechniek beheerst” “als iemand echt niet wil, kan je van alles inschakelen, dat heeft eigenlijk geen nut”</i>

4 Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek vergeleken met de literatuur uit het theoretisch kader. Daarnaast worden de sterke en zwakke kanten van het onderzoek benoemd.

4.1 Resultaten vergeleken met de literatuur

Ondersteuning

Uit de uitspraken van respondenten komt duidelijk naar voren dat het begeleiden van naasten en familie een groot stuk inneemt van de zorg die verleend wordt aan een cliënt. Een cliënt is niet altijd meer aanspreekbaar in de palliatief terminale fase, en familie blijft dan vaak met vragen en verwachtingen achter. Hier wordt binnen de indicatie van een cliënt geen rekening mee gehouden. In de literatuur wordt aangegeven dat ziekte en sterven ingrijpende gebeurtenissen zijn, die bij het leven horen. Veel ernstig zieke mensen zijn zelf in staat problemen in de palliatief terminale fase aan te pakken, alleen of met hun naasten (Pallialine, 2012). Respondenten geven aan dat je als zorgverlener de familie erbij krijgt, en dat vanwege onder andere veel onwetendheid er goede gesprekken moeten zijn om de familie zo goed mogelijk te begeleiden. Vaak is het voeren van gesprekken in het bijzijn van de familie belangrijk, want daar wordt dan ook een vertrouwensband mee opgebouwd. Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat stilstaan bij de beleving en ontplooiingsmogelijkheden van de cliënt, het leren verwerken en omgaan met problemen, belangrijk is voor de cliënt en zijn ziekte, en daar is tijd voor nodig (Pallialine, 2012).

De respondenten geven aan dat zij graag in gesprek gaan met de client en/of familie en deze hulp en advies willen bieden, maar dat ze het als negatief punt ervaren dat wanneer zij zorg verlenen bij een client, en deze op dat moment aangeeft te willen praten, met of zonder familie, dat er dan een nieuwe afspraak gemaakt moet worden. De indicatie is per client verschillend, en op het moment dat er naar een gesprek gevraagd wordt, of de behoefte wordt aangegeven, kan er niet gelijk op in worden gespeeld, door structuur in tijd en planning.

Uit de literatuur blijkt dat tweederde van de cliënten thuis wil sterven. Cliënten krijgen thuis meer tijd voor verwerking en omgaan met de emoties die met het sterven gepaard gaan. Vaak hebben zij dan ook de behoefte om met iemand te praten die vragen kan beantwoorden, en hulp en advies kan bieden over het omgaan met de consequenties van de terminale ziekte, zoals verpleegkundigen en verzorgenden IG dat kunnen (Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010).

Gespreksvoering

Het gesprek aangaan met de cliënt, om deze te ondersteunen in zijn verwerking en emoties, is een vak op zich. De respondenten geven aan dat het vaak als lastig wordt ervaren. Door te praten zetten cliënten alles op een rij, maar het gesprek aangaan, of doorvragen, is een proces van ervaring, geven veel respondenten aan. Vaak blijft het bij luisteren, de situatie bekijken, of overleggen wat zij kunnen doen voor de cliënt. De literatuur geeft aan dat palliatieve terminale cliënten vaak klachten kunnen ervaren als (extreme) vermoeidheid, angsten, spanningen in de relatie met familie, naasten en depressie-ontwikkeling. De oorzaak van deze klachten ligt meestal in het verwerken van verdriet en de

omgang met de ziekte. Psychosociale zorg kan van wezenlijk belang zijn voor de kwaliteit van leven van de palliatieve terminale cliënt (Eskens, Houwelingen, Nus-stad, & Houwelingen, 2010). Een aantal respondenten geeft door hun uitspraken aan dat zij proberen in te spelen op de emoties van de cliënt, andere refereren eerder aan hun eigen emoties, omdat zij het als lastig te peilen ervaren. Emoties zijn niet altijd duidelijk herkenbaar geven respondenten aan. In hoeverre cliënten last ervaren op het gebied van psychosociale zorg is dan ook niet duidelijk. In de literatuur staat beschreven dat cliënten, als gevolg van hun ziekte en de behandeling, ook last kunnen ervaren op sociaal, praktisch en levensbeschouwelijk gebied. Deze last kan worden samengevat in de term distress, synoniem voor stress, leed, zielenleed, benauwen of verdriet. Patiënten met distress kunnen behoefte hebben aan psychosociale zorg (Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg, 2010). De respondenten geven aan dat in sommige situaties luisteren het enige is wat je kunt doen. Luisteren en niet oordelen, luisteren naar wat er echt gezegd wordt. Er blijkt een grote behoefte te zijn om cliënten hun verhaal te laten doen, en dit wordt ook als erg positief ervaren, vertellen respondenten. De respondenten vinden echter één aandachtspunt hierin belangrijk, en dat is dat hier te weinig tijd voor is, in de praktijk. De literatuur geeft aan dat de beleving van de cliënt een graadmeter is voor de kwaliteit van zorg (Valk & Ven, 2005).

Deskundigheid

Menig respondent gaf aan dat er behoefte is aan scholing, omdat de ervaring in het geven van psychosociale zorg niet groot is. Daarnaast willen de meeste respondenten begeleid worden in het geven van deze zorg, omdat het vaak complex kan zijn, en onzekerheid naar boven komt. Sommige respondenten vinden dat zij, of hun collega's, niet de juiste competenties hebben om deze zorg te geven, of vinden dat aan deze competenties gewerkt moet worden, om het beter te leren beheersen. In de literatuur komt naar voren dat zorgverleners volgens V&VN meer kennis nodig hebben, onder andere op het gebied van psychosociale ondersteuning. Verpleegkundige en voorzitter van VenVN Palliatieve Verpleegkunde, Thirza Olden, vertelt in een interview in 2011 dat veel verpleegkundigen en verzorgenden niet beschikken over de juiste competenties en dat blijkt uit talloze signalen van de beroepsgroep zelf (VenVN, 2011). Onder deze competenties wordt ook verwacht dat het signaleren van emoties aanwezig is, en dat de verpleegkundigen en verzorgenden IG de ruimte geven aan de cliënt om deze te uiten. De respondenten reageerden verschillend over de te beheersen competenties. Sommige respondenten reageerden oppervlakkig en gaven inhoudelijk weinig antwoord, en andere respondenten wisten heel goed om welke competenties het ging, en of zij deze beheersten. In de literatuur staat beschreven dat competenties die verpleegkundigen o.a. moeten beheersen zijn: empathie, actief luisteren, en effectieve gespreksvoering. Het vraagt vaak om doelgericht werken, het vermogen om situaties te kunnen analyseren, en het reflecteren op eigen handelen (Integraal Kankercentrum Nederland, 2010).

4.2 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Sterke kanten

Meer dan de helft van de uitgenodigde respondenten heeft deelgenomen aan de interviews en verzadiging is opgetreden. De interviews en uitwerking hiervan zijn beluisterd en gelezen door de werkbegeleider op de werkvloer. Er heeft eerst een proefinterview plaatsgevonden, om te filteren wat bruikbaar was voor de definitieve topiclijst, en te zien hoe een gesprek verliep, om fouten te onderkennen. Beide zaken verhoogden de betrouwbaarheid van het onderzoek. De selectie van de respondenten vond plaats door te kiezen voor degenen die als eersten reageerden op de per mail verstuurde uitnodiging, in plaats van zelfselectie. En als laatste heeft er controle plaatsgevonden door peer-evaluatie van twee studiegenoten.

Zwakke kanten

De meerderheid van respondenten had weinig ervaring in het geven van psychosociale zorg, en wist ook niet hoe ze dit konden signaleren, zodat er vaak geen duidelijke interventies ontstonden. Er wordt veel aandacht geschonken aan lichamelijke zorg, en psychosociale zorg wordt vaak als lastig ervaren, gaven de respondenten aan. Er wordt veel geluisterd en gepraat, maar of dit inhoudelijk aansluit bij de behoefte aan psychosociale zorg, is niet duidelijk uit de interviews naar voren gekomen.

5 Conclusie en aanbevelingen

Allereerst worden de kernthema's in dit hoofdstuk geconcludeerd en daarna wordt er antwoord gegeven op de probleemstelling: Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden IG van Allevo Zorg Thuis in het team Duiveland het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten?

Verder worden er aanbevelingen gegeven voor de praktijk, de opleiding en voor verder vervolgonderzoek.

Doelstelling

Doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te geven in de ervaring en beleving die verpleegkundigen en verzorgenden IG hebben in het geven van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten. Hiermee krijgt de organisatie Allevo inzichtelijk hoe het geven van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten wordt ervaren door verpleegkundigen en verzorgenden IG. Met de uitkomsten en aanbevelingen van de interviews die gehouden zijn, kan Allevo een verbeterplan of nieuwe ideeën integreren, die de kwaliteit van palliatieve terminale zorg kunnen verhogen.

5.1 Conclusie

Uit de analyse van de interviews komen drie kernthema's naar voren, met bijbehorende labels. Deze kernthema's zijn: ondersteuning, gespreksvoering en deskundigheid. De ondersteuning die de respondenten geven, bestaat vooral in het aangaan van gesprekken met de cliënt en familie. Aangegeven is dat aan familie ook tijd besteed wordt, zodat er een vertrouwensband opgebouwd wordt, dit wordt gezien als vanzelfsprekend. Meerdere keren wordt benoemd dat er te weinig tijd is voor het aangaan van gesprekken, en er vaak een andere afspraak gemaakt moet worden, omdat op het moment dat er behoefte aan een gesprek is, er geen tijd of indicatie voor is. Door de respondenten werd vaak aangegeven dat zij graag het gesprek aangaan en de behoefte van de cliënt als positief ervaren, maar er echter te weinig tijd voor hebben. Geconcludeerd mag worden dat de respondenten open staan voor gesprekken en dit een positief stuk is in hun zorgverlening die zij geven aan de palliatieve terminale cliënt, echter blijkt er te weinig tijd voor te zijn.

Uit het kernthema gespreksvoering kan geconcludeerd worden dat het geven van psychosociale zorg, in de vorm van het gesprek aangaan met cliënten, als lastig wordt ervaren, en dieper ingaan, of doorvragen, een proces van ervaring is. Vaak blijft het bij luisteren en daaruit opmaken wat de volgende stap is. Palliatieve terminale cliënten kunnen bepaalde klachten ervaren. De oorzaak hiervan ligt vaak in het verwerken van verdriet en de omgang met de ziekte. Psychosociale zorg kan van wezenlijk belang zijn voor de kwaliteit van leven van de palliatieve terminale cliënt. Om de beleving in kaart te brengen, en kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden, is het gesprek aangaan met de cliënt en zijn naasten een belangrijke stap. Hier kan grote winst geboekt worden, door hier in de praktijk aandacht aan te besteden, omdat het van wezenlijk belang kan zijn voor de palliatief terminale cliënt.

In het laatste kernthema, deskundigheid, wordt aangegeven dat veel respondenten aangeven een behoefte te hebben aan scholing in het geven van psychosociale zorg, omdat de ervaring te klein is. Er

komt ook naar voren dat er aan de deskundigheid van de respondenten zelf en collega 's getwijfeld wordt, omdat zij aangeven niet de competenties te kennen of volledig te beheersen. Geconcludeerd mag worden dat er een duidelijk signaal is vanuit de verpleegkundigen en verzorgenden IG betreft de ervaring en deskundigheid in het geven van psychosociale zorg.

Tot slot kan de probleemstelling beantwoordt worden; Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden IG van Allevo Zorg Thuis in het team Duiveland het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten?

De ervaring bij de verpleegkundigen en verzorgenden IG in het verlenen van psychosociale zorg is in algemene zin te weinig. Zij gaan het gesprek wel aan, ondanks dat zij aangeven dat het als lastig wordt ervaren, en dat inhoudelijk erop ingaan, of doorvragen, een proces is van ervaring. De verpleegkundigen en verzorgenden IG kunnen deze ervaring beter opdoen en ontwikkelen als zij meer tijd krijgen in het geven van psychosociale zorg. Daarnaast sluit erop aan dat zij aangeven dat er behoefte is aan scholing, om de competenties beter te beheersen en te gebruiken in het verlenen van deze zorg, zodat de deskundigheid hierin verbetert. Hieruit kan worden opgemaakt dat ervaring kan worden opgebouwd, met als investering een scholing of cursus en dat dit als positief wordt gezien. Wanneer de verpleegkundigen en verzorgenden IG meer ervaring hebben, verbetert de zorg voor de palliatief terminale cliënt thuis en gaat diens kwaliteit van leven omhoog.

5.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de praktijk: De verpleegkundigen en verzorgenden IG kunnen zich zelf gaan verdiepen in het geven van psychosociale zorg, door er literatuur over te raadplegen. De ervaring en kennis onderling kan worden uitgewisseld in een teamoverleg, en aandacht er aan besteed worden door casuïstiek te bespreken. Het kan waardevol zijn in het team Duiveland om rollenspelen te doen, gesprekstechniek te oefenen, en hierop te reflecteren.

De organisatie zou een cursus of scholing voor de verpleegkundigen en verzorgenden IG kunnen aanbieden. Een basiscursus palliatieve terminale zorg, waarin de psychosociale begeleiding van palliatieve terminale patiënten naar voren komt, zou een waardevolle investering zijn. Het Netwerk Palliatieve Zorg Zeeland (NPZZ) verzorgt deze cursus en scholing binnen de palliatieve terminale zorg.

Aanbevelingen voor de opleiding: In algemene zin kan aan palliatief terminale zorg meer aandacht besteedt worden. Wellicht kan dit gedaan worden binnen de HBO-verpleegkunde, in de minor AGZ/ MGZ, of in het oefenen van gesprekstechnieken bij sociale vaardigheden op school. Steeds meer mensen sterven thuis, en willen dat ook, en op deze verandering kan vanuit de opleiding ingespeeld worden. Er wordt aangegeven door reeds afgestudeerde verpleegkundigen en verzorgenden IG dat aan dit onderwerp niet veel aandacht besteed wordt in de opleiding. De cliënt kan wezenlijk baat hebben bij verhoging van de aandacht voor dit onderwerp. Zijn kwaliteit van leven zal verbeteren.

Aanbevelingen voor verder vervolgonderzoek: Een breder onderzoek binnen Allevo, of landelijk, op grote schaal, kan meer inzicht geven in de ervaring bij verpleegkundigen en verzorgenden IG. Hieruit kan worden opgemaakt waaruit toekomstige cursussen zouden moeten bestaan en waar de behoefte ligt.

Bibliografie

- Agora. (2012). *palliatieve zorg*. Opgeroepen op maart 16, 2015, van pallialine richtlijnen palliatieve zorg:
http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=35055&richtlijn_id=835
- Berg, M. v., Boer, D. d., Gijsen, R., Heijink, R., Limburg, L., & Zwakhals, S. (2014). *Zorgbalans 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Boog, W., & Morsing, Y. (2011). *Verpleegkunde voor MBO*. Z.B.: Bohn Stafle van Lochum.
- Borgers, D., & Kouwenberg, E. (2013). *Psychosociale zorg in Hospicevoorzieningen*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- CBS. (2014). *Sterfte; kerncijfers naar diverse kenmerken*. Opgeroepen op maart 23, 2015, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://statline.cbs.nl/Statweb/search/?Q=sterfte&LA=NL>
- CBS. (2015). *Bevolkingsteller*. Opgeroepen op maart 15, 2015, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/bevolkingsteller.htm>
- Claessen, S., Francke, A., Sixma, H., Brandt, H., Putten, M. v., Veer, A. d., & Deliëns, L. (2009). *Op weg naar een CQ-index Palliatieve Zorg:meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: Nivel.
- Dam, D. v., Hengel, J. v., Holten, J. v., & Roekel, E. v. (2009). *De ontwikkeling van een zorgvisie en onderzoek naar de competenties van verpleegkundige in de psychosociale oncologische zorgverlening*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.
- Encyclo. (2015). *palliatieve zorg*. Opgehaald van Encyclo.nl Nederlandse Encyclopedie:
<http://www.encyclo.nl/begrip/palliatieve%20zorg>
- Erp, J. v., Hinnen, C., & Sanderma, R. (2006). *Psychosociale zorg bij hart-en vaatziekten*. Bilthoven: Nederlandse Hartstichting.
- Eskens, F., Houwelingen, A. v., Nus-stad, J. v., & Houwelingen, F. (2010). *Hulp bij Helpen*. Bunnik: St. Agora.
- Francke, d. (2010). *De verzorgende laatste levensfase*. Utrecht: Nivel.
- IKNL. (2014). *Palliatieve zorg in beeld*. IKNL.
- Integraal Kankercentrum Nederland. (2010). *Detecteren behoefte psychosociale zorg*. Utrecht: IKNL.
- Koningswoud, J. v. (2007). Drie bijzondere competenties. *Pallium*, 45-47. Opgeroepen op mei 30, 2015
- Kooij, d., Tuinman, d., Boonstra, d., Garssen, d., & Gualthérie-Weezel, d. v. (2002). *Meer scholing gewenst op het terrein van de psychosociale oncologie?!* Groningen: RCG, Groningen.
- Korte-Verhoef, M. d., & Teunissen, S. (2009). *BETER THUIS STERVEN?* Bunnik: NPTN.
- Liebert, M. (2012). *Journal of Palliative Medicine*. Opgehaald van Mary Ann Liebert, Inc. publishers:
<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2006.0157>
- Mistiaen, P., Francke, A., Claessen, S., Onwuteaka-Philipsen, B., & Heide, A. v. (2012). *Kennissynthese nieuwe model palliatieve zorg*. Utrecht: Nivel.

- Moolenburgh, K. (2010). *Doodnormaal?* Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Nursing Times. (2010). Ensuring patients choices about dignity and place of death are respected at the end of life. *Nursing Times*, 1-3.
- Pallialine. (2012). *Psychosociale zorg*. Opgeroepen op mei 26, 2015, van Pallialine richtlijnen palliatieve zorg:
http://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=35056&richtlijn_id=835
- RIVM. (2014). *chronische ziekten en multimorbiditeit samengevat*. Opgeroepen op april 10, 2015, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit-samengevat/>
- Roestenberg, L., & Dijkstra, N. (2011). *Samen bouwen aan de toekomst van gezondheid*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen.
- Scherrenburg-Schol, N., & Willemsen, E. (2011). *Welke rol spelen wijkverpleegkundigen van Buurtzorg Ede en regio, in het signaleren en behandelen van psychosociale problematiek bij hun cliënten en op welke manier zou de inhoud van deze rol verbeterd kunnen worden?* Ede: Christelijke Hogeschool Ede.
- Stichting Nivel. (2015). *Hoeveel mensen hebben behoefte aan palliatieve zorg?* Opgehaald van Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg:
www.nivel.nl/dossier/hoeveel-mensen-hebben-behoefte-aan-palliatieve-zorg
- Stichting STEM. (2010). *Iesmaterialen*. Opgeroepen op maart 16, 2015, van goede voorbeelden palliatieve zorg:
<http://www.goedevoorbeeldenpalliatievezorg.nl/Portals/0/Inspiratiecyclus%20STEM/Kompas.pdf>
- Teunissen, S., & Willems, D. (1999). Algemene inleiding op palliatieve zorg. In D. W. S. Teunissen, *Algemene inleiding palliatieve zorg* (pp. 3-4). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Valk, U. v., & Ven, E. v. (2005). *Deskundigheidsbevordering palliatieve terminale zorg*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen.
- VenVN. (sd). Opgehaald van VenVN.
- VenVN. (2011). *Te weinig kennis over palliatieve zorg*. Opgeroepen op april 22, 2015, van VenVN:
<http://www.venvn.nl/Berichten/ID/870/Te-weinig-kennis-over-palliatieve-zorg>
- VenVN. (2015, November 3). *V&VN*. Opgehaald van psychosociale zorg verbonden met behandeling kanker: <http://www.venvn.nl/Berichten/ID/793960/Psychosociale-zorg-verbonden-met-behandeling-kanker>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma.
- Wanrooij, B. (2010). *Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Werkgroep Richtlijn detecteren behoefte psychosociale zorg. (2010). *detecteren behoefte psychosociale zorg*. Opgeroepen op maart 25, 2015, van Oncoline:
<http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>

Wulp, M. (2007). Fasen in het palliatieve proces uitgewerkt. *Pallium*, 26-29.

Bijlage 1 Toestemmingsformulier

Bijlage 4 Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Nadat de opleiding fase 1B heeft goedgekeurd dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in het onderzoeksvoorstel (fase 1B).

Door dit formulier te ondertekenen wordt er toestemming gegeven aan Liska Soeteman.....(naam student invullen) om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de benoemde instelling zoals beschreven in de onderzoeksopzet van fase 1B.

Naam instelling : Allevo Zorg thuis
Naam begeleider/contactpersoon : Roy Manni
Functie begeleider/contactpersoon : Staf functionaris
Adres : Postbus 79
Postcode en Plaats : 4460 AD Goes
E-mail begeleider/contactpersoon : r.manni@allevo.nl

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum

Plaats

Handtekening

Allevo
Postbus 79
4460 AB Goes

Bijlage 2 Begeleidende brief

Beste Collega,

Mijn naam is Ciska Soeteman, werkzaam bij Allevo Zorg thuis en momenteel zit ik in mijn afstudeerjaar van de HBO-verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences. In het kader van mijn afstudeeronderzoek wat gaat over het signaleren en ervaren van psychosociale zorg bij de palliatieve terminale cliënt wil ik u graag uitnodigen voor een interview.

Dit interview is bestemd voor verpleegkundigen en verzorgenden IG werkzaam binnen Allevo Zorg thuis die minimaal een contract van 16 uur in de week hebben. Het interview kan maximaal een uur duren en is op basis van vrijwillige en anonieme deelname. Het zal plaatsvinden tussen juli en september 2015 en in overleg met u zal de plaats en datum worden besproken.

Het zou fantastisch zijn als u mee zou willen werken hieraan, om mijn onderzoek volledig te maken. Graag ontvang ik een bevestigende e-mail naar: capoentje21@hotmail.com of telefoontje naar 06-10910009 als u mee wilt werken aan dit onderzoek.

Wanneer u op de hoogte gehouden wilt worden over de vordering en verloop van het onderzoek is dit mogelijk.

Voor verdere vragen verwijs ik u naar het bovenstaande e-mail adres en telefoonnummer. Bij voorbaat hartelijke dank voor de medewerking.

Met vriendelijke groeten en hopelijk tot snel,

Ciska Soeteman

Bijlage 3 Uitgewerkt interview, analyse fragmentatie en hiërarchie

Interviewer: Goedemorgen *****	
	Respondent: Goedemorgen Ciska
Nou, ik vind het wel een beetje spannend een interview voor mijn opleiding als hbo verpleegkundige. Het doel van dit interview is dat ik er eigenlijk probeer achter te komen wat jou beleving en ervaring is en dan met name uhm, over het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten.	
	Oké
Dat is een hele mond vol, ik hoop dat je ook een klein beetje begrijp wat ik daarmee bedoel?	
	Ja.
Mocht je toch door het interview heen vragen hebben of denken van ja dat begrijp ik niet of daar wil ik verduidelijking over dan moet je het gewoon zeggen.	
	Doe ik.
Jou kennende zal je dat ook wel doen, dus dat komt ook wel goed. Ja, t kan een half uur duren kan drie kwartier zijn kan een uur zijn. Ligt er een beetje aan hoe het gesprek loopt. Hoe de vragen lopen et cetera.	
	Prima.
Wat er voor antwoorden erop komen en wat voor vragen er bij mij te binnen schieten. Weet dat het anoniem is. In zoverre ik vraag wel om je naam, wie je bent nu alleen.	
	Adres geboortedatum...(gegiechel)...
Maar alles wordt heel vertrouwelijk verwerkt. Dat wil zeggen, ik ga alles uitwerken. Dus dan zet ik ook niet jou naam erop of gegevens en aan het einde wanneer ik eigenlijk de hele scriptie heb geschreven dan wordt ook alles vernietigd. Dus alles wordt zeker en weggegooid.	
	Prima.
En de vraag daaruit is ook of je het daar mee eens bent? Of je daarvoor akkoord geeft?	
	Ja hoor, daar geef ik akkoord voor.
Ok dat is mooi. Dan wil ik nog een keer mijn onderzoeksvraag vertellen, omdat dat toch mijn leidraad is. Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden IG van Allevo zorg thuis in het	

team Duiveland het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten.	
	Oké.
Dus ja allereerst kan je me vertellen wie je bent, wat voor werk je doet en hoelang je dat al doet.	
	Ik ben *****, ik ben 54 jaar en pas de opleiding tot IG gedaan. Ik werk sinds 1996 bij eerst ***** thuiszorg, toen is het Allevo geworden. Ik ben begonnen als huishoudelijke hulp.
Zo!	
	Dus ik heb een laag personeelsnummer, 737, dus ik ben 1 van de oude garde...(gelach).
Jeetje.	
	Ja, toen via Allevo de interne opleiding C gedaan. En nu de IG. Ik werk in het team Bruinisse als IG-er 24 uur per week
Ja, das veel?	
	24 uur?
Ja	
	Nee, das is weinig.
Je zou meer willen werken...? (gegiechel), zo leuk vind je het.	
	Ja ook, ik heb het ook nodig, financieel. Drie jaar weduwe en dan heb je toch brood op de plank nodig.
Ja, ja.	
	Maar het is ook erg leuk en zou het ook niet erg vinden als er een groter contract zou zijn.
Dus je hebt het naar je zin?	
	Ja!
Waarom heb je gekozen voor de thuiszorg?	
	Omdat ik het belangrijk vind dat mensen zolang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen wonen. Dus niet naar een verzorgingshuis, c.q. begeleidt wonen gaan. Ik vind het erg belangrijk dat mensen in hun eigen omgeving..., deze generatie heeft heel Nederland weer opgebouwd na de ramp. En dan worden ze in een kamertje gestopt van drie bij vier.
Ja.	
	Vind ik beetje mens ontrend.
Maar zou je ze daar ook niet evengoed mogelijk kunnen verzorgen?	
	Dat kan. Maar ik doe ze liever thuis verzorgen en dan zo goed mogelijk met zoveel mogelijk hulpmiddelen. Zolang mogelijk in de eigen omgeving thuis kunnen blijven wonen als ze dat willen.

Dus bij jou draait het echt om de eigen omgeving? De thuissituatie?	
	Ja, naar keuze van de mens. Als mensen echt graag thuis willen blijven. Er zijn ook mensen zat die willen gewoon naar een verzorgingshuis, maar mensen die thuis willen blijven dat die ook de mogelijkheid hebben dat ze thuis kunnen blijven.
Ja, dat betekent ook dat de zorg die dan thuis gegeven wordt door jou en door je collega's, dat die ook best heel intensief kan zijn.	
	Ja.
Of is het wel intensief? Ik weet niet in hoeverre dat ook daar echt sprake van is?	
	In sommige gevallen wel als mensen weinig of geen kinderen hebben, geen familie of mantelzorg. Kinderen ver weg wonen. Dan kan dat best intensief zijn. Dan ben je toch het steunpunt per dag als je bij die mensen komt.
Ja, ja.	
	En dan moet je opletten dat je niet overslaat naar dat je teveel gaat doen. Dingen die niet bij je taken horen.
Als iemand nou ernstig ziek is en die heeft heel veel hulp nodig...?	
	Dan is dat moeilijk omdat het ligt aan hoeveel tijd geïndiceerd wordt, hoeveel minuten, tijd die je mag geven. Het is erg jammer dat wij geen 24 uren zorg vanuit het team, mensen uit je eigen route, maar vreemden moeten komen voor de 24 uren zorg. Dat wij dat zelf niet mogen.
Kan je dat uitleggen wat je daarmee precies bedoelt?	
	Ja, als je 10 jaar bij iemand komt of 5 jaar en een band met de familie hebt en dat iemand dan terminaal ziek wordt, dan merk je aan de mensen dat ze het prettig vinden dat er een bekende komt.
Ja.	
	Maar dat mag dan niet en dan komt er ineens een vreemde, dat wordt ook wel eigen, maar zo eigen als dat je zelf bent met de mensen, dat je zoveel meemaakt al vaak vanaf beginstadium af is het voor mensen erg moeilijk als er dan nacht zorg een vreemde komt, overdag een vreemde. Dan zou ik liever zien dat wij dat zouden doen.
Ja.	
	Kijk gevoelsmatig zou ik het ook prettig vinden zelf. Dat je ze kan blijven begeleiden tot het

	laatste toe. Dan ben je bij iemand en dan wordt je eruit gehaald. Komt er een verpleegkundige in of de 24 uurs zorg erin.
Ja,... mag ik daaruit afleiden dat je dat dan ook niet terecht vind? Dat er dan een verpleegkundige in zou moeten zoals je zegt?	
	Nee, nee, nee, terecht! Het heeft niks met terecht of onterecht te maken, daar gaat het niet om. Het is gevoelsmatig, van jezelf uit en van de cliënten uit. Dus.
Ja.	
	Omdat je toch daar een band mee krijgt, je maakt veel dingen mee met elkaar.
Ja.	
	En dan, kunnen de mensen daar over praten met je van; goh hoe zat dat nou en hoe is dat gegaan al die tijd.
Ja.	
	En dan komt er een vreemde en dan kunnen mensen dit niet meer met de nieuwe die komt. Ze kunnen wel hun verhaal kwijt, maar niet meer terug halen hoe iets gegaan is. Dus dan kan je alleen begrip tonen, maar niet meer hebben over ja goh dat was zus en zo.
Ja precies.	
	Ik hoop dat ik het duidelijk uitleg....
Ja, ik zit te zoeken naar wat je precies bedoelt. Daarmee dat het hele verleden stuk dat je hebt opgebouwd dat kan je dan niet delen met een nieuw iemand?	
	Nee.
Dus je kan alleen maar instappen van het moment dat je dan nodig bent, zeg ik dat goed?	
	Ja, ja, precies en dan weet je ook wel van het ziektebeeld, want je leest je eigen wel in, maar het gaat ook over de emotionele kant van de zorgvrager of familie.
Ja, is dat ook iets waar jezelf op let? Daarmee bedoel ik te zeggen; ik ben in mijn rol als verzorgende IG niet meer toereikend, dit vraagt eigenlijk om of verpleegkundige zorg of andere zorg?	
	Uh... ja, je weet dat sommige handelingen die mag je niet doen dus dat moet een verpleegkundige doen of voor komen. Maar dan denk ik dan kan ook degene, kijk als die verpleegkundige daar altijd al is gekomen is dat niet erg, maar als je als IG-er of als verzorgende daar een tijd in bent dan kan je ook, zou het ook kunnen zijn dat je dan zou het misschien beter

	een verpleegkundige zijn die alle handelingen doet
Ja.	
	Maar dat de gewone zorg he, die de IG-er of verzorgende wel mag doen dat die dat mag blijven doen.
Oké.	
	En als is het maar even, een paar momenten op een dag. Tenzij de familie het prettig vind als er alleen maar een verpleegkundige is omdat die handelingen mag doen.
Ja, maak je dat ook weleens mee? De situatie die je nu beschrijft dat er en verzorgende IG en ...	
	Nou afgelopen weekend toevallig, die had een morfinepomp, daar mag je als IG-er niet aan zitten.
Nee.	
	Toen is er de verpleegkundige gebeld in overleg met de verpleegkundige wel een beetje extra gegeven, maar toen belde de verpleegkundige later; moet ik nog komen? Ja kom, maar...
Ja, heel goed.	
	Dat is prima, maar die mensen waren wel blij dat ik er, daar bleef, was. Want je bent toch op dat moment even een aanspreekpunt. En de emoties die die mensen kwijt willen als iets zo snel gaat.
Nou dat is ook wel iets wat ik me dus afvraag, uhm, om dan maar even erop door te gaan. Want de casus van het weekend vind ik dan wel een mooie. Uhm, want daarin ging het om terminale zorg?	
	ja
Waaruit denk jij dat terminale zorg precies bestaat? Is dat ook uit emoties, of alleen handelingen of is dat alleen verzorgen of...	
	Alles, het hele pakket. Familie moet je een beetje bij staan, in de achtbaan van emoties. En je moet zorgen dat de zorgvrager zo comfortabel mogelijk, huh, ligt, hangt, zit, staat.
Ja.	
	Het gaat om de zorgvrager dat die zo comfortabel mogelijk is.
En de familie bijstaan?	
	Ja, en van t weekend vond ik het erg moeilijk want deze meneer had al drie dagen op dezelfde zij gelegen. En die had allemaal plekken op zijn knieën en zijn been, zijn heup huh...hij kreeg ontlasting, schoongemaakt, maar moest hem een klein beetje draaien en toen zag

	ik al die plekken. Toen dacht ik; ik leg hem een poosje op zijn rug dat het eventjes een andere houding is. Van de familieleden die konden het niet aanzien dat pa op zijn rug lag met zijn mond open lag te snurken...
Ik kan me er wel iets bij voorstellen.....	
	Maar op zijn zij lag hij ook met zijn mond open te snurken.
Ja.	
	Alleen, he.
En wat zei jij dan op dat moment? Wat deed je dan precies?	
	Ik heb uitgelegd waarom ik hem even zo neer heb gelegd aan die zoon.
Ja.	
	En toen heb ik gezegd; ik ben over een half uur weer terug en dan leggen we hem weer op zijn zij. Had hij eventjes een andere houding en over een half uur, want ik had nog meer cliënten.
Ja.	
	Dat is dan weer vervelend want je moet verder. Je moet weg.
ja	
	Omdat er andere cliënten wachten en een uur later. Ja, was al binnen een half uur terug heb ik hem weer op zijn zij gelegd.
Oké.	
	Maar ik vond het moeilijk van je leert op school van; het moet voor de zorgvrager zo comfortabel mogelijk zijn he overal opletten en dan doe je dat. Dan hoor ik dus via.... en de huisarts zei ook; leg hem maar op zijn zij, want de familie vind het zo akelig. Dan denk ik; wat is er op dat moment nou belangrijker? Dan is dus de omgeving belangrijker...dat ie op zijn zij weer moest, omdat ze het zo akelig vonden om te zien.
Ja.	
	Het gaat toch om de zorgvrager? Dat vond ik, daar heb ik over nagedacht. Dat vond ik erg moeilijk. Had ik hem nou gelijk op z'n zij moeten leggen? En niet dat half uur moeten wachten? Omdat de familie het akelig vond.
Aan de andere kant denk ik dat je, ja...wat je aan me uitlegt is dat je de familie hebt uitgelegd waarom je voor die keuze hebt gekozen.	
	Ja.
Ik denk dat je gevoel misschien toen ook zei dat hun er uitleg om vroegen. Ik moet daar iets mee doen want anders blijft er misschien een bepaalde onrust? Of ... vul ik hem nu in? En ik	

denk dat uhhh, ja, dat kan best lastig zijn ja, wanneer doe je het nou goed?	
	Ja, moet je dan voor de familie kiezen want die vinden het een naar gezicht. Met de schoondochter had ik hem gewassen en die zag die plek ook.
Ja.	
	Die werkt in ***** dus die ziet ook weleens wat. Ik zeg zullen we hem een poosje op zijn rug leggen dat die in huis allemaal een beetje bij kan komen? Ja, is prima en dan is die vrouw en die ene zoon vond dat ook, maar één zoon kon het niet aanzien.
Misschien is er wel sprake van een middenweg hierin?	
	Ja, nou ja ik heb het aan die jongen uitgelegd waarom we dat gedaan hebben.
Ja, had je het idee dat er, dat zij er nog meer over wilden praten of?	
	Nee, nee, maar de huisarts, die was met de morfinepomp bezig toen ik kwam, na de oproep en die zei van; als je nou klaar bent leg hem maar op zijn zij want de familie vind het naar om te zien. En dat vond ik geen leuke opmerking van de huisarts, dat ie dan zegt de familie vind het niet leuk om te zien. Hij had ook kunnen zeggen van; draai hem dadelijk maar op zijn andere zij dan ligt ie ook wel comfortabel en dan is het wat aangenamer.
Ja.	
	Ik schrok er ook van dat Valk dat zo zei.
Ja?	
	Ja!
Want, wat deed dat op dat moment met jou?	
	Nou, schoot gelijk door me heen, wat is er nou belangrijker? Dat meneer comfortabel is of de familie? Maar dat komt ook dat je dat op school leert.
Ja.	
	En nu, als ik het volgend weekend weer zou hebben dan zou ik ook zeggen, dan zou ik waarschijnlijk die man ietsje verder door hebben gedraaid, had ie toch een beetje met zijn hoofd naar beneden gelegen, niet zo dan...
Toch een mooi leermoment?	
	Ja, absoluut. Is het ook geweest.
Je gaat wel bij jezelf te rade, wat doet dat met mij?	
	Ja, en mijn man lag ook zo. En ik had er geen moeite mee dan is het ook moeilijk om te verplaatsen en te zeggen van; nou heb je daar

	moeite mee? Het is en blijft je vader hoe hij er ook bij ligt.
Maar goed nu hebben we het over handelingen, het verzorgen, comfortabelheid en familie die toch een bepaalde emotie laat zien. Ik neem aan deze meneer was niet meer aanspreekbaar?	
	Nee, zaterdag nog wel.
En stel nou dat deze man nog heel goed bij was geweest he, dus je gaat nog steeds de terminale zorg verlenen, en hij geeft bij jou aan; uhh Ingrid ik heb er allemaal heel veel moeite mee, ik weet dat ik binnenkort kom te overlijden, ik weet niet wanneer. Ik ben niet in mijn doen, ik ben niet in mijn hum, voel me er niet lekker bij. Ik zit met dingen, uhh ja. Ik weet niet wat ik daarmee aan moet, mijn vrouw heeft het zwaar. Hij betreft er allemaal andere zaken bij. Hoe zou jij op dat moment daarmee omgaan? Je hoeft niet te wassen, geen handeling uit te voeren. Iemand vraagt iets aan jou, laat iets aan jou merken wat er met hem is.....	
	Ik denk dat ik wel zou proberen om door te vragen of wat waar die dan tegen op ziet en of hij eens met iemand zou willen praten, of een dominee of een pastor, vriend of. of hij daar wat aan zou hebben.
Maar stel deze man is niet gelovig, niet van de kerk. Een dominee een pastor is misschien een brug te ver nog, maar jij komt daar elke dag.	
	Nou dan zou ik toch op mijn gemak eraan gaan zitten en denk ik toch een gesprek aangaan. Beetje doorvragen.
Oké, heb je dat ook in de opleiding gehad?	
	Niet heel veel erover.
Maar wel iets begrijp ik?	
	Wel wat ja.
En wat heb je precies in je opleiding meegekregen?	
	Dat als mensen een vraag stellen dat je hem dan herhaald en vraagt wat ze ermee bedoelen. Begrijp ik u goed dat....
Ja.	
	En waar ze dan mee zitten...dan horen de mensen de vraag terug en kunnen er dan toch beter antwoord op geven, je moet het niet voor ze invullen.
Nee.	
	Niet het antwoord invullen van de vraag. Op een bepaalde manier terugstellen zodat ze er zelf al een antwoord op gaan geven.

Nu heb je aardig wat ervaring he, want je zit al aardig wat jaartjes in de zorg. Zeg je dan ook bij jezelf; ik merk dat wel wanneer iemand ergens over wil praten? Daarmee bedoel ik over de dood of over angsten of je zeg je; ja, ik weet eigenlijk niet zo goed hoe ik dat moet signaleren?	
	Dat vind ik een moeilijke vraag want elk persoon is anders. Uhh, ik had een 99 jarige meneer en die merkte ook dat het een beetje af ging lopen en die kon dus heel erg bot dingen zeggen of die kon een beetje mopperen.
Ja.	
	Doordat je lang bij iemand komt, leer je mensen kennen en weet je een beetje hoe ze reageren overal op.
Ja, ja.	
	Dan kan je ineens merken als ze vragen gaan stellen van; he....wat is dat? Waar komt dat vandaan? Ineens...
En waar denk je dat dat vandaan kwam?	
	Bij hem? Angst! Nog geeneens de angst om te overlijden maar de angst om zijn vrouw achter te laten voor het onzekere.
Dus dingen die er bij mensen afspelen in hun hoofd, gedachten?	
	Ja, ja, soms, ik moet zeggen dat na het overlijden van mijn man ga je heel anders naar die dingen kijken. daarvoor had je echt zo van; dan deed je dat, het zal wel, maar je kon je eigenlijk niet voorstellen wat het is.
Dus je bent in de beleving dan meegegaan?	
	Ja, je staat heel anders ertegen over. Als je een overlijden van dichtbij niet mee heb gemaakt, ja opa's en oma's weet je. Dat is wat verder weg. Maar als het echt je vader, of je man of heel dichtbij komt.
Ja.	
	Dan ga je er heel anders naar kijken. Dan moet je ook op gaan letten dat je niet hetzelfde gaat reageren als dat andere mensen reageren want het is anders.
En met hetzelfde reageren bedoel je precies?	
	Nou dat sommige mensen die uhh..... kunnen na een overlijden helemaal niks meer doen. Maanden in de put zitten. Een ander is na twee dagen alweer bezig.
Oja, zo.	
	Dat kan je niet van iemand verlangen als je zegt; nou ik was na drie dagen al aan t werk dat moeten ze allemaal maar doen. Dat kan niet.

Nee, nee, nee, nee. Ieder mens is anders. Ieder gaat weer anders met zijn emoties om.	
	Ja, ja, ja. Ja, en van de cliënt zelf ja die onzekerheden van het los uhhhh... het leven loslaten.
Ja.	
	Dat is ook moeilijk. Heel moeilijk, want dat willen ze niet. Het sterven dat, de meesten zijn nog geeneens extra bang om te sterven, maar meer de angst van het loslaten. Je kleinkinderen, je kinderen, je vrouw, je man, alles gaat gewoon door. Dat wil je niet achter laten.
Hoe zou dat komen?	
	Hoe dat zou komen?
Ja?	
	Je wilt toch nooit iemand in de steek laten? Op die manier. Je laat iemand alleen achter.....
Ja....dat is denk ik ook wel zo ja. Ik denk dat ieder mens daar wel moeite mee zou hebben.	
	Ja tuurlijk, natuurlijk.
Je kan er wel vrede mee hebben denk ik, omdat je zelf gaat overlijden of hoe noemen ze dat? Berusting?	
	Ja, ja soms is het een verlossing. Als je zoveel pijn hebt en zo ziek bent. Dat was bij mijn man ook, die had zo verschrikkelijk veel pijn. Dat was een verlossing. En dat was voor hem ook een verlossing. Hij was ook niet bang om te sterven. Hij vond het verschrikkelijk om mij achter te laten, zijn kinderen en zijn kleinkinderen. Ze niet op zien groeien.
Als we nu kijken naar die twee casussen dan die je nu hebt beschreven. Dan kunnen we dat zetten onder... alles wat je daarin verteld hebt, de emoties die naar voren zijn gekomen.... Dat dat valt onder psychosociale zorg.	
	Ja.
Als ik nou vraag aan jou; psychosociale zorg, waar denk jij dat die uit bestaat binnen jou rol als verzorgende IG?	
	Luisterend oor...hoofdzakelijk.
Ja.	
	En als je er zelf niet mee weg kan of niet weet, hulp vragen! Zeggen; goh die mensen zitten daar en daar mee. Hoe gaan we dat oplossen? Kunnen we dat zelf met gesprekken? Moet er een ander bijkomen....
En zou je dat meteen doen? Of zou je dat ook in overleg doen?	
	In overleg met de cliënt!

Ja?	
	Absoluut, want dan moet je ook eerlijk zeggen; goh, u komt nu met vragen daar heb ik geen antwoord op daar kan ik u niet mee helpen. Ik ga voor u informeren of ik iemand kan vinden als u dat wilt.
En wie zou je dan benaderen?	
	Eerst mijn leidinggevende, in dit geval ben jij dat of ****, maar net wie er aanwezig is.
Ja. Dus de wijkverpleegkundige?	
	Ja, en in overleg daarmee kan je altijd nog zeggen; we kunnen iemand inschakelen.
Aan de andere kant hoor ik je aan het begin van het verhaal vertellen, wanneer je lang bij iemand bent en je bouwt er een band mee op, vinden mensen het prettig als je daarmee in gesprek blijft?	
	Ja, ja.
In ieder geval daarbinnen blijft?	
	Ja, tuurlijk. Maar als ze met vragen komen waar jij echt geen antwoord op kan geven of waar je echt niet zelf mee weg kan.
hmmhmmm	
	Dan moet je dat ook aangeven.
En wat zou dat in jou geval kunnen zijn? Wanneer zeg jij; dat vind ik nou heel lastige vragen of daar kan ik geen weg mee?	
	Dat weet ik niet, moet ik nog tegenkomen. Als het echt hele medische vragen zijn, dan ga je sowieso daarmee naar de wijkverpleegkundige als je het niet weet.
Maar dan heb ik het echt over psychosociale zorg....	
	Dat zou ik dus niet weten....
Als iemand jou dat zou vragen?	
	Dat ligt aan de relatie die ik met iemand heb.
Maar soms kan je in een korte tijd een relatie of band met iemand opbouwen....	
	Zoals afgelopen weekend.....
En dan komt dat heel dichtbij....	
	Ja.
Of dan kan t heel dichtbij komen?	
	Ja!
En dan is de vraag; kan jij dan nog zeggen vanuit je rol en vanuit je mens zijn, dus twee verschillenden punten. Ik weet wel waar deze meneer of familie behoefte aan heeft?	
	Nee, als je iemand zo kort kent niet, maar de mensen laten het wel zelf merken. Ze hadden

	heel erg de behoefte om dat je er bij bleef he. Dat je, dat je, die man hielp.
Ja.	
	Ze kon het zelf niet echt aanzien, de rest kon het niet echt aanzien als we moesten wassen of verzorgen of wat dan ook. Ik heb wel één zoon erbij betrokken, die zei; oh ik help je. En die vrouw gaf zelf ook aan; als je dat gaat doen dan kijk ik niet hoor dan ga ik even weg. Dat moet je dan ook zo laten vind ik. Je moet ook niet zeggen van; wat ik heel erg moeilijk vind is of vond dit weekend, dat ze aan bed stonden bij deze meneer en dan; oh wat ziet ie er verschrikkelijk uit. Echt zo over hem praten alsof hij er niet meer was.
Ja.	
	Toen heb ik op een gegeven moment, toen ben ik naar de kamer gegaan en gevraagd of ze even mee kwamen. Daar heb ik gezegd van; misschien hoort hij jullie nog, zeg leuke dingen. Praat met je vader over wat je beleeft heb met hem ooit eens, maar niet negatief praten over hem. Misschien hoort hij je wel.
Ja, ja, maar denk je dat het van invloed zou kunnen zijn als het van negatief aard is?	
	Weet ik niet, maar voor de cliënt is het denk ik niet leuk. Stel dat ze het hoort. Dat weet niemand.
Nee, dat klopt.	
	En er wordt gezegd dat ze nog een hoop horen. En omdat hij dat kussen nog wegdeed en op die washand deed sabbelen. En als je dan daar zo ziek ligt te wezen en vanaf de rand naar je staan te kijken van; je ziet er niet uit! Ja, dan denk ik van ja....vond ik erg moeilijk.
Ja, je ervaring was wel dat je op dat moment dus vond dat je er iets mee moest doen, even apart?	
	Ja, misschien hoort ie het wel.
Ja. Voelde je je daar ook goed bij? Of zeg je van	
	Wat ik gezegd heb wel. Vond het heel naar om te horen dat er eentje zo negatief was en naar hem stond te kijken. Heel moeilijk.
Zouden mensen dat bewust doen?	
	Oh nee. Onmacht.
Ja.	
	Verdriet. Niet weten hoe ze met die emoties om moeten gaan. De een ging schreeuwen, de ander ging huilen, de een begint te vloeken. Dat

	zijn emoties van mensen die op dat moment loskomen.
Ja, en hoe ben je zelf in de omgang daarmee? Zie je wanneer iemand het moeilijk heeft, uhm, ...	
	Zorgvrager of familie?
Zorgvrager en familie, maar in dit geval even eerst de zorgvrager, omdat het daar toch wel hoofdzakelijk over gaat. Als iemand het heel erg moeilijk heeft en iemand gaat huilen, ben jij dan een persoon die daar een arm omheen slaat of die echt een hand vastpakt?	
	Als ik werk wel, privé niet.
En denk je dan ook van; uhm hier is iets meer aan de hand, ik besluit om hier langer te blijven al is het maar 10 minuten?	
	Ja! Zelf al is de indicatie te klein, als het terminale zorg is en ze hebben t nodig dan blijf ik.
Oké, dat is heel belangrijk denk ik.	
	Ja. Je laat niemand vallen, je laat niemand alleen.
Nee. En ik denk dat op dat moment misschien die persoon het ook niet zou willen dat je dat zou doen.	
	Dat je weg zou gaan?
Ja?	
	Nee, natuurlijk niet. Op dat moment ben jij een houvast.
Hoe sta jij erin wat betreft of dat uhm., psychosociale zorg wel of niet gegeven zou moeten worden?	
	Wel!
Moet het bij iedereen? Wordt het bij iedereen gegeven? Zijn twee vragen trouwens...	
	Ik vind dat het gegeven moet worden. Als mensen daar behoefte aan hebben en ook al laten ze niets merken en stoer doen van ik red het wel ik heb niks nodig.
Ja.	
	Dat je er toch wel voorzichtig mee moet zijn.
Hoe ga je dat dan precies aanpakken? Als ik dan hoor die man van 99 jaar die best wel eh, nou ja zijn eigen wil had, duidelijk wist.	
	Het ligt eraan hoe goed je ze kent. Ik kwam daar al 10 jaar en tegen die meneer kon ik dus zeggen van; je doet wel stoer, maar dat hartje is zo klein.
Ja.	

	En dan komt er wel wat los, maar dat ligt er een beetje aan hoelang ben je er, wat voor band heb je met de mensen.
Dus wat is je ervaring?	
	Ja, is heel belangrijk!
Ja, dat denk ik ook, dus dan uh, naja is best lastig.	
	Ja, is heel lastig.
Want iedereen is anders.	
	Ja.
En de een wil er misschien over praten en de ander niet? De ander weet niet eens of hij überhaupt wel behoefte heeft aan psychosociale zorg...dus het praten of ondersteunen van	
	Ja, dat is ook moeilijk. En soms als je met mensen, ja bent toch wel eigenlijk heel intiem met mensen. Je wast ze, je doet er van alles mee.
Ja.	
	En soms krijg je ook weleens als de partner er niet is, dingen vertellen ze je die ze niet tegen hun partner vertellen. Of niet willen vertellen of ... die meneer van 99, die had een soort haat-liefde verhouding met zijn partner.
Ja.	
	En die zei tegen mij andere dingen als dat hij aan zijn vrouw vertelde. Ik heb ze ook nooit tegen zijn vrouw vertelt.
Nee, maar waren dat angsten of....?	
	Ja, ja!
Of dat je zegt van...	
	Die man had een eerste huwelijk gehad, verschrikkelijk goed huwelijk, die vrouw is overleden aan borstkanker en eigenlijk hield hij nog van de eerste vrouw.
Ja...	
	En dat was voor hem op zijn sterfbed, laatst, was dat erg belangrijk voor hem.
Dus er komt toch van alles los?	
	Ja.
Wat er misschien al heel lang heeft gezeten?	
	Jaja. Absoluut!
En hoe besloot jij er op dat moment mee om te gaan? Dus je merkt er komt iets los...hij gaat ergens over praten, tijdens de verzorging of na de verzorging...	
	Ik heb hem laten praten, hij wist dat mijn man ook aan kanker was overleden. Dan heb je toch een raakvlak op de een of andere manier.

Ja.	
	Het was een hele norske man naar iedereen toe. Ik heb van hem de meeste steun gehad na het overlijden van mijn man.
Goh.	
	Ongelooflijk! Ja, en toen kwam ook het verhaal van zijn vrouw. Als je hem aan t douchen was, of op zijn kamer bezig was en zijn vrouw was er niet bij. Dan begon hij over zijn vrouw, zijn eerste vrouw.
Nog heel wat liefde voor een liefde?	
	Ja.
Dat is nogal wat, dat je dus dat niet kwijt kan, bij je huidige vrouw.	
	Ja, die is ook nooit geaccepteerd hier op het dorp. Ze hebben een heel ander soort leven gekregen in zijn tweede huwelijk.
Ja.	
	Van een heel sociaal leven met allemaal vrienden en kennissen op het dorp en allemaal leuk en aardig en gezellig, naar een huwelijk wat heel afstandelijk was.
Ik hoor je heel veel informatie vertellen, over die man en zijn tweede leven, zeg maar he.	
	Had hij het zelf ook verschrikkelijk moeilijk mee.
Dat betekent wel dat, zo vind ik je op mij overkomen, dat je je inleeft in de persoon met wat er allemaal wel niet ook afspeelt, afgespeeld heeft.	
	Jahaaaa.....
Hoe je daarmee omgaat.	
	Jahaaa.....
Het is eigenlijk niet alleen het gesprek aangaan met iemand.....	
	Nee, het is niet zo het ene oor in en het ander weer uit. Zo werkt t ook niet, want je moet het zelf ook weer ergens uhhh.... een plekje geven.
Ja.	
	En op een rijtje zetten.
Ja.	
	En, en, tis raar en zo dichtbij, en toch ook weer ver van je bed. In je werk komt t heel dichtbij, maar privé is het ver van je bed. Je moet wel goed die scheiding kunnen houden. Tussen werk en privé.
Ik wilde net zeggen....	
	Anders ga je er aan onderdoor.
Ja, hoe ervaar je dit soort intensieve, tussen aanhalingstekens zware zorg., want ook al hoef je dan niet te wassen of infuus aan te sluiten of	

een bepaalde handeling te doen, maar je gaat dan alleen praten....	
	Ik heb voor mezelf heb ik t, van als het ik het zelf op een rijtje kan krijgen en ik heb er geen last van he, dat je wakker gaat liggen of dat je er hele dagen over nadenkt. Dan gaat t goed, maar als het dingen zijn die mij heel erg raken dan van; oh dat kan ik niet loslaten, dan ga ik naar de wijkverpleegkundige, dan ga ik mijn verhaal even doen.
En stel dat die er niet is, wie zou je dan opzoeken?	
	Niemand. Dat zijn dingen die in je werk gebeuren en daar heeft voor de rest niemand wat mee te maken.
En je collega's?	
	Soms, niet alle collega's...
Ok, maar er zitten er wel tussen waar je zegt van daar kan k mijn verhaal kwijt of...	
	Redelijk.
Want dat is natuurlijk in de thuissituatie wel vaak zo, dat je alleen werkt. En alleen de zorg dus verleent op bepaalde he, na dit weekend dat je dan toch met twee verschillende deskundigheid ergens bent.	
	Ja.
Het lijkt me best wel lastig.....	
	Sommige dingen vallen onder nazorg he, (gelach). Gevalletje nazorg, maar ja tis ook niet zo dat je acuut ergens last van hebt, je kan altijd wel wachten tot er iemand van de wijkverpleegkundigen aanwezig is. Bij Ciska of****.
Ja, want uhm....	
	Dat weet je zelf naar die reanimatie toen kwam ik ook gelijk, dan zit dat zo in je lijf. Dat je iemand gereanimeerd hebt dat je gelijk wel je verhaal gaat doen. Ik kan dat wel goed uh, beredeneren wat of wanneer ik mijn verhaal aan iemand kwijt moet of wanneer ik denk nou ik red t wel. Dat komt wel goed.
Ja, nou dat is voor mij wel iets naar waar ik ook wel naar zit te zoeken. Hoe is de beleving daarin, dat je van alles van iemand hoort, he, dus iemand is ernstig ziek, die vertelt jou zijn hele hebben en houwen, maar die zegt daar misschien ook wel bij; ik wil niet dat je daar met de wijkverpleegkundige of met je collega's over praat....	
	Dan moet je dat ook niet doen. Mits je er geen last van hebt.

Maar je bemerkt bij jezelf dat je de hele week dat je daar zorg verleent, het de hele week wel daar over gaat...	
	Ja....
En dat je denkt van; nou, ik zit dat nu heel de week zo aan te horen ...wat doe je dan? Wat doe je in zo een situatie?	
	Het ligt aan wat voor soort probleem het is....
Iemand vertelt jou dat hij er moeite mee heeft dat hij gaat sterven, dat hij eigenlijk wel voor euthanasie zou willen gaan of een palliatieve sedatie...omdat hij voelt dat het steeds slechter wordt en meer pijn heeft.	
	Dan denk ik toch dat ik hem aan zou horen en zou adviseren om toch contact op te nemen met de huisarts, of hij dit niet met de huisarts besproken heeft.
Maar dat wil hij nog niet...hij vertrouwd jou.	
	Ja....
Wil het er met jou over hebben.	
	Als hij mij zo vertrouwd en ik mag er met niemand over praten kan ik ook niet, kan mijn verhaal wel gaan doen aan de wijkverpleegkundige, maar die kan er niks mee gaan doen. Die kan niet naar die man gaan van; goh wat heb ik gehoord? Dan ben ik zijn vertrouwen kwijt.
Ja, klopt.	
	Dat doen we niet.
Maar het gaat wel aardig wat dagen in de week zo verder....	
	Ja....
En misschien voel je tussendoor ook wel iets van; nou, ik zou hier weleens wat mee kunnen doen, of hij heeft ook nog wat dochters in huis rondlopen, maar daar wil die ook niet dat je het tegen vertelt..., maar hij wil ook geen pijn lijden!	
	Nee, ja dan zou er toch een huisarts bij moeten komen.
Hoe ga je dan om met het feit dat je zoveel tijd heb om bij iemand te zitten en te praten, maar eigenlijk heb je die tijd niet, want niemand is op de hoogte dat je daar zo vaak over praat omdat je dat niet mag zeggen tegen de wijkverpleegkundige? Maar je weet ook dat je niet zomaar de deur uit kan stappen...	
	Maar dan kun je wel naar de wijkverpleegkundige gaan van hoe gaan we dit oplossen..., want er is wat aan de hand, hoe ga ik dat oplossen? Wie moet ik inschakelen? Hij

	wil niet dat ik iemand inschakel...hoe gaan we dit oplossen? Bij zulk soort dingen, ja dan vraag je hulp aan.
Ja, want ik kan me best voorstellen dat je zomaar ergens anders een half uur langer zit, die een verhaal tegen jou gaat vertellen...of je bemerkt daar is iets...	
	Ja.
Ik pak er even een stoel bij?	
	Ja
Maar ergens weet je achteraf ook, die tijd heb ik eigenlijk helemaal niet...	
	Ja, dan heb je pech....ik denk als iemand zijn verhaal kwijt moet, als het zelfs een verhaal wordt, dan is het wat anders. Maar de eerste keer, ja, je hoort het aan.
Dus, het wordt een structureel iets...?	
	Ja, daar moet je wat mee.
Een routine wordt het, dat iemand er zo erg mee zit...	
	Ja, daar, daar moet je wat mee. Daar aan de wijkverpleegkundigen vragen, hoe pakken we dit op?
Ja, ja heb je ook meegemaakt dat wanneer, dat je zoiets tegen kwam dat je dacht; daar moet ik nu iets mee gaan doen? Even terugkijkend naar voorgaande jaren dat er mensen kwamen die overlijden in de thuissituatie....	
	Nee, niet met uhhh..., niet met overlijden.
Of dat je de wijkverpleegkundige er meer bij moest betrekken?	
	Nee, kan niet iemand nou zo gauw, iemand bij verzinnen..
Nee? Sommige mensen kunnen heel veel familieleden om hun heen hebben, maar toch het gevoel hebben misschien dat ze niet gehoord worden...	
	Ja, jaja, familie wil ook vaak. Dat is toevallig bij mw. de koning denk ik...wat je bedoelt. Dat de familie vaak andere dingen wil als dat de zorgvrager zelf wil. Familieleden willen je vader of moeder nooit kwijt. Alles maar eraan doen wat er te doen valt, terwijl de zorgvrager waarschijnlijk zegt van; tis genoeg geweest. En dan moet je toch met de zorgvrager meegaan en niet met de familie.
Dat is ook een lastige	
	Dat is een hele lastige.
De zorgvrager weet eigenlijk, mijn tijd is gekomen tis eigenlijk echt gewoon goed zo. Het hoeft voor mij echt niet meer.....	

	Maar de familie wil het, want dan kan nog wel een weekje of nog een weekje of twee weken of een half jaar.
Ja.	
	Wat is kwaliteit van leven? En dat maakt dus de zorgvrager zelf uit en niet de familie. Als deze goed bij zijn verstand is
Denk jij dat?	
	Ik denk dat de zorgvrager zijn eigen familie ervan overtuigd van; jongens, tis genoeg geweest. Wij kunnen niet zeggen tegen de familie van: nou.....
Maar hoe vaak zouden cliënten dat echt doen?	
	Ligt eraan hoe de relatie is binnen de familie.
En als je terugdenkt aan praktijksituaties?	
	Nee, mensen willen mekaar nooit kwijt, alles tot het laatste toe, tot de laatste snik een pilletje erin proberen te duwen.
Ja.....	
	Of een pijnstillertje erin...
Denk je dat het de kwaliteit van leven zou kunnen verhogen wanneer er ingespeeld wordt op de behoefte van psychosociale zorg?	
	Dat denk ik wel.
En waarom denk je dat?	
	Waarom denk ik dat...ik denk als mensen goede psychosociale zorg krijgen dat ze dan van zich af kunnen praten en goed kunnen relativeren en alles op een rijtje krijgen om te kijken van hoe ver wil ik gaan....hoe ver kan ik gaan, maar het is eigenlijk hoever wil ik gaan.
Ja, en heb je het dan over grenzen die dan worden opgezocht, die dan worden aangegeven?	
	Nee, want de mens, nee, nee, nee. Nee. Grenzen niet. Dat doen de dokters tegenwoordig bepalen, dat is de grens. Zoveel pijnstilling krijgt u nog en als dat gebeurd is doen we niets meer.
Ja, met de grens bedoel ik uhhh...	
	Als je de boodschap krijgt ik ben terminaal, je gaat erover praten in het begin je schrikt. Niemand wil overlijden, niemand wil dood. Dat je erover gaat praten, omgeving, verpleegkundige, IG-er, maakt niet uit.
Ja.	
	Dat je door het praten goed dingen op een rijtje kan krijgen, wat zijn mijn mogelijkheden en wat wil ik...
Ja, en dat zou de kwaliteit van leven kunnen verhogen?	

	Ja, vind ik wel. Als iemand zegt; ik wil geen chemokuren meer, ik wil dat niet meer, ik wil alleen nog pijnstilling, comfortabel t laatste beetje van mijn leven. Ik denk dat dat heel erg belangrijk is, maar dan moet je wel met iemand kunnen praten hierover. Je kan dat niet alleen op een rijtje zetten.
Nee.	
	Kijk, wat zijn de mogelijkheden.
Hoe vaak denk je dat mensen dat soort steun, zoeken?	
	Te weinig, nooit, zelden....
En bij de zorgverleners? Bij jou?	
	Nee, je moet het kunnen aangeven aan de mensen van; goh, wat de mogelijkheden zijn. Mensen weten dat niet. Die krijgen een boodschap u bent terminaal, we gaan chemo's doen en dan heeft u nog een paar weken.
Ja, of er is niks meer aan te doen, geen chemo's?	
	Precies, en voor de pijn ga je maar naar de pijnpoli en de huisarts. Wat kan je als mogelijkheden geven als verzorgende IG of als wijkverpleegkundige? Wat voor soorten pijnstilling zijn er....?
Hoe ervaar jij dan dat mensen daar mee omgaan he? Met machteloosheid, verdriet, angst.	
	Dat is persoonlijk. Iedereen gaat er anders mee om.
Maar als je nu terugkijkt naar de laatste paar casussen?	
	Ze weten het niet, ze weten het niet, zijn allemaal vragen. Hoelang heb ik nog? Familie, hoelang gaat t duren? Hoelang kan het gaan duren?
Gaat meer over de tijd?	
	Ja, ook. Wat staat me te wachten? Vandaag loop ik nog, maar hoelang, wanneer gaat t niet meer?
Ja.	
	Wanneer kan ik niet meer....
Ja, ervaar je dan ook dat mensen machteloos worden?	
	Ja, maar kan ook boosheid zijn, maar dat is uit machteloosheid. Kan verdriet, maar dat is allemaal uit machteloosheid. Daar komen alle emoties uit voort. Agressie, komt er ook uit voort. Als je iets niet meer weet.
Emoties....dat klopt. En hoe probeer jij er dan mee om te gaan wanneer jij aan een zorgvrager	

of een cliënt merkt dat hij, alles er maar gewoon een beetje bij laat hangen? T hoeft allemaal niet meer, tis allemaal wel prima zo. Ik hoef ook geen pijnstilling en ik hoef ook geen zorg, ik ben toch binnen 2 weken dood.	
	Nou, toch es vragen waar die emotie vandaan komt. Dat is ook een soort van niet meer weten. Dus laat mijn kop maar weer hangen.
Ja.	
	Laat maar....
Het neigt ook wel een beetje naar uhhh...niet meer willen....	
	Ja, de moed opgeven. Maar dat zijn ook maar momenten. Vandaag geven ze de moed op en morgen als je een beetje uitgerust bent, of er komt een kleinkind minder, dan kan ineens die emotie helemaal omslaan.
Ja, ja. Mensen kunnen ook heel erg erin blijven hangen...	
	Ja, kunnen heel erg erin blijven hangen.
En dan kunnen ze het ook niet kwijt bij hun familie, of hebben helemaal geen familie?	
	Maar voor familie is t ook moeilijk, dan krijg je vaak ook van de familie; hij is nou zo down nu wil hij niks meer...
Denk je dat daar zo op zo een moment ook iets mee zou moeten?	
	Ja, ik denk dat je wel moet proberen om een gesprek aan te gaan, al ben je maar wat aan t doen als je aan t wassen bent of wat dan ook.
Maar stel nou dat gesprek komt, morgen hoef je niet meer te komen, dokter heeft gezegd dat t helemaal klaar is. Al een week praat deze man zo, al een week voelt ie zich in dit humeur. En met zijn vrouw kan hij er niet over praten, die is toch meer van huis dan dat ze er is, dus weet je; zeg alles maar af, en wil er verder ook niet over praten.	
	Nou, de deur dicht en weg...(lachen). Nee hoor.
Maar wat zou je er dan mee kunnen doen, of willen doen?	
	Ik zou toch een gesprek aan willen gaan.
Maar dat lukt niet..., hij duwt t gelijk de grond in. Geen seconde.	
	Misschien iets vinden van uhhhh..., over een hobby of over een werk gaan praten, een heel ander gesprek aangaan.
Daar wil hij t ook niet over hebben....	
	Daar wil hij het niet over hebben? Nou weet ik niet dan, zo negatief, helemaal niks meer?
Ja, heel negatief!	

	Nou dan ga ik naar kantoor, ga ik naar de wijkverpleegkundige en zeg ik van; jongens ga dat is oplossen voor me want ik kom er niet meer doorheen. Die man wil niets meer van me weten(gelach).
Ik haal daaruit dat je het gesprek aan zou gaan met een andere discipline, of deskundigheid?	
	Ja, tuurlijk, om toch te kijken wat eraan gedaan kan worden.
Misschien is die man wel depressief?	
	Ja, of hij heeft een vraag die wellicht makkelijk op te lossen is.
Misschien heeft hij wel last van andere dingen?	
	Ja, maar moet je dat dan een week of moet je niet een week aan laten tobben. Geloof niet dat je een week en dan elke dag ernaar toe moet gaan en dan maar aan moet horen als iemand terminaal is wat nu? Al je merkt dat ze zo verschrikkelijk down zijn.
Jij zegt dat daar moet je eerder iets mee doen?	
	Ja, eerder aan de bel trekken, bij terminalen komt je toch wel twee, drie keer per dag, en als je dat twee dagen zo hebt dan denk ik van; goh, nou ik ga toch eens een telefoontje plegen met de wijkverpleegkundige.
Oké, dus je trekt eerder aan de bel.	
	Ja, dat laat je geen weken, want dat is geen comfortabel einde als iemand zo down is.
Kan me ook voorstellen dat iemand zoiets heeft wat moet ik daarmee aan? Wat moet ik hier nou mee? Hij is down...	
	Ja, ja nou ja dan ga je naar de wijkverpleegkundige en denk dat er ook bij een huisarts aan de bel getrokken moet worden, als die er ook niet uit gaat komen.
Dat is natuurlijk ook een beetje de vraag; wanneer kies ik voor dit en wanneer kies ik voor een ander. Denk jij dat jij genoeg ervaring of genoeg competenties beheerst vanuit jou opleiding dat je weet, nou, nu ga ik deze richting op, of nu pak ik toch door want er moet iets anders gebeuren?	
	Dat denk ik wel.
Want niet iedereen is hetzelfde?	
	Nee, dat denk ik wel.
Sommige mensen hebben misschien ook wel aanleg voor depressie, of voor uhhh....	
	Als t iemand is die al een tijd in zorg is geweest, dan weet je ook een beetje een verleden ervan en of je snel aan de bel moet gaan trekken of dat je kan denken dit heeft ie weleens vaker

Ja. Maar je weet ook met de huidige indicaties dat ze uhm, vaak pas in de laatste weken van iemand zijn leven pas terminale zorg gegeven wordt....palliatief terminale zorg. Dus dan heb je soms niet de tijd om iemand goed te leren kennen.	
	Nee.
Of zeg je van nou, dat is niet waar, mijn ervaring is ik steek er altijd zoveel energie in	
	Tegenwoordig heb je het elektronisch dossier, dat kan je doorlezen, je kan eens overleggen met degene die er altijd gekomen is. Van goh hoe steekt deze in mekaar. Gedrag van deze cliënt of is dit helemaal een nieuw gedrag? Toch overleggen en communiceren is heel erg belangrijk!
Oké, dat is het ook, want dat heb je nodig denk ik ook.	
	Ja, je kan niks alleen.
Maar je bent wel veel alleen in zo een situatie. Dus jij zegt uit dat, die middelen, overdracht en cliënten dossier...	
	Ik denk dat heel goed uhhh, mijn ervaring is dat de elke team, daar heb je wijkverpleegkundigen, daar staat een leidinggevende, de IG-ers en de verzorgenden.
Ja	
	Dat er heel vaak vanuit gegaan wordt vanuit de wijkverpleegkundigen dat alles wat eronder zit, alles wel weet! Toen ik als verzorgende, ik had mijn opleiding nog niet gedaan, als verzorgende kwam er voor zulk soort dingen qua informatie alles bij de verzorgende terecht.
Voor terminale zorg bedoel je?	
	Überhaupt, wat t ook is.
Oké, waar zou dat aan kunnen liggen?	
	Communicatie, en uhhh opleiding C heb je een beetje een basis..., voor de rest zit er niet veel in, communicatie zat er niet in, niks. En bij de IG leer je dan dat ineens allemaal wel. En een wijkverpleegkundige die heeft dat allemaal wel geleerd allemaal, maar die gaat ervan uit dat onze groep alles weet.
Hmmmm.....	
	En dat is dus niet zo. Dus heel vaak zitten de verzorgenden met veel vragen.
Ja.	
	Of ze denken vaak achteraf; oh moet dat dan? O, hoort het zo?
Maar hoe vaak zijn die nog intensief betrokken bij terminale zorg?	

	Soms..., ligt eraan. Wat voor medicatie er wordt gegeven. Als t gaat puur om de verzorging.
Heb jij de ervaring dat het snel wordt overgegeven aan andere deskundigheid?	
	Nee, het wordt niet snel overgegeven, het wordt in sommige gevallen heel snel overgenomen. En dat komt ook door morfinepomp of wat dan ook. Dan moet een verpleegkundige daar naartoe. Maar als er gewoon met medicatie gaat, zoals dhr. *****, die meiden zijn daar heel lang gebleven, tot bijna het einde aan toe
Hmmm, ja.	
	Voordat er 24 uurs zorg was. Er is heel veel.
Was dat ook een positieve ervaring?	
	Dat weet ik niet, want ik ben daar niet geweest. Dat weet ik niet. En door je opleiding en de IG, weet je, dan moet je naar de verpleegkundige toe en dan moet je daarmee overleggen. Dat is bij de verzorgende niet altijd perfect met wat ze wel en niet, je zwemt maar een beetje.
Zou je de vraag ook kunnen stellen, is dat ook nog iets wat je bij de verzorgenden neer zou kunnen leggen? Is dat ook niet voor een andere deskundigheid? Om dieper de terminale zorg in te gaan? Daarmee bedoel ik het psychosociale aspect...	
	Ja en nee. Ik denk dat sommige verzorgenden hebben al zoveel ervaring...levens ervaring en dingen meegemaakt, dat die het vaak misschien nog wel beter kunnen als een verpleegkundige van 24 die nog niks mee heeft gemaakt.
Dus dan ligt het niet per se aan de deskundigheid die mensen dan moeten hebben, maar dan is het ervaring?	
	Beide, ja. En ik denk als je dan wat ouder bent en je hebt veel ervaring er wordt wat uitgelegd over de deskundigheid die erbij hoort en waar je terecht kan, dat je dan heel ver kan komen met een verzorgende die wat ouder zijn.
Ja, ja.	
	Tenminste die ervaring heb ik.
Ok, nou om het even samen te vatten; we hebben het gehad over casussen, over psychosociale zorg, waar die uit bestaat. Wat jou ervaring daarin is. Ook hoe je dat beleeft hebt. Zou je nog iets willen toevoegen of uhmm, veranderen? En daarmee bedoel ik te zeggen in het geven van die psychosociale zorg, zou je dat op een bepaalde manier ander willen zien?	

	Nee, nu is t goed gegaan omdat het maar een hele korte periode was met twee IG-ers en één verpleegkundige. Ik hoop in de toekomst als het nog is en er komen mensen die wat langer thuis zijn, dat we wel met zijn allen proberen dat er niet meer als 2 of 3 gezichten er komen.
Oké, dus dan heb je het over de continuïteit?	
	Ja, dat zal niet meevallen, maar dat is denk ik heel belangrijk.
Want hoe meer continuïteit hoe beter de psychosociale zorg?	
	Ook....
En waarom dan?	
	Omdat als je dat met zeven of acht man doet, dan moet er zeven of acht keer hetzelfde verhaal vertelt worden. Of de overdracht, iedereen ervaart het anders he. Als ik aan jou de overdracht geef en jij geeft die weer aan Andi , dan hoop ik dat die hetzelfde is, maar dat weet ik niet.
Ja, is jou ervaring dan dat mensen een betere vertrouwensband met iemand opbouwen?	
	Ja! Natuurlijk.
Waardoor ze beter met iemand kunnen praten?	
	Ja.
En je erachter kan komen wat er aan de hand is?	
	Ja, wat er aan de hand is.
Zou je daar ook uit af kunnen leiden dat je dan ook betere zorg zou kunnen geven?	
	Ja, als de juiste persoon, want het moet ook klikken.
Das de vertrouwensband denk ik....	
	Ja, vertrouwensband, maar je kan wel iemand er bij zetten en niet klikt en die komt daar zes dagen is het voor geen van de partijen leuk.
Hoe weet je of het niet klikt?	
	Ik denk dat je dat wel merkt. Mensen afstandelijk tegen je zijn.
Zou jij dat zeggen tegen je wijkverpleegkundige of	
	Als ik ergens moeite mee zou hebben? Dat ik denk dat die mensen moeite ermee hebben dat ik kom? Ja!
Oké.	
	Want je moet nergens naartoe gaan dat je niet de zorg kan geven die, waar de mensen recht op hebben.
Ja, hoe ga je daarmee om zeker wanneer het ook de laatste zorg is die iemand gaat krijgen.	

dat is ook niet zomaar zorg. Het is de allerbelangrijkste zorg	
	Als iets niet klikt hoe kan je iemand dan een hele goeie verzorging geven of hoe kan die man het ervaren als hij jou niet aardig vindt?
Nee, dat klopt.	
	Of jou niet leuk vind of andersom? Misschien als hij jou hartstikke leuk vind, maar jij vindt het verschrikkelijk.
Dat vraagt misschien ook wel inleving vermogen?	
	Precies, dan moet je dat wel aangeven. Het moet zo comfortabel mogelijk zijn voor de cliënt en niet voor de arts, IG-er en wijkverpleegkundige ook, maar je moet professioneel blijven.
Ja, en dat is ook heel belangrijk.	
	Dat is hartstikke belangrijk. En werk en privé goed gescheiden kunnen houden, dat is op een dorp toch wel wat moeilijker omdat je iedereen kent.
Ja, kan ik me voorstellen. Ja, het is uhhhh heel, heel breed.	
	Ja, ja.
Je werk is heel breed.	
	Ja.
En ik zie het aan je dat je het met veel plezier doet.	
	Ja, terminale zorg vind ik eigenlijk nog de leukste zorg om te geven, net als afgelopen weekend. Daar gaat echt mijn hart naar uit. Daarom vind ik het zo jammer dat wij niet, konden we maar, nu moest er een nachtzuster komen. Konden we het in het eigen team maar oplossen.
Ja.....	
	Misschien komt het op de duur wel?
Ja, alles heeft zo zn. charme denk ik.....	
	Want het wordt steeds meer thuiswonende mensen. Dus er komt straks steeds meer vraag naar dag zorg of nachtzorg of zoveel uren per dag.
Ja, ja. Zou je dan ook kunnen zeggen de vraag naar psychosociale zorg of palliatieve terminale zorg zal dan ook toenemen?	
	Dat denk ik wel. In de thuissituatie.
Ja.	
	Waar moeten ze anders heen? Ziekenhuis wordt je naar huis gestuurd, als je niet geopereerd moet worden dan maar naar huis. Bed is te duur.

Ja.	
	Verzorgingshuizen gaan weg.....
Ik vind dat hieruit blijkt he, dat het hele interview eigenlijk dat er zo wel op lichamelijk waar ik heel veel over hoor, ook het geestelijke dus het psychosociale...	
	Ik denk dat dat veel meer is dan lichamelijk.
Maar dat het heel veel bij elkaar is.	
	Ik denk dat het 70 procent geestelijk is en 30 procent lichamelijk. Alleen lichaam wassen dat doe je toch wel, dat lichaam wordt wel schoon.
Ja.	
	Scheerapparaat erover, zorgen dat ze er netjes uitzien. Dat ze fris ruiken. De rest....dat is veel belangrijker.
Ja Ingrid, je hebt me heel veel verteld.	
	Dat was van het weekend ook, dan kom je onder het wassen, kom je zoveel te weten. Want je doet handelingen en je praat met elkaar. En dan hoor je veel.
Ja, dat moet je ook kunnen filteren?	
	Ja.
O, van he, wat ik nu allemaal hoor?	
	Ja.
Moet ik daar iets mee, is het belangrijk, of moet ik het loslaten?	
	Ja, of is het hun hart luchten.
Ja, nou dan wil je heel graag bedanken voor het interview.	
	Graag gedaan.
Nou dan is het ook nog zo dat wanneer je dat wil, dat je een kopie van de scriptie mag krijgen.	
	Ok.
Hartstikke bedankt.	
	Graag gedaan.

Analyse, fragmenteren interview

Interviewer: Goedemorgen *****	
	Respondent : Goedemorgen Ciska
Nou, ik vind het wel een beetje spannend een interview voor mijn opleiding als hbo verpleegkundige. Het doel van dit interview is dat ik er eigenlijk probeer achter te komen wat jou beleving en ervaring is en dan met name uhm, over het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten.	
	Oke
Dat is een hele mond vol, ik hoop dat je ook een klein beetje begrijp wat ik daarmee bedoel?	
	Ja.
Mocht je toch door het interview heen vragen hebben of denken van ja dat begrijp ik niet of daar wil ik verduidelijking over dan moet je het gewoon zeggen.	
	Doe ik.
Jou kennende zal je dat ook wel doen, dus dat komt ook wel goed. Ja t kan een half uur duren kan drie kwartier zijn kan een uur zijn. Ligt er een beetje aan hoe het gesprek loopt. Hoe de vragen lopen et cetera.	
	Prima.
Wat er voor antwoorden erop komen en wat voor vragen er bij mij te binnen schieten. Weet dat het anoniem is. In zoverre ik vraag wel om je naam, wie je bent nu alleen.	
	Adres geboortedatum...(gegechel).....
Maar alles wordt heel vertrouwelijk verwerkt. Dat wil zeggen, ik ga alles uitwerken. Dus dan zet ik ook niet jou naam erop of gegevens en aan het einde wanneer ik eigenlijk de hele scriptie heb geschreven dan wordt ook alles vernietigd. Dus alles wordt gewis en weggegooid.	
	Prima.
En de vraag daaruit is ook of je het daar mee eens bent? Of je daarvoor akkoord geeft?	
	Ja hoor, daar geef ik akkoord voor.
Ok dat is mooi. Dan wil ik nog een keer mijn onderzoeksvraag vertellen, omdat dat toch mijn leidraad is. Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden IG van Allevo zorg thuis in het	

team Duiveland het verlenen van psychosociale zorg bij palliatieve terminale cliënten.	
	Oké.
Dus ja allereerst kan je me vertellen***** wie je bent , wat voor werk je doet en hoelang je dat al doet.	
	Ik ben ***** , ik ben 54 jaar en pas de opleiding tot IG gedaan. Ik werk sinds 1996 bij eerst ***** thuiszorg, toen is het Allevo geworden. Ik ben begonnen als huishoudelijke hulp.
Zo!	
	Dus ik heb een laag personeelsnummer, 737, dus ik ben 1 van de oude garde...(gelach).
Jeetje.	
	Ja, toen via Allevo de interne opleiding C gedaan. En nu de IG. Ik werk in het team Bruinisse als IG-er 24 uur per week
Ja, das veel?!	
	24 uur?
Ja	
	Nee, das is weinig.
Je zou meer willen werken....? (gegiechel), zo leuk vind je het.	
	Ja ook, ik heb het ook nodig, financieel. Drie jaar weduwe en dan heb je toch brood op de plank nodig.
Ja, ja.	
	Maar het is ook erg leuk en zou het ook niet erg vinden als er een groter contract zou zijn.
Dus je hebt het naar je zin?	
	Ja!
Fragment 1.1 Eigen omgeving	
Waarom heb je gekozen voor de thuiszorg?	
	Omdat ik het <u>belangrijk</u> vind dat mensen zolang mogelijk in hun <u>eigen omgeving</u> kunnen wonen. Dus niet naar een verzorgingshuis, c.q. begeleid wonen gaan. Ik vind het erg belangrijk dat mensen in hun eigen omgeving...., deze generatie heeft heel Nederland weer opgebouwd na de ramp. En dan worden ze in een kamertje gestopt van drie bij vier.
Ja.	
	Vind ik beetje mens ontierend.
Maar zou je ze daar ook niet evengoed mogelijk kunnen verzorgen?	
	Dat kan. Maar ik doe ze liever <u>thuis verzorgen</u> en dan zo goed mogelijk met zoveel mogelijk hulpmiddelen. Zolang <u>mogelijk</u> in de <u>eigen</u>

	<u>omgeving thuis</u> kunnen blijven wonen als ze dat willen.
Dus bij jou draait het echt om de eigen omgeving? De thuissituatie?	
	Ja, naar <u>keuze van de mens</u> . Als mensen echt graag thuis willen blijven. Er zijn ook mensen zat die willen gewoon naar een verzorgingshuis, maar mensen die <u>thuis willen blijven</u> dat die ook de mogelijkheid hebben dat ze thuis kunnen blijven.
Fragment 1.2 Thuiszorg	
Ja, dat betekent ook dat de zorg die dan thuis gegeven wordt door jou en door je collega's, dat die ook best heel intensief kan zijn.	
	Ja.
Of is het wel intensief? Ik weet niet in hoeverre dat ook daar echt sprake van is?	
	In sommige gevallen wel als mensen weinig of geen kinderen hebben, geen familie of mantelzorg. Kinderen ver weg wonen. Dan kan <u>de thuiszorg</u> best <u>intensief</u> zijn. Dan ben je toch het <u>steunpunt</u> per dag als je bij die mensen komt.
Ja, ja.	
	En dan moet je opletten dat je niet overslaat naar dat je teveel gaat doen. Dingen die niet bij je taken horen.
Als iemand nou ernstig ziek is en die heeft heel veel hulp nodig...?	
	Dan is dat moeilijk omdat het ligt aan hoeveel tijd geïndiceerd wordt, hoeveel minuten, tijd die je mag geven. Het is erg jammer dat wij geen 24 uurs zorg vanuit het team, mensen uit je eigen route, maar vreemden moeten komen voor de 24 uurs zorg. Dat wij dat zelf niet mogen.
Fragment 1.3 Continuïteit	
Kan je dat uitleggen wat je daarmee precies bedoelt?	
	Ja, als je 10 jaar bij iemand komt of 5 jaar en een <u>band</u> met de familie hebt en dat iemand dan terminaal ziek wordt, dan merk je aan de mensen dat ze het <u>prettig vinden</u> dat er een <u>bekende</u> komt.
Ja.	
	Maar dat mag dan niet en dan komt er ineens een vreemde, dat wordt ook wel eigen, maar <u>zo eigen als dat je zelf</u> bent met de mensen, dat je zoveel <u>meemaakt</u> al vaak vanaf <u>beginstadium</u> af is het voor mensen erg moeilijk als er dan nachtzorg een vreemde komt, overdag een

	vreemde. Dan zou ik liever zien <u>dat wij dat zouden doen.</u>
Ja.	
Fragment 1.4 Begeleiding	
	Kijk gevoelsmatig zou ik het ook prettig vinden zelf. Dat je ze kan blijven <u>begeleiden tot het laatste toe.</u> <u>Afsluiting van de zorg</u> .Dan ben je bij iemand en dan wordt je eruit gehaald. Komt er een verpleegkundige in of de 24 uren zorg erin.
Ja... mag ik daaruit afleiden dat je dat dan ook niet terecht vind? Dat er dan een verpleegkundige in zou moeten zoals je zegt?	
	Nee, nee, nee, terecht! Het heeft niks met terecht of onterecht te maken, daar gaat het niet om. Het is gevoelsmatig, van jezelf uit en van de cliënten uit. Dus.
Ja.	
	Omdat je toch daar een band mee krijgt, je maakt veel dingen mee met elkaar.
Ja.	
	En dan, kunnen de mensen daar over praten met je van; goh hoe zat dat nou en hoe is dat gegaan al die tijd.
Fragment 1.5 Begrip tonen	
Ja.	
	En dan komt er een vreemde en dan kunnen mensen dit niet meer met de nieuwe die komt. Ze kunnen wel <u>hun verhaal kwijt</u> , maar niet meer terug halen hoe iets gegaan is. Dus dan kan je alleen <u>begrip tonen</u> , maar niet meer hebben over ja goh dat was zus en zo.
Ja precies.	
	Ik hoop dat ik het duidelijk uitleg...
Ja, ik zit te zoeken naar wat je precies bedoelt. Daarmee dat het hele verleden stuk dat je hebt opgebouwd dat kan je dan niet delen met een nieuw iemand?	
	Nee.
Fragment 1.6 Emotionele kant	
Dus je kan alleen maar instappen van het moment dat je dan nodig bent, zeg ik dat goed?	
	Ja, ja, precies en dan weet je ook wel van het ziektebeeld, want je leest je eigen wel in, maar het gaat ook over <u>de emotionele kant</u> van de <u>zorgvrager of familie.</u>
Ja, is dat ook iets waar jezelf op let? Daarmee bedoel ik te zeggen; ik ben in mijn rol als verzorgende IG niet meer toereikend, dit vraagt	

eigenlijk om of verpleegkundige zorg of andere zorg?	
	Uhh... ja, je weet dat sommige handelingen die mag je niet doen dus dat moet een verpleegkundige doen of voor komen. Maar dan denk ik dan kan ook degene, kijk als die verpleegkundige daar altijd al is gekomen is dat niet erg, maar als je als IG-er of als verzorgende daar een tijd in bent dan kan je ook, zou het ook kunnen zijn dat je dan zou het misschien beter een verpleegkundige zijn die alle handelingen doet
Ja.	
	Maar dat de gewone zorg he, die de IG-er of verzorgende wel mag doen dat die dat mag blijven doen.
Oké.	
	En als is het maar even, een paar momenten op een dag. Tenzij de familie het prettig vind als er alleen maar een verpleegkundige is omdat die handelingen mag doen.
Fragment 1.7 Aanspreekpunt	
Ja , maak je dat ook weleens mee? De situatie die je nu beschrijft dat er en verzorgende IG en ...	
	Nou afgelopen weekend toevallig, die had een morfinepomp, daar mag je als IG-er niet aan zitten.
Nee.	
	Toen is er de verpleegkundige gebeld in overleg met de verpleegkundige wel een beetje extra gegeven , maar toen belde de verpleegkundige later; moet ik nog komen? Ja kom maar...
Ja, heel goed.	
	Dat is prima, maar die mensen waren wel blij dat ik er , daar bleef, was. Want je bent toch op dat moment even <u>een aanspreekpunt</u> . En de <u>emoties die die mensen kwijt willen</u> als iets zo snel gaat.
Nou dat is ook wel iets wat ik me dus afvraag, uhm, om dan maar even erop door te gaan. Want de casus van het weekend vind ik dan wel een mooie. Uhm, want daarin ging het om terminale zorg?	
	ja
Fragment 1.8 Verzorgen	
Waaruit denk jij dat terminale zorg precies bestaat? Is dat ook uit emoties, of alleen handelingen of is dat alleen verzorgen of...	
	<u>Alles, het hele pakket</u> . Familie moet je een beetje bij staan, in de achtbaan van emoties. En

	je moet zorgen dat de zorgvrager zo <u>comfortabel mogelijk</u> , uhhhh, ligt, hangt, zit, staat.
Ja.	
	Het gaat om de zorgvrager dat die zo <u>comfortabel</u> mogelijk is.
En de familie bijstaan?	
	Ja, en van t weekend vond ik het erg moeilijk want deze meneer had al drie dagen op dezelfde zij gelegen. En die had allemaal plekken op zijn knieën en zijn been, zijn heup uhhh...hij kreeg ontlasting , schoongemaakt, maar moest hem een klein beetje draaien en toen zag ik al die plekken. Toen dacht ik ; ik leg hem een poosje op zijn rug dat het eventjes een andere houding is. Van de familieleden die konden het niet aanzien dat pa op zijn rug lag met zijn mond open lag te snurken...
Ik kan me er wel iets bij voorstellen.....	
	Maar op zijn zij lag hij ook met zijn mond open te snurken.
Ja.	
	Alleen, he..
En wat zei jij dan op dat moment? Wat deed je dan precies?	
	Ik heb uitgelegd waarom ik hem even zo neer heb gelegd aan die zoon.
Ja.	
	En toen heb ik gezegd; ik ben over een half uur weer terug en dan leggen we hem weer op zijn zij. Had hij eventjes een andere houding en over een half uur, want ik had nog meer cliënten.
Ja.	
	Dat is dan weer vervelend want je moet verder. Je moet weg.
ja	
	Omdat er andere cliënten wachten en een uur later. Ja was al binnen een half uur terug heb ik hem weer op zijn zij gelegd.
Oké.	
	Maar ik vond het moeilijk van je leert op school van; het moet voor de zorgvrager zo <u>comfortabel mogelijk</u> zijn he overal opletten en dan doe je dat. Dan hoor ik dus via.... en de huisarts zei ook; leg hem maar op zijn zij , want de familie vind het zo akelig. Dan denk ik; <u>wat is er op dat moment nou belangrijker?</u> Dan is dus de omgeving belangrijker...dat ie op zijn zij weer moest , omdat ze het zo akelig vonden om te zien.

Ja.	
	Het gaat toch om de zorgvrager? Dat vond ik, daar heb ik over nagedacht. Dat vond ik erg <u>moeilijk</u> . Had ik hem nou gelijk op z'n zij moeten leggen? En niet dat half uur moeten wachten? Omdat de familie het akelig vond.
Aan de andere kant denk ik dat je, ja...wat je aan me uitlegt is dat je de familie hebt uitgelegd waarom je voor die keuze hebt gekozen.	
	Ja.
Ik denk dat je gevoel misschien toen ook zei dat hun er uitleg om vroegen. Ik moet daar iets mee doen want anders blijft er misschien een bepaalde onrust? Of ... vul ik hem nu in? En ik denk dat uhhh, ja, dat kan best lastig zijn ja, wanneer doe je het nou goed?	
	Ja, moet je dan voor de familie kiezen want die vinden het een naar gezicht. Met de schoondochter had ik hem gewassen en die zag die plek ook.
Ja.	
	Die werkt in t Opper dus die ziet ook weleens wat. Ik zeg zullen we hem een poosje op zijn rug leggen dat die in huis allemaal een beetje bij kan komen? Ja is prima en dan is die vrouw en die ene zoon vond dat ook, maar één zoon kon het niet aanzien.
Misschien is er wel sprake van een middenweg hierin?	
	Ja, nou ja ik heb het aan die jongen uitgelegd waarom we dat gedaan hebben.
Ja, had je het idee dat er, dat zij er nog meer over wilden praten of?	
	Nee, nee, maar de huisarts, die was met de morfinepomp bezig toen ik kwam, na de oproep en die zei van; als je nou klaar bent leg hem maar op zijn zij want de familie vind het naar om te zien. En dat vond ik geen leuke opmerking van de huisarts, dat ie dan zegt de familie vind het niet leuk om te zien. Hij had ook kunnen zeggen van; draai hem dadelijk maar op zijn andere zij dan ligt ie ook wel <u>comfortabel</u> en dan is het wat <u>aangenamer</u> .
Ja.	
	Ik schrok er ook van dat Valk dat zo zei.
Ja?	
	Ja!
Want, wat deed dat op dat moment met jou?	
	Nou, schoot gelijk door me heen, wat is er nou belangrijker? Dat meneer <u>comfortabel</u> is of de

	familie? Maar dat komt ook dat je dat op school leert.
Ja.	
	En nu , als ik het volgend weekend weer zou hebben dan zou ik ook zeggen , dan zou ik waarschijnlijk die man ietsje verder door hebben gedraaid, had ie toch een beetje met zijn hoofd naar beneden gelegen, niet zo dan...
Toch een mooi leermoment?	
	Ja, absoluut. Is het ook geweest.
Je gaat wel bij jezelf te rade , wat doet dat met mij?	
	Ja en mijn man lag ook zo. En ik had er geen moeite mee dan is het ook moeilijk om te verplaatsen en te zeggen van; nou heb je daar moeite mee? Het is en blijft je vader hoe hij er ook bij ligt.
Maar goed nu hebben we het over handelingen , het verzorgen , comfortabelheid en familie die toch een bepaalde emotie laat zien. Ik neem aan deze meneer was niet meer aanspreekbaar?	
	Nee, zaterdag nog wel.
Fragment 1.9 Praten	
En stel nou dat deze man nog heel goed bij was geweest he, dus je gaat nog steeds de terminale zorg verlenen, en hij geeft bij jou aan; uhh Ingrid ik heb er allemaal heel veel moeite mee, ik weet dat ik binnenkort kom te overlijden , ik weet niet wanneer. Ik ben niet in mijn doen, ik ben niet in mijn hum, voel me er niet lekker bij. Ik zit met dingen, uhh ja. Ik weet niet wat ik daarmee aan moet, mijn vrouw heeft het zwaar. Hij betreft er allemaal andere zaken bij. Hoe zou jij op dat moment daarmee omgaan? Je hoeft niet te wassen , geen handeling uit te voeren. Iemand vraagt iets aan jou, laat iets aan jou merken wat er met hem is.....	
	Ik denk dat ik wel zou proberen om <u>door te vragen</u> of wat waar die dan <u>tegen op ziet</u> en of hij eens met iemand zou willen <u>praten</u> , of een <u>dominee</u> of een <u>pastor</u> , <u>vriend</u> of.. of hij daar wat aan zou hebben.
Maar stel deze man is niet gelovig, niet van de kerk. Een dominee een pastor is misschien een brug te ver nog, maar jij komt daar elke dag.	
	Nou dan zou ik toch op mijn gemak <u>ernaast gaan zitten</u> en denk ik toch <u>een gesprek aangaan</u> . Beetje doorvragen.
Oké, heb je dat ook in de opleiding gehad?	
	Niet heel veel erover.

Maar wel iets begrijp ik?	
	Wel wat ja.
En wat heb je precies in je opleiding meegekregen?	
	Dat als mensen een vraag stellen dat je hem dan herhaald en vraagt wat ze ermee bedoelen. Begrijp ik u goed dat....
Ja.	
	En waar ze dan mee zitten...dan horen de mensen de vraag terug en kunnen er dan toch beter antwoord op geven , je moet het niet voor ze invullen.
Nee.	
	Niet het antwoord invullen van de vraag. Op een bepaalde manier terugstellen zodat ze er zelf al een antwoord op gaan geven.
Fragment 1.10 Reacties	
Nu heb je aardig wat ervaring he, want je zit al aardig wat jaartjes in de zorg. Zeg je dan ook bij jezelf; ik merk dat wel wanneer iemand ergens over wil praten? Daarmee bedoel ik over de dood of over angsten of je zeg je; ja ik weet eigenlijk niet zo goed hoe ik dat moet signaleren?	
	Dat vind ik een moeilijke vraag want elk persoon is anders. Uhh, ik had een 99 jarige meneer en die merkte ook dat het een beetje af ging lopen en die kon dus heel erg bot dingen zeggen of die kon een beetje mopperen.
Ja.	
	Doordat je lang bij iemand komt , <u>leer je mensen kennen</u> en weet je een beetje <u>hoe ze reageren</u> overal op.
Ja, ja.	
	Dan kan je ineens <u>merken</u> als ze vragen gaan stellen van; he....wat is dat? Waar komt dat vandaan? Ineens...
Fragment 1.11 Sterven	
En waar denk je dat dat vandaan kwam?	
	Bij hem? <u>Angst!</u> Nog geeneens de angst om te overlijden maar de angst om zijn vrouw achter te laten voor het <u>onzekere</u>.
Dus dingen die er bij mensen afspelen in hun hoofd, gedachten?	
	Ja, ja, soms , ik moet zeggen dat na het overlijden van mijn man ga je heel anders naar die dingen kijken. daarvoor had je echt zo van; dan deed je dat , het zal wel, maar je kon je eigenlijk niet voorstellen wat het is.
Dus je bent in de beleving dan meegegaan?	

	Ja, je staat <u>heel anders</u> ertegen over. Als je een overlijden van dichtbij niet mee heb gemaakt, ja opa's en oma's weet je. Dat is wat verder weg. Maar als het echt je vader, of je man of <u>heel dichtbij</u> komt.
Ja.	
	Dan ga je er heel anders naar kijken. Dan moet je ook op gaan letten dat je niet hetzelfde gaat reageren als dat andere mensen reageren want het is anders.
En met hetzelfde reageren bedoel je precies?	
	Nou dat sommige mensen die uhh..... kunnen na een overlijden helemaal niks meer doen. Maanden in de put zitten. Een ander is na twee dagen alweer bezig.
Oja, zo.	
	Dat kan je niet van iemand verlangen als je zegt; nou ik was na drie dagen al aan t werk dat moeten ze allemaal maar doen. Dat kan niet.
Nee, nee, nee, nee. Ieder mens is anders. Ieder gaat weer anders met zijn emoties om.	
	Ja, ja, ja. Ja en van de cliënt zelf ja die onzekerheden van het los uhhhh... <u>het leven loslaten</u> .
Ja.	
	Dat is ook moeilijk. Heel moeilijk, want dat willen ze niet. Het sterven dat, de meesten zijn nog geeneens extra bang om te sterven , maar meer de <u>angst van het loslaten</u> . Je kleinkinderen , je kinderen, je vrouw , je man, alles gaat gewoon door. Dat wil je niet achter laten.
Hoe zou dat komen?	
	<u>Hoe dat zou komen?</u>
Ja?	
	Je wilt toch nooit iemand in de steek laten? Op die manier. Je laat iemand alleen achter.....
Ja....dat is denk ik ook wel zo ja. Ik denk dat ieder mens daar wel moeite mee zou hebben.	
	<u>Ja tuurlijk, natuurlijk.</u>
Je kan er wel vrede mee hebben denk ik, omdat je zelf gaat overlijden of hoe noemen ze dat? Berusting?	
	Ja, ja soms is het een verlossing. Als je zoveel pijn hebt en zo ziek bent. Dat was bij mijn man ook, die had zo verschrikkelijk veel pijn. Dat was een verlossing. En dat was voor hem ook een verlossing. Hij was ook niet bang om te sterven. Hij vond het verschrikkelijk om mij achter te laten, zijn kinderen en zijn kleinkinderen. Ze niet op zien groeien.

Als we nu kijken naar die twee casussen dan die je nu hebt beschreven. Dan kunnen we dat zetten onder... alles wat je daarin verteld hebt, de emoties die naar voren zijn gekomen.... Dat dat valt onder psychosociale zorg.	
	Ja.
Fragment 1.12 Inschakelen	
Als ik nou vraag aan jou; psychosociale zorg, waar denk jij dat die uit bestaat binnen jou rol als verzorgende IG?	
	Luisterend oor...hoofdzakelijk.
Ja.	
	En als je er zelf niet mee weg kan of niet weet, <u>hulp vragen</u> ! Zeggen; goh die mensen zitten daar en daar mee. Hoe gaan we dat oplossen? Kunnen we dat <u>zelf met gesprekken</u> ? Moet er een ander bijkomen....
En zou je dat meteen doen? Of zou je dat ook in overleg doen?	
	In overleg met de cliënt!
Ja?	
	Absoluut, want dan moet je ook eerlijk zeggen; goh, u komt nu met vragen daar heb ik geen antwoord op daar kan ik u niet mee helpen. Ik ga voor u informeren of ik <u>iemand kan vinden</u> als u dat wilt.
En wie zou je dan benaderen?	
	Eerst mijn leidinggevende, in dit geval ben jij dat of Andi, maar net wie er aanwezig is.
Ja. Dus de wijkverpleegkundige?	
	Ja, en in overleg daarmee kan je altijd nog zeggen; we kunnen iemand inschakelen.
Aan de andere kant hoor ik je aan het begin van het verhaal vertellen, wanneer je lang bij iemand bent en je bouwt er een band mee op, vinden mensen het prettig als je daarmee in gesprek blijft?	
	Ja, ja.
In ieder geval daarbinnen blijft?	
	Ja, natuurlijk. Maar als ze met vragen komen waar jij echt geen antwoord op kan geven of waar je echt niet zelf mee weg kan.
hmmhmm	
	Dan moet je dat ook aangeven.
En wat zou dat in jou geval kunnen zijn? Wanneer zeg jij; dat vind ik nou heel lastige vragen of daar kan ik geen weg mee?	
	Dat weet ik niet, moet ik nog tegenkomen. Als het echt hele medische vragen zijn, dan ga je

	sowieso daarmee naar de wijkverpleegkundige als je het niet weet.
Maar dan heb ik het echt over psychosociale zorg....	
	Dat zou ik dus niet weten....
Als iemand jou dat zou vragen?	
	Dat ligt aan de relatie die ik met iemand heb.
Maar soms kan je in een korte tijd een relatie of band met iemand opbouwen....	
	Zoals afgelopen weekend....
En dan komt dat heel dichtbij....	
	Ja.
Of dan kan t heel dichtbij komen?	
	Ja!
Fragment 1.13 Behoeft	
En dan is de vraag; kan jij dan nog zeggen vanuit je rol en vanuit je mens zijn, dus twee verschillenden punten. Ik weet wel waar deze meneer of familie behoefte aan heeft?	
	Nee, als je iemand zo kort kent niet, maar de mensen laten het wel zelf merken. Ze hadden heel erg de <u>behoefte</u> om dat je <u>er bij bleef</u> he. Dat je, dat je, die man <u>hielp</u> .
Ja.	
	Ze kon het zelf niet echt aanzien, de rest kon het niet echt aanzien als we moesten wassen of verzorgen of wat dan ook. Ik heb wel één zoon erbij betrokken, die zei; oh ik help je. En die vrouw gaf zelf ook aan; als je dat gaat doen dan kijk ik niet hoor dan ga ik even weg. Dat moet je dan ook zo laten vind ik. Je moet ook niet zeggen van; wat ik heel erg moeilijk vind is of vond dit weekend, dat ze aan bed stonden bij deze meneer en dan; oh wat ziet ie er verschrikkelijk uit. Echt zo over hem praten alsof hij er niet meer was.
Ja.	
	Toen heb ik op een gegeven moment, toen ben ik naar de kamer gegaan en gevraagd of ze even mee kwamen. Daar heb ik gezegd van; misschien hoort hij jullie nog, zeg leuke dingen. Praat met je vader over wat je beleeft heb met hem ooit eens, maar niet negatief praten over hem. Misschien hoort hij je wel.
Ja, ja, maar denk je dat het van invloed zou kunnen zijn als het van negatief aard is?	
	Weet ik niet, maar voor de cliënt is het denk ik niet leuk. Stel dat ze het hoort. Dat weet niemand.
Nee, dat klopt.	

	En er wordt gezegd dat ze nog een hoop horen. En omdat hij dat kussen nog wegdeed en op die washand deed sabbelen. En als je dan daar zo ziek ligt te wezen en vanaf de rand naar je staan te kijken van ; je ziet er niet uit! Ja dan denk ik van ja.....vond ik erg moeilijk.
Ja, je ervaring was wel dat je op dat moment dus vond dat je er iets mee moest doen, even apart?	
	Ja, misschien hoort ie het wel.
Ja. Voelde je je daar ook goed bij? Of zeg je van	
	Wat ik gezegd heb wel. Vond het heel naar om te horen dat er eentje zo negatief was en naar hem stond te kijken. Heel moeilijk.
Fragment 1.14 Loskomen	
Zouden mensen dat bewust doen?	
	Oh nee. <u>Onmacht.</u>
Ja.	
	<u>Verdriet.</u> Niet weten hoe ze met die emoties om moeten gaan. De een ging <u>schreeuwen</u> , de ander ging <u>huilen</u> , de een begint te vloeken. Dat zijn <u>emoties van mensen die op dat moment loskomen.</u>
Ja, en hoe ben je zelf in de omgang daarmee? Zie je wanneer iemand het moeilijk heeft, uhm, ...	
	<u>Zorgvrager of familie?</u>
Zorgvrager en familie, maar in dit geval even eerst de zorgvrager, omdat het daar toch wel hoofdzakelijk over gaat. Als iemand het heel erg moeilijk heeft en iemand gaat huilen, ben jij dan een persoon die daar een arm omheen slaat of die echt een hand vastpakt?	
	Als ik werk wel, privé niet.
En denk je dan ook van; uhm hier is iets meer aan de hand, ik besluit om hier langer te blijven al is het maar 10 minuten?	
	Ja! Zelf al is de indicatie te klein, als het terminale zorg is en ze hebben t nodig dan blijf ik.
Oké, dat is heel belangrijk denk ik.	
	Ja. Je laat niemand vallen, je laat niemand alleen.
Nee. En ik denk dat op dat moment misschien die persoon het ook niet zou willen dat je dat zou doen.	
	Dat je weg zou gaan?
Ja?	
	Nee, natuurlijk niet. Op dat moment ben jij een houvast.

Hoe sta jij erin wat betreft of dat uhm... psychosociale zorg wel of niet gegeven zou moeten worden?	
	Wel!
Moet het bij iedereen? Wordt het bij iedereen gegeven? Zijn twee vragen trouwens...	
	Ik vind dat het gegeven moet worden. Als mensen daar behoefte aan hebben en ook al laten ze niets merken en stoer doen van ik red het wel ik heb niks nodig.
Ja.	
	Dat je er toch wel voorzichtig mee moet zijn.
Hoe ga je dat dan precies aanpakken? Als ik dan hoor die man van 99 jaar die best wel eh, nou ja zijn eigen wil had, duidelijk wist.	
	Het ligt eraan hoe goed je ze kent. Ik kwam daar al 10 jaar en tegen die meneer kon ik dus zeggen van; je doet wel stoer, maar dat hartje is zo klein.
Ja.	
	En dan komt er wel wat los, maar dat ligt er een beetje aan hoelang ben je er, wat voor band heb je met de mensen.
Fragment 1.15 Gesprekken	
Dus wat is je ervaring?	
	Ja, is <u>heel belangrijk!</u>
Ja, dat denk ik ook, dus dan uh, naja is best lastig.	
	Ja, is <u>heel lastig.</u>
Want iedereen is anders.	
	Ja.
En de een wil er misschien over praten en de ander niet? De ander weet niet eens of hij überhaupt wel behoefte heeft aan psychosociale zorg...dus het praten of ondersteunen van	
	Ja, dat is ook moeilijk. En soms als je met mensen, ja bent toch wel eigenlijk <u>heel intiem met mensen.</u> <u>Je wast ze,</u> je doet er van alles mee.
Ja.	
	En soms krijg je ook weleens als de partner er niet is, <u>dingen vertellen</u> ze je die ze niet tegen hun partner vertellen. Of niet willen vertellen of ... die meneer van 99, die had een soort haat-liefde verhouding met zijn partner.
Ja.	
	En die <u>zei tegen mij andere dingen als dat hij aan zijn vrouw vertelde.</u> Ik heb ze ook nooit tegen zijn vrouw vertelt.

Nee, maar waren dat angsten of....?	
	Ja, ja!
Of dat je zegt van...	
	Die man had een eerste huwelijk gehad, verschrikkelijk goed huwelijk, die vrouw is overleden aan borstkanker en eigenlijk hield hij nog van de eerste vrouw.
Ja...	
	En dat was voor hem op zijn sterfbed, laatst, was dat erg belangrijk voor hem.
Dus er komt toch van alles los?	
	Ja.
Wat er misschien al heel lang heeft gezeten?	
	Jaja. Absoluut!
En hoe besloot jij er op dat moment mee om te gaan? Dus je merkt er komt iets los...hij gaat ergens over praten, tijdens de verzorging of na de verzorging...	
	Ik heb hem laten praten, hij wist dat mijn man ook aan kanker was overleden. Dan heb je toch een raakvlak op de een of andere manier.
Ja.	
	Het was een hele norse man naar iedereen toe. Ik heb van hem de meeste steun gehad na het overlijden van mijn man.
Geh.	
	Ongelooflijk! Ja, en toen kwam ook het verhaal van zijn vrouw. Als je hem aan t douchen was, of op zijn kamer bezig was en zijn vrouw was er niet bij. Dan begon hij over zijn vrouw, zijn eerste vrouw.
Nog heel wat liefde voor een liefde?	
	Ja.
Dat is nogal wat, dat je dus dat niet kwijt kan, bij je huidige vrouw.	
	Ja, die is ook nooit geaccepteerd hier op het dorp. Ze hebben een heel ander soort leven gekregen in zijn tweede huwelijk.
Ja.	
	Van een heel sociaal leven met allemaal vrienden en kennissen op het dorp en allemaal leuk en aardig en gezellig, naar een huwelijk wat heel afstandelijk was.
Ik hoor je heel veel informatie vertellen, over die man en zijn tweede leven, zeg maar he.	
	Had hij het zelf ook verschrikkelijk moeilijk mee.
Dat betekent wel dat, zo vind ik je op mij overkomen, dat je je inleeft in de persoon met wat er allemaal wel niet ook afspeelt, afgespeeld heeft.	

	Jahaaaa.....
Hoe je daarmee omgaat.	
	Jahaaa.....
Fragment 1.16 Plekje geven	
Het is eigenlijk niet alleen het gesprek aangaan met iemand.....	
	Nee, het is niet zo het ene oor in en het ander weer uit. Zo werkt t ook niet, want je moet het <u>zelf</u> ook weer ergens uhhh.... <u>een plekje geven</u> .
Ja.	
	<u>En op een rijtje zetten.</u>
Ja.	
	En, en , tis raar en zo dichtbij, en toch ook weer ver van je bed. <u>In je werk komt t heel dichtbij, maar privé is het ver van je bed.</u> Je moet wel goed die <u>scheiding kunnen houden</u> . Tussen werk en privé.
Ik wilde net zeggen....	
	Anders ga je er aan onderdoor.
Ja, hoe ervaar je dit soort intensieve, tussen aanhalingstekens zware zorg., want ook al hoef je dan niet te wassen of infuus aan te sluiten of een bepaalde handeling te doen, maar je gaat dan alleen praten....	
	Ik heb voor mezelf heb ik t , van als het ik het zelf <u>op een rijtje</u> kan krijgen en ik heb er geen last van he , dat je wakker gaat liggen of dat je er hele dagen over nadenkt. Dan gaat t goed, maar als het dingen zijn die mij heel erg raken dan van; oh dat kan ik niet loslaten , dan ga ik naar de wijkverpleegkundige , dan ga ik mijn verhaal even doen.
En stel dat die er niet is, wie zou je dan opzoeken?	
	Niemand. Dat zijn dingen die in je werk gebeuren en daar heeft voor de rest niemand wat mee te maken.
En je collega's?	
	Soms, niet alle collega's...
Ok, maar er zitten er wel tussen waar je zegt van daar kan k mijn verhaal kwijt of...	
	Redelijk.
Want dat is natuurlijk in de thuissituatie wel vaak zo, dat je alleen werkt. En alleen de zorg dus verleent op bepaalde he, na dit weekend dat je dan toch met twee verschillende deskundigheid ergens bent.	
	Ja.
Het lijkt me best wel lastig.....	

	Sommige dingen vallen onder nazorg he, (gelach). Gevalletje nazorg, maar ja tis ook niet zo dat je acuut ergens last van hebt, je kan altijd wel wachten tot er iemand van de wijkverpleegkundigen aanwezig is. Bij Ciska of Andi.
Ja, want uhm....	
	Dat weet je zelf naar die reanimatie toen kwam ik ook gelijk , dan zit dat zo in je lijf. Dat je iemand gereanimeerd hebt dat je gelijk wel je verhaal gaat doen. Ik kan dat wel goed uh, beredeneren wat of wanneer ik <u>mijn verhaal aan iemand kwijt</u> moet of wanneer ik denk nou ik red t wel. Dat komt wel goed.
Ja, nou dat is voor mij wel iets naar waar ik ook wel naar zit te zoeken. Hoe is de beleving daarin, dat je van alles van iemand hoort , he, dus iemand is ernstig ziek, die vertelt jou zijn hele hebben en houwen, maar die zegt daar misschien ook wel bij; ik wil niet dat je daar met de wijkverpleegkundige of met je collega's over praat....	
	Dan moet je dat ook niet doen. Mits je er geen last van hebt.
Maar je bemerkt bij jezelf dat je de hele week dat je daar zorg verleent , het de hele week wel daar over gaat...	
	Ja....
En dat je denkt van ; nou, ik zit dat nu heel de week zo aan te horen ...wat doe je dan? Wat doe je in zo een situatie?	
	Het ligt aan wat voor soort probleem het is....
Fragment 1.17 Huisarts	
Iemand vertelt jou dat hij er moeite mee heeft dat hij gaat sterven , dat hij eigenlijk wel voor euthanasie zou willen gaan of een palliatieve sedatie...omdat hij voelt dat het steeds slechter wordt en meer pijn heeft.	
	Dan denk ik toch dat ik hem aan zou horen en zou <u>adviseren</u> om toch contact op te nemen met de <u>huisarts</u> , of hij dit niet met de huisarts besproken heeft.
Maar dat wil hij nog niet...hij vertrouwd jou.	
	Ja....
Wil het er met jou over hebben.	
	Als hij mij zo vertrouwd en ik mag er met niemand over praten kan ik ook niet , kan mijn verhaal wel gaan doen aan de wijkverpleegkundige, maar die kan er niks mee gaan doen. Die kan niet naar die man gaan van ;

	goh - wat heb ik gehoord? Dan ben ik zijn vertrouwen kwijt.
Ja, klopt.	
	Dat doen we niet.
Maar het gaat wel aardig wat dagen in de week zo verder....	
	Ja....
En misschien voel je tussendoor ook wel iets van; nou, ik zou hier weleens wat mee kunnen doen, of hij heeft ook nog wat dochters in huis rondlopen, maar daar wil die ook niet dat je het tegen vertelt..., maar hij wil ook geen pijn lijden!	
	Nee, ja dan zou er toch een huisarts bij moeten komen.
Fragment 1.18 Oplossen	
Hoe ga je dan om met het feit dat je zoveel tijd heb om bij iemand te zitten en te praten, maar eigenlijk heb je die tijd niet, want niemand is op de hoogte dat je daar zo vaak over praat omdat je dat niet mag zeggen tegen de wijkverpleegkundige? Maar je weet ook dat je niet zomaar de deur uit kan stappen...	
	Maar dan kun je wel naar de wijkverpleegkundige gaan van hoe gaan we dit oplossen..., want er is wat aan de hand, <u>hoe ga ik dat oplossen?</u> <u>Wie moet ik inschakelen?</u> Hij wil niet dat ik iemand inschakel...hoe gaan we dit oplossen? Bij zulk soort dingen, ja dan <u>vraag je hulp aan.</u>
Ja, want ik kan me best voorstellen dat je zomaar ergens anders een half uur langer zit, die een verhaal tegen jou gaat vertellen...of je bemerkt daar is iets...	
	Ja.
Ik pak er even een stoel bij?	
	Ja....
Maar ergens weet je achteraf ook, die tijd heb ik eigenlijk helemaal niet...	
	Ja, dan heb je pech....ik denk als iemand zijn verhaal kwijt moet, als het zelfs een verhaal wordt, dan is het wat anders. Maar de eerste keer, ja, je hoort het aan.
Dus, het wordt een structureel iets...?	
	Ja, daar moet je wat mee.
Een routine wordt het, dat iemand er zo erg mee zit...	
	Ja, daar, daar moet je wat mee. Daar aan de wijkverpleegkundigen vragen, <u>hoe pakken we dit op?</u>

Ja, ja heb je ook meegemaakt dat wanneer, dat je zoiets tegen kwam dat je dacht; daar moet ik nu iets mee gaan doen? Even terugkijkend naar voorgaande jaren dat er mensen kwamen die overlijden in de thuissituatie....	
	Nee, niet met uhhh..., niet met overlijden.
Of dat je de wijkverpleegkundige er meer bij moest betrekken?	
	Nee kan niet iemand nou zo gauw , iemand bij verzinnen..
Fragment 1.19 Familie	
Nee? Sommige mensen kunnen heel veel familieleden om hun heen hebben, maar toch het gevoel hebben misschien dat ze niet gehoord worden...	
	Ja, jaaaaa, familie wil ook vaak. Dat is toevallig bij mw. de koning denk ik...wat je bedoelt. Dat <u>de familie vaak andere dingen wil</u> als dat de zorgvrager zelf wil. <u>Familieleden willen je vader of moeder nooit kwijt</u> . Alles maar eraan doen <u>wat er te doen valt</u> , terwijl de zorgvrager waarschijnlijk zegt van; tis genoeg geweest. En dan moet je toch met de zorgvrager meegaan en niet met de familie.
Dat is ook een lastige	
	Dat is een hele lastige.
De zorgvrager weet eigenlijk , mijn tijd is gekomen tis eigenlijk echt gewoon goed zo. Het hoeft voor mij echt niet meer.....	
	Maar de familie wil het, want dan kan nog wel een weekje of nog een weekje of twee weken of een half jaar.
Ja.	
	Wat is <u>kwaliteit van leven</u> ? En <u>dat maakt dus de zorgvrager zelf uit en niet de familie</u> . Als deze goed bij zijn verstand is
Denk jij dat?	
	Ik denk <u>dat de zorgvrager zijn eigen familie ervan overtuigd</u> van; jongens , tis genoeg geweest. Wij kunnen niet zeggen tegen de familie van: nou.....
Maar hoe vaak zouden cliënten dat echt doen?	
	Ligt eraan hoe de relatie is binnen de familie.
En als je terugdenkt aan praktijksituaties?	
	Nee, mensen willen mekaar nooit kwijt, alles tot het laatste toe, tot de laatste snik een pilletje erin proberen te duwen.
Ja.....	
	Of een pijnstillertje erin...
Fragment 1.20 Psychosociale zorg	

Denk je dat het de kwaliteit van leven zou kunnen verhogen wanneer er ingespeeld wordt op de behoefte van psychosociale zorg?	
	Dat denk ik wel.
En waarom denk je dat?	
	Waarom denk ik dat...ik denk als mensen goede psychosociale zorg krijgen dat ze dan <u>van zich af kunnen praten</u> en goed kunnen <u>relativeren</u> en <u>alles op een rijtje krijgen</u> om te kijken van hoe ver wil ik gaan....hoe ver kan ik gaan, maar het is eigenlijk hoever wil ik gaan.
Ja , en heb je het dan over grenzen die dan worden opgezocht, die dan worden aangegeven?	
	Nee, want de mens, nee, nee, nee. Nee. Grenzen niet. Dat doen de dokters tegenwoordig bepalen, dat is de grens. Zoveel pijnstilling krijgt u nog en als dat gebeurd is doen we niets meer.
Ja , met de grens bedoel ik uhhh...	
Fragment 1.21 Terminale zorg	
	Als je de boodschap krijgt ik ben <u>terminaal</u> , je gaat erover praten in het begin je schrikt. Niemand wil overlijden , niemand wil <u>dood</u> . Dat je <u>erover gaat praten</u> , omgeving , verpleegkundige, IG-er, maakt niet uit.
Ja.	
	Dat je door het praten goed <u>dingen op een rijtje kan krijgen</u> , wat zijn mijn <u>mogelijkheden</u> en wat wil ik...
Ja , en dat zou de kwaliteit van leven kunnen verhogen?	
	Ja, vind ik wel. Als iemand zegt; ik wil geen chemokuren meer, ik wil dat niet meer, ik wil alleen nog pijnstilling, <u>comfortabel</u> t laatste beetje van mijn leven. Ik denk dat dat heel erg belangrijk is, maar dan moet je wel met iemand kunnen praten hierover. Je kan dat niet alleen op een rijtje zetten.
Nee.	
	Kijk, wat zijn de mogelijkheden.
Hoe vaak denk je dat mensen dat soort steun, zoeken?	
	Te weinig, nooit, zelden....
En bij de zorgverleners? Bij jou?	
	Nee, je moet het kunnen aangeven aan de mensen van; goh, wat de mogelijkheden zijn. Mensen weten dat niet. Die <u>krijgen een boodschap</u> u bent <u>terminaal</u> , we gaan chemo's doen en dan heeft u nog een paar weken.

Ja, of er is niks meer aan te doen, geen chemo's?	
	Precies, en voor de pijn ga je maar naar de pijnpoli en de huisarts. Wat kan je als mogelijkheden geven als verzorgende IG of als wijkverpleegkundige? Wat voor soorten pijnstilling zijn er....?
Fragment 1.22 Aanhoren	
Hoe ervaar jij dan dat mensen daar mee omgaan he? Met machteloosheid, verdriet, angst.	
	Dat is persoonlijk. Iedereen gaat er anders mee om.
Maar als je nu terugkijkt naar de laatste paar casussen?	
	<u>Ze weten het niet</u> , ze weten het niet, zijn allemaal vragen. <u>Hoelang heb ik nog?</u> Familie, <u>hoelang gaat t duren?</u> Hoelang kan het gaan duren?
Gaat meer over de tijd?	
	Ja, ook. <u>Wat staat me te wachten?</u> Vandaag loop ik nog, maar hoelang, wanneer gaat t niet meer?
Ja.	
	<u>Wanneer kan ik niet meer....</u>
Fragment 1.23 Uiting van onmacht	
Ja, ervaar je dan ook dat mensen machteloos worden?	
	Ja, maar kan ook boosheid zijn, maar dat is uit <u>machteloosheid</u> . Kan verdriet, maar dat is allemaal uit machteloosheid. Daar komen alle emoties uit voort. <u>Agressie, komt er ook uit voort.</u> Als je <u>iets niet meer weet.</u>
Emoties....dat klopt. En hoe probeer jij er dan mee om te gaan wanneer jij aan een zorgvrager of een cliënt merkt dat hij, alles er maar gewoon een beetje bij laat hangen? T hoeft allemaal niet meer, tis allemaal wel prima zo. Ik hoef ook geen pijnstilling en ik hoef ook geen zorg, ik ben toch binnen 2 weken dood.	
	Nou, toch es vragen waar die emotie vandaan komt. Dat is ook een soort van niet meer weten. Dus laat mijn kop maar weer hangen.
Ja.	
	<u>Laat maar.....</u>
Het neigt ook wel een beetje naar uhhh...niet meer willen....	

	Ja, de moed opgeven. Maar dat zijn ook maar momenten. Vandaag geven ze de moed op en morgen als je een beetje uitgerust bent, of er komt een kleinkind minder, dan kan ineens die emotie helemaal omslaan.
Ja, ja. Mensen kunnen ook heel erg erin blijven hangen...	
	Ja, kunnen heel erg erin blijven hangen.
En dan kunnen ze het ook niet kwijt bij hun familie, of hebben helemaal geen familie?	
	Maar voor familie is t ook moeilijk, dan krijg je vaak ook van de familie; hij is nou zo down nu wil hij niks meer...
Denk je dat daar zo op zo een moment ook iets mee zou moeten?	
	Ja, ik denk dat je wel moet proberen om een gesprek aan te gaan, al ben je maar wat aan t doen als je aan t wassen bent of wat dan ook.
Maar stel nou dat gesprek komt, morgen hoef je niet meer te komen, dokter heeft gezegd dat t helemaal klaar is. Al een week praat deze man zo, al een week voelt ie zich in dit humeur. En met zijn vrouw kan hij er niet over praten, die is toch meer van huis dan dat ze er is, dus weet je; zeg alles maar af, en wil er verder ook niet over praten.	
	Nou, de deur dicht en weg...(lachen). Nee hoor.
Maar wat zou je er dan mee kunnen doen, of willen doen?	
	Ik zou toch een gesprek aan willen gaan.
Maar dat lukt niet..., hij duwt t gelijk de grond in. Geen seconde.	
	Misschien iets vinden van uhhhh..., over een hobby of over een werk gaan praten, een heel ander gesprek aangaan.
Daar wil hij t ook niet over hebben....	
	Daar wil hij het niet over hebben? Nou weet ik niet dan, zo negatief, helemaal niks meer?
Ja, heel negatief!	
	Nou dan ga ik naar kantoor, ga ik naar de wijkverpleegkundige en zeg ik van; jongens ga dat is oplossen voor me want ik kom er niet meer doorheen. Die man wil niets meer van me weten(-gelach).
Ik haal daaruit dat je het gesprek aan zou gaan met een andere discipline, of deskundigheid?	
	Ja, natuurlijk, om toch te kijken wat eraan gedaan kan worden.
Misschien is die man wel depressief?	
	Ja, of hij heeft een vraag die wellicht makkelijk op te lossen is.

Misschien heeft hij wel last van andere dingen?	
	Ja, maar moet je dat dan een week of moet je niet een week aan laten tobben. Geloof niet dat je een week en dan elke dag ernaar toe moet gaan en dan maar aan moet horen als iemand terminaal is wat nu? Al je merkt dat ze zo verschrikkelijk down zijn.
Hij zegt dat daar moet je eerder iets mee doen?	
	Ja eerder aan de bel trekken, bij terminalen komt je toch wel twee, drie keer per dag, en als je dat twee dagen zo hebt dan denk ik van ; goh , nou ik ga toch eens een telefoontje plegen met de wijkverpleegkundige.
Oké, dus je trekt eerder aan de bel.	
	Ja, dat laat je geen weken, want dat is geen comfortabel einde als iemand zo down is.
Kan me ook voorstellen dat iemand zoiets heeft wat moet ik daarmee aan? Wat moet ik hier nou mee? Hij is down...	
	Ja, ja nou ja dan ga je naar de wijkverpleegkundige en denk dat er ook bij een huisarts aan de bel getrokken moet worden, als die er ook niet uit gaat komen.
Dat is natuurlijk ook een beetje de vraag; wanneer kies ik voor dit en wanneer kies ik voor een ander. Denk jij dat jij genoeg ervaring of genoeg competenties beheerst vanuit jou opleiding dat je weet , nou, nu ga ik deze richting op, of nu pak ik toch door want er moet iets anders gebeuren?	
	Dat denk ik wel.
Want niet iedereen is hetzelfde?	
	Nee, dat denk ik wel.
Sommige mensen hebben misschien ook wel aanleg voor depressie, of voor uhhh....	
	Als t iemand is die al een tijd in zorg is geweest , dan weet je ook een beetje een verleden ervan en of je snel aan de bel moet gaan trekken of dat je kan denken dit heeft ie weleens vaker
Fragment 1.24 Gedrag	
Ja. Maar je weet ook met de huidige indicaties dat ze uhm, vaak pas in de laatste weken van iemand zijn leven pas terminale zorg gegeven wordt....palliatief terminale zorg. Dus dan heb je soms niet de tijd om iemand goed te leren kennen.	
	Nee.
Of zeg je van nou, dat is niet waar, mijn ervaring is ik steek er altijd zoveel energie in	
	Tegenwoordig heb je het <u>elektronisch dossier</u> , dat kan je doorlezen, je kan eens overleggen

	met degene die er altijd gekomen is. Van goh hoe steekt iemand in mekaar. Gedrag van deze cliënt of is dit <u>helemaal een nieuw gedrag</u> ? Toch <u>overleggen en communiceren</u> is heel erg belangrijk!
Oké, dat is het ook, want dat heb je nodig denk ik ook.	
	Ja, je kan niks alleen.
Maar je bent wel veel alleen in zo een situatie. Dus jij zegt uit dat, die middelen, overdracht en cliënten dossier...	
	Ik denk dat heel goed uhhh, mijn ervaring is dat de elke team, daar heb je wijkverpleegkundigen, daar staat een leidinggevende, de IG-ers en de verzorgenden.
Ja	
	Dat er heel vaak vanuit gegaan wordt vanuit de wijkverpleegkundigen dat alles wat eronder zit, alles wel weet! Toen ik als verzorgende, ik had mijn opleiding nog niet gedaan, als verzorgende kwam er voor zulk soort dingen qua informatie alles bij de verzorgende terecht.
Voor terminale zorg bedoel je?	
	Überhaupt, wat t ook is.
Fragment 1.25 Opleiding	
Oké, waar zou dat aan kunnen liggen?	
	<u>Communicatie</u> , en uhhh opleiding C heb je een beetje een basis..., voor de rest zit er niet veel in, communicatie zat er niet in, niks. En bij <u>de IG</u> leer je dan dat ineens allemaal wel. In de opleiding IG niet veel over psychosociale zorg En een wijkverpleegkundige die heeft dat allemaal wel geleerd allemaal, maar die gaat ervan uit dat onze groep alles weet.
Hmmmmmm.....	
	En dat is dus niet zo. Dus heel vaak zitten de verzorgenden met veel vragen.
Ja.	
	Of ze denken vaak achteraf; oh moet dat dan? O, hoort het zo?
Maar hoe vaak zijn die nog intensief betrokken bij terminale zorg?	
	Soms..., ligt eraan. Wat voor medicatie er wordt gegeven. Als t gaat puur om de verzorging.
Heb jij de ervaring dat het snel wordt overgegeven aan andere deskundigheid?	
	Nee, het wordt niet snel overgegeven, het wordt in sommige gevallen <u>heel snel overgenomen door organisatie en te weinig ervaring</u> . En dat komt ook door morfinepomp of wat dan ook. Dan moet een <u>verpleegkundige</u>

	daar naartoe. Maar als er gewoon met medicatie gaat, zoals dhr. S, die meiden zijn daar heel lang gebleven, tot bijna het einde aan toe
Hmmm, ja.	
	Voordat er 24 uurs zorg was. Er is heel veel.
Was dat ook een positieve ervaring?	
	Dat weet ik niet, want ik ben daar niet geweest. Dat weet ik niet. En door je opleiding en de IG, weet je, dan moet je naar de verpleegkundige toe en dan moet je daarmee overleggen. Dat is bij de verzorgende niet altijd perfect met wat ze wel en niet, je zwemt maar een beetje.
Zou je de vraag ook kunnen stellen, is dat ook nog iets wat je bij de verzorgenden IG neer zou kunnen leggen? Is dat ook niet voor een andere deskundigheid? Om dieper de terminale zorg in te gaan? Daarmee bedoel ik het psychosociale aspect...	
	Ja en nee. Ik denk dat sommige verzorgenden IG hebben al zoveel ervaring...levens ervaring en dingen meegemaakt, dat die het vaak misschien nog wel beter kunnen als een verpleegkundige van 24 die nog niks mee heeft gemaakt.
Dus dan ligt het niet perse aan de deskundigheid die mensen dan moeten hebben, maar dan is het ervaring?	
	Beide, ja. En ik denk als je dan wat ouder bent en je hebt veel ervaring er wordt wat uitgelegd over de deskundigheid die erbij hoort en waar je terecht kan, dat je dan heel ver kan komen met een verzorgende die wat ouder zijn.
Ja, ja.	
	Tenminste die ervaring heb ik.
Ok, nou om het even samen te vatten; we hebben het gehad over casussen, over psychosociale zorg, waar die uit bestaat. Wat jou ervaring daarin is. Ook hoe je dat beleeft hebt. Zou je nog iets willen toevoegen of uhmm, veranderen? En daarmee bedoel ik te zeggen in het geven van die psychosociale zorg, zou je dat op een bepaalde manier ander willen zien?	
	Nee, nu is t goed gegaan omdat het maar een hele korte periode was met twee IG-ers en één verpleegkundige. Ik hoop in de toekomst als het nog is en er komen mensen die wat langer thuis zijn, dat we wel met zijn allen proberen dat er niet meer als 2 of 3 gezichten er komen.
Oké, dus dan heb je het over de continuïteit?	

	Ja, dat zal niet meevallen, maar dat is denk ik heel belangrijk.
Want hoe meer continuïteit hoe beter de psychosociale zorg?	
	Ook....
En waarom dan?	
	Omdat als je dat met zeven of acht man doet, dan moet er zeven of acht keer hetzelfde verhaal vertelt worden. Of de overdracht, iedereen ervaart het anders he. Als ik aan jou de overdracht geef en jij geeft die weer aan Andi, dan hoop ik dat die hetzelfde is, maar dat weet ik niet.
Ja, is jou ervaring dan dat mensen een betere vertrouwensband met iemand opbouwen?	
	Ja! Natuurlijk.
Waardoor ze beter met iemand kunnen praten?	
	Ja.
En je erachter kan komen wat er aan de hand is?	
	Ja, wat er aan de hand is.
Zou je daar ook uit af kunnen leiden dat je dan ook betere zorg zou kunnen geven?	
	Ja, als de juiste persoon, want het moet ook klikken.
Das de vertrouwensband denk ik....	
	Ja, vertrouwensband, maar je kan wel iemand er bij zetten en niet klikt en die komt daar zes dagen is het voor geen van de partijen leuk.
Hoe weet je of het niet klikt?	
	Ik denk dat je dat wel merkt. Mensen afstandelijk tegen je zijn.
Zou jij dat zeggen tegen je wijkverpleegkundige of	
	Als ik ergens moeite mee zou hebben? Dat ik denk dat die mensen moeite ermee hebben dat ik kom? Ja!
Oké.	
	Want je moet nergens naartoe gaan dat je niet de zorg kan geven die, waar de mensen recht op hebben.
Ja, hoe ga je daarmee om zeker wanneer het ook de laatste zorg is die iemand gaat krijgen. dat is ook niet zomaar zorg. Het is de allerbelangrijkste zorg	
	Als iets niet klikt hoe kan je iemand dan een hele goeie verzorging geven of hoe kan die man het ervaren als hij jou niet aardig vindt?
Nee, dat klopt.	

	Of jou niet leuk vind of andersom? Misschien als hij jou hartstikke leuk vind, maar jij vind het verschrikkelijk.
Dat vraagt misschien ook wel inleving vermogen?	
	Precies, dan moet je dat wel aangeven. Het moet zo comfortabel mogelijk zijn voor de cliënt en niet voor de arts, IG'er en wijkverpleegkundige ook, maar je moet professioneel blijven.
Ja, en dat is ook heel belangrijk.	
	Dat is hartstikke belangrijk. En werk en privé goed gescheiden kunnen houden, dat is op een dorp toch wel wat moeilijker omdat je iedereen kent.
Ja, kan ik me voorstellen. Ja het is uhhhh heel, heel breed.	
	Ja, ja.
Je werk is heel breed.	
	Ja.
En ik zie het aan je dat je het met veel plezier doet.	
	Ja, terminale zorg vind ik eigenlijk nog de leukste zorg om te geven, net als afgelopen weekend. Daar gaat echt mijn hart naar uit. Daarom vind ik het zo jammer dat wij niet, konden we maar, nu moest er een nachtzuster komen. Konden we het in het eigen team maar oplossen.
Ja.....	
	Misschien komt het op de duur wel?
Ja, alles heeft zo zn charme denk ik.....	
	Want het wordt steeds meer thuiswonende mensen. Dus er komt straks steeds meer vraag naar dag zorg of nachtzorg of zoveel uren per dag.
Fragment 1.26 Toename psychosociale zorg	
Ja, ja. Zou je dan ook kunnen zeggen de vraag naar psychosociale zorg of palliatieve terminale zorg zal dan ook toenemen?	
	Dat denk ik wel, <u>meer terminale zorg thuis dus ook psychosociale zorg</u>
Ja.	
	Waar moeten ze anders heen? <u>Ziekenhuis wordt je naar huis gestuurd</u> , als je niet geopereerd moet worden dan maar naar huis. <u>Bed is te duur.</u>
Ja.	
	<u>Verzorgingshuizen gaan weg.....</u>

Ik vind dat hieruit blijkt he, dat het hele interview eigenlijk dat er zo wel op lichamelijk waar ik heel veel over hoor, ook het geestelijke dus het psychosociale...	
	Ik denk dat dat veel meer is dan lichamelijk.
Maar dat het heel veel bij elkaar is.	
	Ik denk dat het 70 procent geestelijk is en 30 procent lichamelijk. Alleen lichaam wassen dat doe je toch wel, dat lichaam wordt wel schoon.
Ja.	
	Scheerapparaat erover, zorgen dat ze er netjes uitzien. Dat ze fris ruiken. De rest....dat is veel belangrijker.
Ja Ingrid, je hebt me heel veel verteld.	
	Dat was van het weekend ook, dan kom je onder het wassen, kom je zoveel te weten. Want je doet handelingen en je praat met elkaar. En dan hoor je veel.
Ja, dat moet je ook kunnen filteren?	
	Ja.
O, van he, wat ik nu allemaal hoor?	
	Ja.
Moet ik daar iets mee, is het belangrijk, of moet ik het loslaten?	
	Ja, of is het hun hart luchten.
Ja, nou dan wil je heel graag bedanken voor het interview.	
	Graag gedaan.
Nou dan is het ook nog zo dat wanneer je dat wil, dat je een kopie van de scriptie mag krijgen.	
	Ok.
Hartstikke bedankt.	
	Graag gedaan.

Analyse labels , thema aanbrengen interview

Fragment	thema	Uitspraken/woorden	Positief of negatief	code
1.1	Plaats verzorging	- Belangrijk in hun eigen omgeving blijven wonen. - Liever thuis verzorgen - keuze om thuis te willen blijven	+ + +	Eigen omgeving Thuis Keuze plaats
1.2	Thuiszorg	- Thuiszorg is intensief - hun enige steunpunt - vaak geen familie/mantelzorg	- + -	Intensief Steunpunt Afhankelijk
1.3	Continuïteit	- band met familie en cliënt - ernstig of terminaal ziek - prettig als een bekende komt	+ - +	Band Eindfase Bekende zorgverlener
1.4	Begeleiding	- begeleiden tot de dood - afsluiting van zorg	+ -	Afsluiting
1.5	Begrip tonen	- verhaal kwijt - begrip tonen en luisteren	+ +	Luisteren
1.6	Emotionele kant	- de zorgvrager en zijn familie	-	Emoties delen
1.7	Aanspreekpunt	- emoties die mensen kwijt willen - aanspreekpunt door EVV-schap	- +	Eerste aanspreekpunt
1.8	Zorg geven	- er zijn voor de cliënt - verzorgen - familie bij staan	+ + +	comfortabelheid
1.9	Praten	- doorvragen - pastor of dominee of vriend inschakelen - ertegenop zien - gesprek aangaan	- + - +	Gespreksvoering
1.10	Reacties	- leert mensen kennen - weet hoe mensen reageren - kan je ineens merken	+ + +	Band opbouwen
1.11	Sterven	- loslaten van familie - achterlaten van leven - angst - voor het onzekere - anders ertegen over - heel dichtbij	- - - - - -	loslaten
1.12	Hulp vragen	- hoe gaan we dit oplossen? - kunnen we dit zelf met gesprekken	- -	inschakelen

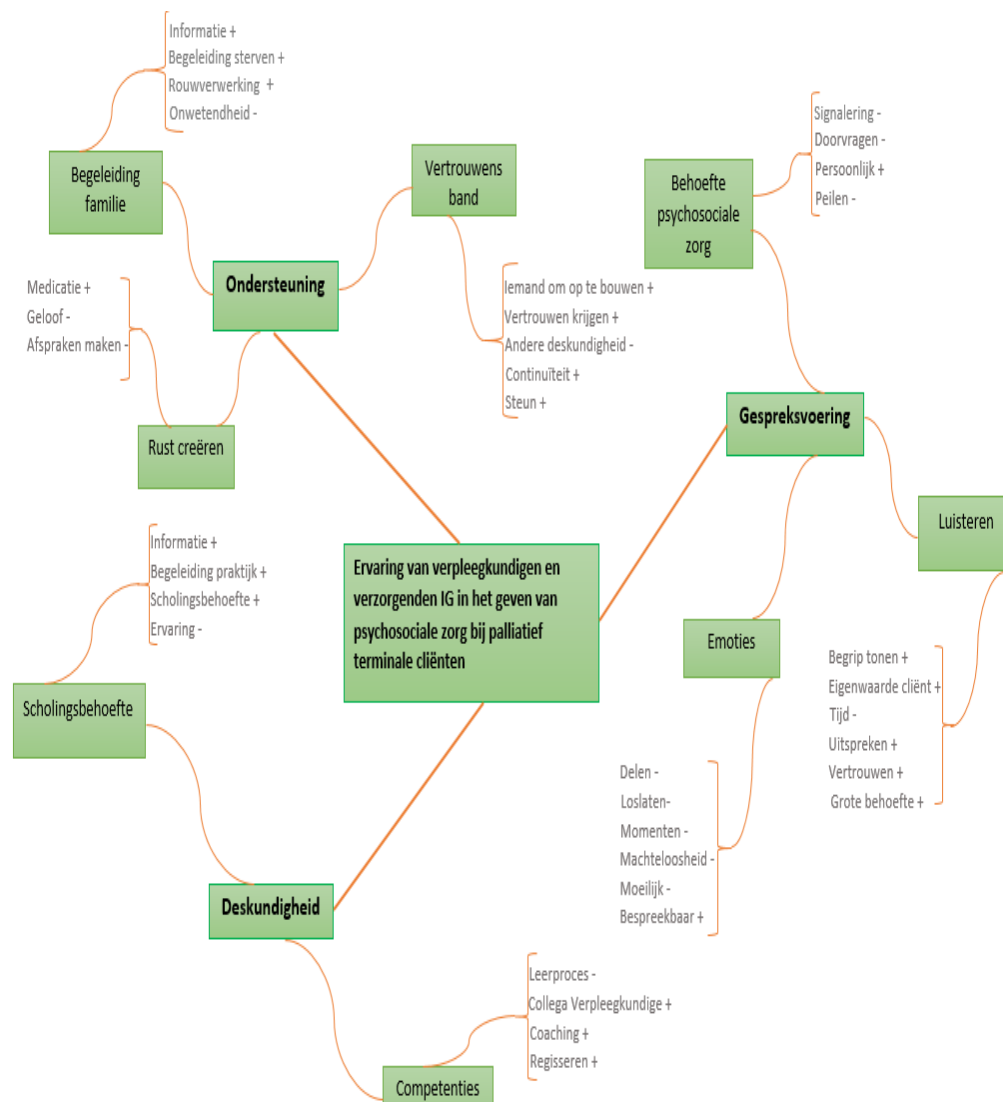
		- iemand inschakelen	+	
1.13	Behoefte	- erbij blijven - helpen - cliënt laat zelf wel merken - erg moeilijk	+ + + -	Peilen behoefte
1.14	Loskomen	- verdriet - schreeuwen en huilen - vloeken - emoties die loskomen	- - - -	Emoties
1.15	Gesprekken	- intiem met mensen - vertellen geheimen - je wast mensen en van alles - zei tegen mij andere dingen dan tegen zijn vrouw	+ - + +	Ondersteuning Vertrouwensband
1.16	Plekje geven	- moeilijk - op een rijtje zetten - terminale fase - in werk dichtbij, in privé ver weg - mijn verhaal aan iemand kwijt	- - - - +	Professionele houding
1.17	Huisarts	- euthanasie - palliatieve sedatie opstarten - advies vragen aan	- - +	Medische informatie
1.18	Oplossen	- wie moet ik inschakelen - hulp vragen - hoe gaan we dit oplossen	- + -	Overleggen
1.19	Familie	- familie wil vaak andere dingen - familie willen hun vader of moeder niet kwijt - alles eraan doen wat er te doen valt vind familie - kwaliteit van leven maakt familie uit - cliënt moet zelf familie overtuigen	- - - - -	Kwaliteit van leven Loslaten Praten
1.20	Psychosociale zorg	- dan kunnen ze van zich af praten - goed relativeren - alles op een rijtje krijgen - hoever wil ik gaan	+ + + +	Grenzen aangeven Praten Mogelijkheden
1.21	Terminale zorg	- de dood - als je de boodschap krijgt, terminaal - comfortabelheid - alles op een rijtje zetten	- - + +	Laatste fase Comfort geven

1.22	Aanhoren	- wat staat me te wachten - hoelang nog - ze weten het niet - wanneer gaat het niet meer	- - - -	Ondersteuning Onbeantwoorde vragen Hulpvraag
1.23	Uiting van onmacht	- machteloosheid - niet meer weten nu - hoofd laten hangen - moed opgeven - momenten van emoties - agressie komt er ook uit voort	- - - - - -	Machteloosheid Depressief emoties
1.24	Gedrag	- hoe steekt iemand in elkaar - elektronische dossier - Is dit helemaal nieuw gedrag - Overleggen en communiceren	+ + - +	Communicatie Overdracht
1.25	Opleiding	- in opleiding IG niet veel over psychosociale zorg - bij opleiding IG meer over communicatie - snelle overname verpleegkundigen door organisatie en te weinig ervaring - sommige verzorgenden IG hebben zoveel ervaring	- + - +	Deskundigheid Ervaring
1.26	Toename psychosociale zorg	- vanuit ziekenhuis snel naar huis toe - meer terminale zorg thuis dus ook psychosociale zorg - een bed ergens anders is te duur	- + -	Toename terminale zorg Zorg thuis Financiering

Hiërarchie alle interviews bij elkaar

Fragment	Kernlabel
1.2, 1.15, 1.22, 2.9, 2.12, 2.13, 3.4, 3.5, 3.6, 3.9, 4.3, 4.13, 5.1, 6.13.	Ondersteuning
1.9, 1.19, 1.20, 2.6, 3.4, 3.8, 3.11, 5.2, 5.6, 5.10, 6.3, 6.7	Gespreksvoering
1.5, 2.6, 3.5, 3.6, 3.9, 3.13, 4.4, 4.9, 5.1, 6.8	Luisteren
1.25, 2.15, 3.2, 5.9, 5.12, 5.16, 5.17, 6.1	Deskundigheid
2.15, 3.3, 3.12, 3.14, 5.9, 5.10, 5.13, 5.17	Competentie
1.13, 1.21, 2.11, 3.1, 3.9, 3.10, 4.2, 6.2	Eindfase
1.6, 1.14, 1.23, 2.10, 2.14, 5.11, 6.4	Emoties
1.18, 2.7, 3.1, 5.14, 5.16, 6.6, 6.9	Overleg collega's
2.16, 3.3, 3.14, 5.7, 5.13, 5.17, 6.1	Scholingsbehoefte
3.6, 4.3, 4.13, 5.1, 5.2, 6.12	Begeleiding familie
2.7, 4.6, 4.12, 5.12, 6.8, 6.13	Rust creëren
1.15, 2.12, 3.13, 5.15, 6.2, 6.9,	Vertrouwen opbouwen
1.13, 3.7, 4.7, 5.4, 6.5, 6.8	Behoefte psychosociale zorg
2.6, 3.8, 4.6, 5.6, 6.8	Tijd nemen
1.3, 1.10, 2.2, 3.2, 6.2	Band cliënt
1.11, 1.19, 3.10, 5.11, 6.13	Loslaten leven
2.11, 4.8, 5.4, 5.8, 6.10	Levensvragen
1.17, 4.11, 6.6, 6.10, 6.11	Inschakelen huisarts
1.7, 5.5, 5.14, 6.2	Eerste aanspreekpunt
4.8, 5.5, 6.11, 6.13	Zorg op maat
1.16, 2.1, 2.11, 3.1	Terminale zorg
1.23, 2.7, 5.11	Machteloosheid
2.4, 2.10, 6.3	Veel aandachtspunten
3.3, 3.12, 4.11	Leerproces
1.20, 4.8, 5.13	Grenzen aangeven
1.1, 1.26,	Thuis
1.2, 3.12	Intensief

Bijlage 4 Mindmap



Bijlage 5 beoordelingsformulier onderzoeksverslag

Naam student:

Studentnummer:

Differentiatie:

Datum:

Elk item wordt beoordeeld op een 10-puntsschaal: 5 is onvoldoende en 6 is voldoende. Score 3 mag in de beoordeling niet voorkomen.				Aantal punten
0	Rapportage <i>Indicatoren HZ kader: 1 – 4</i> (LET OP, moet minimaal zes zijn anders geen verdere beoordeling)	Onderzoeksverslag is geschreven in eigen woorden. Verslag ziet er netjes en verzorgd uit, inclusief voorwerk. Lettergrootte klopt. Alle hoofdstukken zijn opgenomen. Taalgebruik is objectief, correct en zakelijk. Bronvermelding en literatuurlijst zijn volgens de APA-normen. Voor spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl geldt: maximaal drie fouten per pagina!		
1	Inleiding <i>Indicatoren HZ kader: 5 – 7</i>	De student noemt de aanleiding en achtergronden van het onderzoek. De student beschrijft zorgvuldig, logisch en helder het praktijkprobleem. De student beschrijft de relevantie voor Verpleegkunde/vroedkunde. De student noemt de doelstelling van het onderzoek. De student noemt de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Er is een leeswijzer aanwezig.		
2	Theoretisch kader <i>Indicatoren HZ kader: 8 -10</i> <i>DD 1*</i>	Zoekplan (zoekvraag +zoekstrategie+ zoekboom) wordt beschreven. In het theoretisch kader worden de kernbegrippen beschreven in eigen woorden. De bestudeerde literatuur is hierbij leidend. Er is een logische opbouw. Aantal bronnen en relevantie van bronnen is voldoende.		
3	Methode <i>Indicatoren HZ kader: 11-13</i>	De student noemt onderzoekstype, onderzoeksontwerp, onderzoekspopulatie, Plaats en tijd. De student beschrijft het operationalisatieproces en het verloop van de dataverzameling, verwerking en analyse. Duidelijk wordt hoe de kwaliteit van het onderzoek (betrouwbaarheid, validiteit) is gewaarborgd. De student verantwoordt elke keuze vanuit onderzoeksliteratuur.		
4	Resultaten <i>Indicatoren HZ kader: 14 -16</i>	Resultaten worden zonder interpretatie benoemd en duidelijk weergegeven met behulp van tabellen, grafieken en/of schema's.		
5	Discussie <i>Indicatoren HZ kader: 17-18, 20</i> <i>DD3*</i>	Resultaten zijn geanalyseerd. Student laat zien kritisch te kunnen zijn, verbanden te leggen tussen bevindingen en koppeling te maken met theoretische kader. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek worden benoemt en de gevolgen daarvan voor de betrouwbaarheid en externe en interne validiteit.		
6	Conclusies <i>Indicator HZ kader: 19</i>	Hoofd en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie.		
7	Aanbevelingen <i>Indic HZ kader 21 – 24</i> <i>DD2*</i>	Aanbevelingen volgen logisch uit onderzoek, zijn concreet en realistisch, dragen bij aan een daadwerkelijke en duurzame oplossing		
8	Evaluatie <i>Indicatoren HZ kader: 28-30</i> <i>DD2, DD5*</i> Alleen in te vullen door 1^e begeleider!	Toont professioneel gedrag tijdens onderzoek. Hieronder valt: Planmatig werken (volgens de tijdsplanning van het concept en definitieve versie); Zelfstandigheid (eigen keuzes gemaakt en eigen invulling; binnen begeleidingsuren gebleven; feedback adequaat opgepakt); Samenwerking met 1 ^{ste} begeleider (tijdig geïnformeerd over problemen en belangrijke keuzes, openstaan voor suggesties en kritiek).		
		Max aantal te halen punten	80 of 90*	Behaalde punten
	Toegekend cijfer	Behaalde punten / 8 of 9* *2 ^e beoordelaar vult onderdeel 6 niet in!		
Wanneer rapportage onvoldoende is wordt Niet Deelgenomen op de VLD ingevoerd.				

*Dublindescriptoren zie bijlage 9

Naam eerste beoordelaar:

Naam tweede beoordelaar: