

Meten is weten

Het nauwkeurig meten van vochtintake bij ouderen



Naam:	Anouk Sijbers
Studentnummer:	1218719
Opleiding:	HBO Verpleegkunde
Klas:	VO402
Docentbegeleidster:	Saskia Duymelinck
Tweede beoordelaar:	Frank Duijzings
Stagebegeleider:	Herbert Habets
Stageplaats:	Zuyderland Medisch Centrum Sittard-Geleen, Consultatieteam Geriatrie
Stageperiode:	15-02-2016 t/m 03-06-2016
Faculteit:	Gezondheidszorg, Zuyd Hogeschool Heerlen
Datum:	20-05-2016

Samenvatting

Een veelvoorkomend gezondheidsprobleem bij ouderen is dehydratie. Een belangrijk onderdeel bij het voorkomen en het tijdig behandelen van dehydratie is het meten van de vochttoestand. Dit wordt meestal uitgevoerd door het bijhouden van vochtlijsten, echter gebeurt dit vaak onnauwkeurig. Er is een slimme drinkbeker ontwikkeld die nauwkeurig de hoeveelheid vocht meet welke in en uit de beker gaat. Met deze beker wordt de vochtintake nauwkeuriger en makkelijker meetbaar. Het doel van het inzetten van de slimme beker is het nauwkeurig meten van de vochtintake om dehydratie te signaleren en voorkomen bij ouderen in het ziekenhuis. De hoofdvraag hierbij luidt: 'Op welke wijze kan de slimme drinkbeker ingezet worden om de vochtintake nauwkeurig te meten bij ouderen, op afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard?' Om deze vraag te beantwoorden zijn een literatuurstudie, semigestructureerde interviews, informele gesprekken en observaties uitgevoerd. Uit de wenselijke situatie blijkt dat het nauwkeurig meten van de vochtintake van belang is om een indicatie van de hydratiestatus van de oudere te verkrijgen. Tevens staan de geïnterviewde inhoudsdeskundigen positief ten opzichte van de slimme drinkbeker. In de feitelijke situatie blijkt dat het bijhouden van vochtlijsten een arbeidsintensieve taak is en dat de meting minder nauwkeurig is. Om de vochtintake nauwkeurig te meten bij ouderen kan de slimme drinkbeker dus worden ingezet. Om een pilot op de afdeling geriatrie uit te voeren, is het van belang om gerichte interventies in te zetten. Deze interventies, voornamelijk gericht op educatie zijn opgesteld aan de hand van de beïnvloedende factoren. Door omstandigheden was het niet mogelijk om de pilot te laten plaatsvinden op de afdeling Geriatrie, de geselecteerde interventies voor deze pilot zijn overgedragen aan de projectgroep. Er is wel een pilot uitgevoerd rondom het meten van de vochtintake met de slimme drinkbeker in zorgcentrum Sterrebosch. Uit deze pilot blijkt dat de ouderen en zorgverlener uiteenlopende meningen hebben over de slimme drinkbeker en dat er een aantal aandachtspunten zijn waar de projectgroep aan zou moeten werken. Concluderend kan worden gesteld dat de slimme drinkbeker kan bijdragen om in de toekomst de vochtintake nauwkeuriger te kunnen meten bij ouderen op de afdeling Geriatrie. De patiënten waar de vochtintake van gemeten wordt, drinken dan gedurende de dag, alle dranken uit de slimme drinkbeker. De voedingsmedewerkers en/of verpleegkundigen kunnen de beker uitlezen waarbij dan op de computer een overzicht staat van de vochtintake van de oudere patiënt op die dag. Doordat de inzet van de slimme drinkbeker nauwkeuriger en minder arbeidsintensief is dan het invullen van vochtlijsten, kan dit van meerwaarde zijn voor de dagelijkse zorg rondom vochtintake bij ouderen.

Abstract

A major health problem for the elderly population is dehydration. An important part of the prevention and the timely treatment of dehydration is the measurement of the hydration status. The hydration status is often measured by manual registration of the fluid intake of the patient, but in practice this is often performed inaccurately. A “smart mug” is being developed to measure the quantity of fluid the patient drinks out of the mug. With this mug the fluid intake can be measured accurately and easier. The intention of the deployment of the smart mug is to measure the fluid intake accurately, in order to identify and prevent dehydration with elderly patients in the hospital. The main question of this bachelor thesis is: ‘How can the smart mug be deployed to accurately measure the fluid intake of the elderly patients hospitalized in the Geriatrics ward of the Zuyderland Medical Centre in Sittard?’ Methods used to answer this question are_a literature research, semi-structured interviews, informal conversations and observations. The results of the most desirable situation show that an accurate measurement of the fluid intake is important in order to obtain an indication of the hydration status of the elderly patient. In addition, the interviewed experts are positive about the development of the smart mug. In the practical situation, the measurement and registration of the fluid intake is a labour-intensive task and the measurements are less accurate. In order to accurately measure the fluid intake of the elderly patients, the smart mug can be deployed. To successfully implement a pilot with the smart mug on the geriatric ward, it is important to use targeted interventions. These interventions, mainly focused on education have been selected based on the influencing factors. Due to circumstances, it was not possible to perform a pilot at the Geriatrics department. Therefor the selected interventions for this pilot are assigned to the project group. However, another pilot has been carried out in nursing home Sterrebosch. This pilot focused on the measurement of fluid intake with the smart mug, in a small pilot group of elderly patients. The results indicated that the elderly and the caregiver have different opinions about the smart mug and that there are some concerns that the project group would need to address. In conclusion, the smart mug has potential and can in the future be deployed to accurately measure the fluid intake of the elderly patients in the Geriatrics department. The patients whose fluid intake is measured, will drink all fluids from the smart mug throughout the day. The food employees and / or nurses are able to easily detect the consumed quantity of fluids by transferring the data to the computer, providing an accurate overview of the fluid intake of the elderly patient of that day. Because the measurement of the smart mug is more accurate and less labour-intensive than registering fluid intake list, this may be of value to the daily care around fluid intake for the elderly patients.

Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelor thesis “Meten is weten, het nauwkeurig meten van vochtintake bij ouderen”, het resultaat van een onderzoek naar de werking en toepasbaarheid van ‘de slimme beker’, een drinkbeker die nauwkeurig meet hoeveel vocht gedronken wordt, op welk tijdstip en hoeveel vocht verloren gaat als de beker bijvoorbeeld omvalt. Met deze bachelor thesis zal ik de studie Bachelor of Nursing aan Zuyd Hogeschool te Heerlen afronden.

De keuze voor het onderwerp van de literatuurstudie en bachelor thesis is in samenspraak met mijn stagebegeleider genomen. Bij een voorstel van een onderwerp vanuit de stagebegeleider was ik direct enthousiast om aan de slag te gaan met het onderwerp (te weinig) drinken bij ouderen, omdat ik dit in de directe praktijk in verschillende settings ben tegengekomen. Ik vond het erg boeiend om me hier verder in te verdiepen. Tevens vond ik het een uitdaging om samen te werken met een bestaande projectgroep rondom de validatie van een geheel nieuw technisch hulpmiddel in de zorg. Dit heb ik als zeer leerzaam ervaren.

Ik bevind me nu in het vierde leerjaar van mijn opleiding, in de Differentiatie 4. Hierin loop ik vijftien weken, drie dagen per week stage en heb ik een dag per week school. In deze stage staat de rol van “ontwerper” centraal, hier zijn de opdrachten ook op gericht. De rol van ontwerper is focust zicht vooral op het werken aan kwaliteitszorg, innovatie en implementatie. De organisatie waarin ik stageloop is het Zuyderland Medisch Centrum Sittard-Geleen, consultatieteam geriatrie. Dit is mijn eerste stage binnen het ziekenhuis. Ik heb deze stage als zeer interessant ervaren, waarbij ik nog meer diepgang heb kunnen vinden in het specialisme geriatrie, waar ik bewust voor gekozen heb.

Een woord van dank aan de hieronder benoemde personen die mee hebben gewerkt aan het tot stand komen van deze bachelor thesis.

Saskia Duymelinck, Herbert Habets, Ellen de Kreij, Magda van Gastel, Joost Schers, Peter Sijbers, Doret Sijbers en mijn klasgenoten.

Anouk Sijbers

Tegelen, 20-05-2015

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Abstract	3
Voorwoord	4
Inleiding	8
Hoofdstuk 1. Onderwerpkeuze en wenselijke situatie	11
1.1 Implementatiemodel	11
1.2 Onderwerpkeuze	11
1.3 Methode wenselijke situatie	12
1.3.1 Literatuurstudie	12
1.3.2 Interviews.....	12
1.4 Resultaten	13
1.4.1 Literatuurstudie	13
1.4.2 Interviews.....	15
1.5 Conclusie	17
Hoofdstuk 2. Feitelijke situatie	18
2.1 Methode	18
2.1.1 Informele gesprekken.....	18
2.1.2 Semigestructureerde interviews	18
2.1.3 Observaties.....	19
2.2 Resultaten	19
2.2.1 Informele gesprekken.....	19
2.2.2 Semigestructureerde interviews	21
2.2.3 Gestructureerde observaties	22
2.3 Conclusie feitelijke situatie	23
2.4 Vergelijking feitelijke en wenselijke situatie	24
2.5 Concrete doelen voor verbetering.....	25
Hoofdstuk 3. Probleemanalyse, doelgroep en setting	26
3.1 Methode	26
3.1.1 Interview teamleiders.....	26
3.1.2 Overige methoden	27
3.2 Resultaten	27
3.2.1. Beschrijving setting.....	27
3.2.2 Beschrijving gehele team afdeling Geriatrie.....	27

3.2.3 Omgang met innovatie en veranderingen	28
3.2.4 Segmentatie van het verpleegkundig team.....	29
3.2.5 Belangen en doelen van de verschillende betrokkenen	30
3.2.6 Beïnvloedende factoren	31
3.3 Conclusie	33
Hoofdstuk 4. Strategieën en interventies.....	34
4.1 Methode	34
4.2 Resultaten	34
Selectie van strategieën en interventies	35
4.3 Conclusie	38
Hoofdstuk 5. Implementatieplan	39
5.1 Opzet pilot Proteion Sterrebosch	39
5.2 Implementatieplan	42
Hoofdstuk 6. Evaluatie en borging.....	46
6.1 Methode evaluatie.....	46
6.2 Resultaten	46
6.2.1 Effectevaluatie	46
6.2.2 Procesevaluatie pilot zorgcentrum Sterrebosch te Thorn	47
6.2.3 Procesevaluatie pilot afdeling geriatrie, Zuyderland Medisch Centrum.....	48
6.2.4 Voortzetting en overdracht.....	49
6.3 Conclusie	49
Nabeschouwing	50
Literatuurlijst	52
Bijlagen	56
Bijlage 1.....	56
Bijlage 2.....	64
Bijlage 3.....	67
Bijlage 4.....	74
Bijlage 5.....	75
Bijlage 6.....	82
Bijlage 7.....	86
Bijlage 8.....	93
Bijlage 9.....	95
Bijlage 10.....	99
Bijlage 11.....	120

Bijlage 12.....	127
Bijlage 13.....	172
Bijlage 14.....	174
Bijlage 15.....	180
Bijlage 16.....	185
Bijlage 17.....	187

Inleiding

Nederland telde in 2014 ruim 2,9 miljoen 65-plussers, 17,3% van de bevolking. Dit aantal zal de komende jaren blijven stijgen. In 2060 is 26% van de bevolking 65 plus, dat zijn 4,7 miljoen mensen (CBS, 2014). In 2010 was ongeveer 35 procent van de ziekenhuispatiënten ouder dan 65 jaar en gezien de demografische ontwikkelingen zal dit percentage alleen maar stijgen (CBS, 2013). Uit deze cijfers blijkt dat het ziekenhuis een belangrijke rol vervult bij het verlenen van behandeling en zorg aan ouderen met verschillende gezondheidsproblemen.

Een van deze gezondheidsproblemen is dehydratie. Op jaarbasis wordt meer dan de helft van de 70-plussers in ziekenhuizen opgenomen in een gedehydrateerde toestand of zelfs met dehydratie als hoofddiagnose (Schim van der Loeff- van Veen, 2012). Onder dehydratie verstaan we een tekort aan lichaamswater (De Nijs & de Graeff, 2010). De mortaliteit bij dehydratie is erg hoog en kan oplopen tot 50%, indien er niet adequaat gehandeld wordt (van Duinen, 2013). Dehydratie kan daarnaast andere ernstige gevolgen hebben zoals meer kans op pneumonie en urineweginfecties, obstipatie, vermoeidheid, meer kans op bijwerkingen van medicatie, bewustzijnsdaling en delier (de Nijs & de Graeff, 2010). Wotton, Crannitch & Munt (2008) geven aan dat dehydratie omkeerbaar en te voorkomen is wanneer het vroeg gesignaleerd wordt, waarbij de verpleegkundige een cruciale rol speelt.

Een belangrijk onderdeel van het voorkomen en het tijdig behandelen van dehydratie is het meten van de vochttoestand. Het monitoren van gewichtsverlies en het bijhouden van vochtlijsten lijken het meest geaccepteerd te zijn om de hydratiestatus te meten (Nissensohn, Lopez-Ufano, Castro-Quezada, & Serra-Majem 2015; Rodrigues, et. al., 2015). Het bijhouden van een vochtlijst gebeurt in de praktijk echter vaak onnauwkeurig waardoor de mate van (de)hydratie niet goed zichtbaar wordt (Shepherd geciteerd door Campbell, 2012). Ook in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard, worden vochtlijsten minder nauwkeurig bijgehouden door het gebruik van geschatte hoeveelheden.

In samenwerking met Zuyd Hogeschool en de zorgorganisaties Zuyderland en Proteion wordt door ondernemer Erik Janssen een slimme drinkbeker ontwikkeld. Deze beker meet de hoeveelheid vocht die in en uit de beker gaat. Met inzet van de slimme drinkbeker wordt de vochtintake naar verwachting nauwkeuriger gemeten en wordt het voor zorgverleners makkelijker om een vochtbalans van een patiënt bij te houden. De slimme drinkbeker met de naam '*my beaker*' is een nieuwe innovatie. Om na te gaan of het prototype van de slimme drinkbeker daadwerkelijk meet wat die moet meten, worden de betrouwbaarheid en de

(functionele en technische) validiteit in kaart gebracht. Verder wordt nagegaan of de drinkbeker gebruiksvriendelijk is en voldoet aan de wensen van ouderen en zorgverleners.

De kwaliteitsverbetering rondom de slimme beker kent verschillende doelen, omdat het een samenwerking is met een bestaand project rondom validatie van een technische innovatie.

Het doel van het de inzet van de slimme drinkbeker is om nauwkeurig de vochtintake te meten om dehydratie te signaleren en te voorkomen bij ouderen in het ziekenhuis.

Het doel van het implementatieproces is om de zorgverleners op de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum adequaat te laten omgaan met de slimme drinkbeker, waardoor het doel van de inzet van de slimme drinkbeker behaald kan worden.

Het doel van de pilot is de validiteit en bruikbaarheid van de slimme drinkbeker te testen.

De hoofdvraag van deze bachelor thesis, gericht op bovenstaande doelen luidt: ‘Op welke wijze kan de slimme drinkbeker ingezet worden om de vochtintake nauwkeurig te meten bij ouderen, op de afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard?’

Om antwoord te geven op deze hoofdvraag zijn een aantal deelvragen opgesteld:

1. Wat is de wenselijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis?
2. Wat is de feitelijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er bij het kwaliteitsverbeteringsproces van de slimme drinkbeker?
4. Welke interventies en strategieën dragen bij aan het kwaliteitsverbeteringsproces van de slimme drinkbeker?
5. Op welke wijze wordt de pilot uitgevoerd?
6. Op welke wijze wordt de kwaliteitsverbetering geëvalueerd en geborgd?

Deze bachelor thesis is vormgegeven middels een reeds bestaande implementatiemethodiek volgens Grol & Wensing (2011). Er zijn verschillende methoden gebruikt om antwoord te geven op de deelvragen. Er is een literatuurstudie uitgevoerd via verschillende databanken zoals de Doorzoek informatiebronnen Zuyd (DiZ) en PubMed. Daarnaast heeft een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden in de praktijk middels semigestructureerde interviews met inhoudsdeskundigen, informele gesprekken, observaties en semigestructureerd interviews met de teamleiders. Na de pilot zijn verder semigestructureerde interviews uitgevoerd met de betrokken ouderen en zorgverlener.

In deze bachelor thesis komen achtereenvolgens onderstaande hoofdstukken aan bod. Hoofdstuk 1 beschrijft kort het gebruikte model van Grol & Wensing, de keuze van het onderwerp wordt toegelicht en de wenselijke situatie omtrent het meten van de vochtintake wordt beschreven. In hoofdstuk 2 wordt de feitelijke situatie toegelicht en hoofdstuk 3 gaat in op de probleemanalyse, doelgroep en setting. In hoofdstuk 4 worden de gekozen strategieën en interventies toegelicht, waarna in hoofdstuk 5 het implementatieplan beschreven staat. In hoofdstuk 6 wordt de evaluatie en borging van het kwaliteitsverbeteringsproces beschreven. Tot slot wordt er in de nabeschuwing een conclusie, aanbeveling en discussie beschreven. Hierna volgen de literatuurlijst en de bijlagen.

Hoofdstuk 1. Onderwerpkeuze en wenselijke situatie

In dit hoofdstuk wordt de keuze voor het onderwerp en de wenselijke situatie omtrent het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis beschreven. Ten eerste wordt het gebruikte model en de onderwerpkeuze benoemd. Daarna zijn de dataverzamelmethode toelicht, waarna de resultaten en conclusie van de wenselijke situatie aan bod komen.

1.1 Implementatiemodel

De opzet van deze bachelor thesis is gebaseerd op het implementatiemodel van Grol & Wensing (2011). Grol & Wensing (2011) beschrijft implementatie als volgt: ‘een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg’. Binnen dit onderzoek zal iedere stap van dit model doorlopen en beschreven worden. De eerste stap in het implementatiemodel van Grol & Wensing omvat het vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering. Daarnaast wordt in de eerste stap de wenselijke situatie geformuleerd (Grol & Wensing, 2011).

1.2 Onderwerpkeuze

Vocht is van groot belang voor het lichaam, de vochtintake en output moeten in balans zijn. De aanbevolen hoeveelheid vocht is rond de 1500 tot 2000 ml/dag (Hooper, Bunn, Jimoh & Fairweather-Tait, 2014; Wotton, Crannitch et al., 2008; Schols & van Staveren, 2002), waarvan 70% direct gedronken zou moeten worden (Gezondheidsraad, 2006). Ouderen drinken doorgaans minder, door verschillende lichamelijke veranderingen zoals afname van het dorstgevoel, afname van de hoeveelheid totaal lichaamswater en afname van het concentratievermogen van de nieren (Hooper, Abdelhamid et al., 2015; Begum & Johnson, 2011; Diesfeldt, 2008; Faes, Spigt & Olde Rikkert, 2007). Verminderde vochtintake kan leiden tot dehydratie. Daarnaast hebben ouderen een verhoogde kans op dehydratie door verscheidene risicofactoren. Dehydratie is een tekort aan lichaamswater en kan tot ernstige gevolgen leiden.

Een belangrijk onderdeel van het voorkomen en de behandeling van dehydratie is het meten van de vochttoestand. Het monitoren van gewichtsverlies, het bijhouden van vocht- en vragenlijsten lijken het meest geaccepteerd te zijn om de hydratatiestatus te meten en kunnen als koperen standaard gezien worden (Nissensohn et al., 2015; Rodrigues et al., 2015). Het bijhouden van een vochtlijst gebeurt echter vaak onnauwkeurig waardoor de mate van (de)hydratie niet goed zichtbaar wordt (Shepherd geciteerd door Campbell, 2012). Het is in de

literatuur beschreven maar tevens in de praktijk bekend dat deze vochtlijsten vaak niet accuraat worden ingevuld. Uit de praktijk blijkt ook dat het nauwkeurig bijhouden van de vochtintake een arbeidsintensieve taak is. Ook op de afdeling geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard, worden de ingeschonken hoeveelheden vocht geschat op basis van de standaardmaat van het servies en de hoeveelheid vocht die niet is opgedronken door de patiënt wordt ingeschat door de medewerker. Door deze methode wordt de vochtintake minder nauwkeurig gemeten. Hieruit blijkt tevens de ernst van het probleem vanuit de praktijk. In het volgende deel van het hoofdstuk wordt de wenselijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis toegelicht.

1.3 Methode wenselijke situatie

Om een duidelijk beeld te krijgen van de wenselijke situatie zijn twee onderzoeksmethoden toegepast, namelijk een literatuurstudie en semigestructureerde interviews.

1.3.1 Literatuurstudie

Ten eerste is er een literatuurstudie uitgevoerd om kennis te verzamelen over dehydratie bij ouderen en de preventie hiervan. De hoofdvraag voor deze literatuurstudie luidt: ‘Op welke wijze kan dehydratie bij ouderen opgenomen in de ziekenhuissetting voorkomen worden?’ Om een onderbouwd antwoord hierop te geven is literatuur gezocht in verschillende databanken, voornamelijk via de DiZ en PubMed. Tijdens het doorzoeken van deze databanken is gebruik gemaakt van de hoofdvraag, welke is opgesteld via de probleem, interventie en outcome (PIO)-methode. Zoektermen die gebruikt zijn waren onder andere dehydratie, ouderen en preventie. Er is gebruik gemaakt van de booleaanse operatoren “AND” om de verschillende zoektermen te combineren en “OR” om de synoniemen te benoemen. Tijdens de literatuurstudie is gebruik gemaakt van Nederlands en Engelstalige onderzoek artikelen, reviews, richtlijnen en boeken. Er is gebruik gemaakt van recente onderzoeken, (niet ouder dan tien jaar) alsmede conceptuele literatuur ter ondersteuning. Tijdens de literatuurstudie is in een tabel de gevolgde zoekstrategie bijgehouden, waarop genoteerd is op welke databanken gezocht is, de zoektermen, in- en exclusiefactoren, aantal hits, en de uiteindelijk gekozen artikelen. Tevens is de verantwoording van de gebruikte literatuur beschreven. In bijlage 1 is de gevolgde zoekstrategie te vinden en in bijlage 2 de verantwoording voor de gekozen literatuur.

1.3.2 Interviews

Naast een literatuurstudie hebben semigestructureerde interviews plaatsgevonden met inhoudsdeskundigen. Er is gekozen voor de semigestructureerde vorm omdat het onderwerp

beperkt is en de student al beschikt over enige voorkennis vanuit de literatuurstudie. Dankzij de semigestructureerde vorm was de student vrij om door te vragen en in te spelen op de te interviewen persoon. Er is gekozen voor een mondeling interview vanwege de grote mate van flexibiliteit tijdens de dataverzameling. Een klinisch geriater en twee diëtisten werkzaam op de afdeling Geriatrie, werden geïnterviewd over hun visie op de wenselijke situatie van het meten van de vochtintake bij ouderen. Er is gekozen voor deze disciplines omdat zij expertise hebben over dit onderwerp en in de dagelijkse praktijk bezig zijn met de doelgroep ouderen. De interviews werden opgenomen middels audio opnameapparatuur, een hiervan werd daarna *verbatim* uitgewerkt en het andere interview werd samengevat. Daarna zijn de interviews geanalyseerd met behulp van kleurcodering en verwerkt in een samenvatting volgens de beschreven methode van Baarda, B. (2014). Verder is er gebruik gemaakt van *member checking* en *peerdebriefing* om de geldigheid van het onderzoek te bevorderen. Tijdens een *member check* wordt aan de respondent(en) gevraagd of zij het eens zijn met omschrijvingen, interpretaties en conclusies. Bij *peerdebriefing* wordt het onderzoek gelezen door niet direct bij het onderzoek betrokkenen collega('s). De topiclijst voor deze interviews is te vinden in bijlage 4. De uitwerking en analyse van de interviews zijn te vinden in bijlage 5 en 6.

1.4 Resultaten

De resultaten gericht op de wenselijke situatie zijn voortgekomen uit de bovenstaand beschreven methoden. In deze paragraaf worden de resultaten beschreven.

1.4.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie “Het hoofd boven water houden: Dehydratie bij ouderen”, richtte zich vooral op een normale vochtintake, dehydratie bij ouderen en de interventies die kunnen worden ingezet om dehydratie bij ouderen te voorkomen. Het meten van de vochtintake, waar deze bachelor thesis over gaat, is een onderdeel hiervan.

Vocht is van groot belang voor het lichaam en de regulatie van de vochtbalans is een nauwkeurig lichamelijk proces (Bakker, Habes, Quist, van der Sanda, van der Vrie, 2015; van Duinen, 2013; Jéquier & Constant, 2010). De aanbevolen hoeveelheid vocht is rond de 1500 tot 2000 ml/dag (Hooper, Bunn, et al., 2014; Wotton, Crannitch et al., 2008; Schols & van Staveren, 2002), waarvan 70% direct gedronken zou moeten worden (Gezondheidsraad, 2006). Het blijkt dat ouderen om verschillende redenen vaak minder drinken dan deze hoeveelheid (Konings, 2011). Dit komt door verschillende lichamelijke veranderingen zoals afname van het dorstgevoel, afname van de hoeveelheid totaal lichaamswater en afname van het

concentratievermogen van de nieren (Hooper, Abdelhamid et al., 2015; Begum & Johnson, 2011; Diesfeldt, 2008; Faes, Spigt & Olde Rikkert, 2007). Een verminderde vochtintake kan leiden tot dehydratie, een veelvoorkomende stoornis bij ouderen. Er bestaat geen absolute definitie van dehydratie, in de literatuur zijn veel verschillende definities te vinden. In deze bachelor thesis wordt van de definitie ‘dehydratie als een tekort aan lichaamswater’ uitgegaan, omdat dit concreet het probleem weergeeft en omdat er bij de landelijke richtlijn wordt uitgegaan van deze definitie (De Nijs & de Graeff, 2010).

Dehydratie kan veel gevolgen hebben op fysiek en mentaal gebied, zoals delirium, verhoogde kans op trombo-embolische complicaties (bloedvatverstoppen), urineweginfecties, incontinentie, luchtweginfecties, nierstenen, nierfalen, koorts, obstipatie, hypotensie en geneesmiddelenvergiftiging. Dehydratie maakt tevens de behandeling van veel ziekten moeilijker (Johnstone, Alexander & Hickey, 2015; Campbell, 2011; Konings 2011). Gebleken is dat diverse risicofactoren een rol kunnen spelen bij de dehydratie, waarbij veel van deze factoren samenhangen het ouder worden (Johnstone, Alexander et al., 2015; Hooper, Bunn, et al., 2014). Het herkennen en diagnosticeren van dehydratie bij ouderen is lastig omdat klachten en klinische tekenen vaak specifiek en minder duidelijk aanwezig zijn. Er zijn meerdere klinische symptomen te benoemen, maar er is beperkt bewijs voor de diagnostische bruikbaarheid hiervan en er bestaat geen consensus over (Hooper, Abdelhamid et al., 2015). Dehydratie uit zich dus significant anders bij ouderen (Faes, Spigt & Olde Rikkert, 2007).

Het is van belang om de mate van dehydratie te meten om de ernst en het beloop van dehydratie en het effect van de rehydratievorm te meten. Er zijn verschillende manieren om dehydratie te meten, dit kan bijvoorbeeld door de vochtintake te monitoren. Het nauwkeurig bijhouden van vochtlijsten wordt beschouwd als de beste aanpak om de vochtintake te monitoren, hoewel er zorgen zijn over de zorgvuldigheid (Reid, et. al., 2004). Herhaalde bepaling van het lichaamsgewicht is waarschijnlijk een meer betrouwbare en veel gebruikte methode om de vochtbalans te volgen, mits uitgevoerd onder standaardcondities, zoals het tijdstip (Bunn, Jimoh, Wilsher, & Hooper, 2015). Ook hematologische waarden kunnen gebruikt worden als meting, waaronder de osmolariteit van het bloed, welke ook een indicatie van de hydratatiestatus geven (Hooper, Bunn, et al., 2014). Via de urine kan ook een indicatie van de hydratatiestatus verkregen worden: urine-osmolariteit, soortelijk gewicht, 24 uursvolume en de kleur. Het nadeel is dat urineparameters vaak meer een beeld geven van recent gebruikt volume dan de werkelijke hydratatietoestand. Tevens kan het dorstgevoel gemeten worden met een eenvoudige numerieke schaal, dit is echter van beperkte waarde bij oudere personen vanwege een afgestompt gevoel van dorst (Jéquier & Constant, 2010).

Concluderend lijken het monitoren van gewichtsverlies, het bijhouden van vocht- en vragenlijsten (al dan niet op basis van zelfrapportage) het meest geaccepteerd te zijn om de hydratiestatus te meten en kunnen als koperen standaard gezien worden (Nissensohn et al., 2015; Rodrigues et al., 2015). Het monitoren van vochtintake wordt tevens gepromoot door onder andere ActiZ in een multidisciplinaire richtlijn (Arcares, 2001), het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), de inspectie van volksgezondheid (IGZ) en vele brancheorganisaties (De Nijs & de Graeff, 2010).

Het monitoren van vochtintake gaat meestal via het invullen van een vochtlijst. Het is echter algemeen bekend dat deze vochtmonitoring berucht onnauwkeurig is (Shepherd geciteerd door Campbell, 2012). Vaak wordt de lijst gebaseerd op geschatte hoeveelheden in plaats van gemeten volumes, zoals gesignaleerd een kleinschalig onderzoek (Godfrey, Cloete, Dymond, & Long, 2012). Onderzoeken van Reid et al. (2004) in de ziekenhuissetting en van Kayser-Jones et al. (1999) in verzorgingshuizen bevestigen de zorgen rondom de nauwkeurigheid de vochtlijsten (geciteerd uit Hooper, Bunn, et al., 2014). De standaard vochtlijsten hebben een reputatie van onnauwkeurigheid en zijn dus van weinig klinische waarde. Het monitoren van vochtintake gebeurt vaak inadequaet, derhalve dienen veel zorgverleners systematische verbeteringen aan te brengen (Reid, 2004). Een oplossing voor dit probleem moet een verpleegkundige prioriteit krijgen (Campbell, 2012). Slechte monitoring op vochtintake laat patiënten zitten met een risico op het ontwikkelen van chronische dehydratie (Campbell, 2011).

1.4.2 Interviews

Er hebben semigestructureerde interviews plaatsgevonden met een klinisch geriater en met twee diëtisten werkzaam op de afdeling geriatrie. Deze komen achtereenvolgens aan bod.

Interview met de klinisch geriater

De klinisch geriater is verantwoordelijk voor de medische zorg in het ziekenhuis voor kwetsbare ouderen, of ouderen in een kwetsbare positie. De geriater geeft aan dat vocht en voeding een onderwerp is dat hij erg belangrijk vindt. Het is volgens hem van belang om de vochtintake te meten omdat de World Health Organisation aangeeft dat men 1700 ml aan drinkvocht nodig heeft en de vraag is of de oudere patiënt dat binnenkrijgt. Ouderen hebben veel problemen met hydratatie, namelijk uitdroging of overvulling. Zeker als ouderen ziek zijn is dat een heel groot probleem. Daarnaast is dehydratie een risicofactor voor allerlei factoren zoals

delirium en vallen. Om deze redenen geeft de geriater aan dat hij erg gefocust is op een goede manier het meten van de vochtintake.

De wenselijke situatie rondom het meten van vochtintake is volgens de geriater dat het meten van de vochtintake geen extra activiteit zou moeten opleveren voor zowel de oudere of voor de verpleegkundigen en voedingsmedewerkers. Het zou wenselijk zijn dat er geen extra handelingen voor verricht hoeven worden. De geriater geeft aan dat hij nu vaak als commentaar hoort dat het veel werk kost om alles te registreren, dus als hier een automatisme ingezet zou kunnen worden zou dat volgens hem perfect zijn. Hij geeft aan dat het wenselijk zou zijn als er handelingen worden bespaard zodat er “meer handen aan het bed” zijn. Hierna is gericht gesproken over de slimme drinkbeker als uitgangspunt voor de vochtmeting (zie bijlage 11 voor een beschrijving van de beker).

Het zou volgens de geriater prettig zijn als de slimme drinkbeker “real-life” zou zijn, dus dat direct de vochtintake geüpload wordt op de computer en dat men altijd een beeld kan hebben over de vochtintake van de patiënt. De geriater gaf aan dat als de beker digitaal kan meten, een oudere ook meer inzicht kan krijgen in zijn eigen gedrag, wat op die manier mogelijk een oudere motiveert om zelf bewuster te worden om voldoende vocht binnen te krijgen. Wanneer de slimme drinkbeker goed functioneert, scheelt het handelingen waardoor er tijdswinst optreedt voor andere werkzaamheden. Een ander voordeel is een wellicht betere nauwkeurigheid, echter hoopt de geriater dat de nauwkeurigheid nu al best redelijk is. De geriater verklaart dat het ook voor de toekomst prettig zou zijn als men op een eenvoudige manier voortdurend inzicht kan houden in het drinkpatroon van ouderen die erg kwetsbaar en ziek zijn. Dit zou wellicht verwezenlijkt kunnen worden door de slimme drinkbeker. Hierbij is het van belang dat het systeem van de beker aan het informatiesysteem van het ziekenhuis en het elektronisch patiënten systeem gekoppeld kan worden. Het moet geïntegreerd kunnen worden in het bestaande systeem, anders gaat het volgens de geriater niet functioneren.

Interview met de diëtisten

De diëtisten werkzaam op de afdeling geriatrie krijgen aanvragen van consulten binnen via de geriater of automatisch gegenereerde consulten, op basis van de SNAQ-score van een patiënt (Short Nutritional Assessment Questionnaire, een meetinstrument om het risico op ondervoeding bij patiënten in te schatten). Het belang van het meten van de vochtintake bij ouderen is volgens de diëtisten hoofdzakelijk het voorkomen van dehydratie. Daarnaast zijn de geriatrische patiënten op de afdeling een kwetsbare groep, waardoor de patiënten vaak niet goed in de gaten hebben dat ze te weinig drinken. Tevens zien geriatrische patiënten het belang van

vocht vaak niet of minder in. Ook is het meten van de vochtintake heel belangrijk bij patiënten met een vochtbeperking. Bij de vraag naar de wenselijke situatie rondom de vochtintake geven de diëtisten aan dat het belangrijkste van het meten van de vochtintake is dat het nauwkeurig gebeurt, om een betrouwbaar beeld te krijgen. De diëtisten zijn al bekend met de innovatie van de “slimme drinkbeker”. Over het algemeen zijn ze positief over de slimme drinkbeker, vooral als deze nauwkeuriger kan meten. Echter geven de diëtisten aan dat de beker geen compleet beeld geeft van de vochtintake, de beker mist het vocht dat in voeding zit en geconsumeerd wordt door de patiënt. Tevens is de vochtbalans niet alleen afhankelijk van de vochtintake maar ook van de vochtoutput van de patiënt, hier kan de beker niets in betekenen. Hierdoor is het mogelijk een beperkt beeld van de vochtbalans.

1.5 Conclusie

De deelvraag behandeld in dit hoofdstuk is: ‘Wat is de wenselijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis?’. Concluderend kan gezegd worden dat het wenselijk is dat de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis nauwkeurig wordt gemeten om een betrouwbaar beeld te krijgen van de vochtintake. Het monitoren van gewichtsverlies en het bijhouden van vochtlijsten zijn nu het meest geaccepteerd om de hydratiestatus te meten. Deze methoden vragen echter om verschillende handelingen van medewerkers. Het zou volgens de geïnterviewde klinisch geriater wenselijk zijn dat het meten van de vochtintake geen extra activiteit oplevert voor zowel de oudere als de medewerker. Ook zou het wenselijk zijn om op een eenvoudige manier continu inzicht te houden in de vochtintake van kwetsbare en zieke ouderen in het ziekenhuis.

In dit hoofdstuk is de keuze voor het onderwerp en de wenselijke situatie voor het meten van vochtintake beschreven vanuit theorie en praktijk. In het volgend hoofdstuk wordt de tweede stap, de feitelijke situatie uit het implementatiemodel van Grol & Wensing (2011) beschreven.

Hoofdstuk 2. Feitelijke situatie

In dit hoofdstuk wordt de tweede stap van het implementatiemodel omschreven. De tweede stap omvat het analyseren van de feitelijke zorg. In deze stap wordt de situatie rondom het meten van de vochtintake op de afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum in kaart gebracht. Op basis van een analyse tussen de wenselijke en feitelijke situatie worden concrete doelen voor verbetering opgesteld (Grol & Wensing, 2011). Ten eerste worden de methoden om data te verzamelen toegelicht, waarna de resultaten en conclusie behandeld zijn.

2.1 Methode

Om een beeld te krijgen van de feitelijke situatie zijn drie onderzoeksmethoden toegepast namelijk informele gesprekken, semigestructureerde interviews en observaties.

2.1.1 Informele gesprekken

Om informatie te verzamelen over hoe de vochtintake op dit moment gemeten wordt, hebben informele gesprekken plaatsgevonden met vier voedingsmedewerkers en twee verpleegkundigen werkzaam op de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen. Er is gekozen voor informele gesprekken om op een laagdrempelige manier en in korte tijd informatie verwerven. Er is gekozen om informele gesprekken te voeren met voedingsmedewerkers, omdat deze discipline voornamelijk verantwoordelijk is voor de vochtintake van de oudere patiënt. Verder zijn informele gesprekken gevoerd met twee verpleegkundigen, welke ook een taak hebben bij de het meten van de vochtintake. Voor de informele gesprekken is een topiclijst gemaakt, te vinden in bijlage 7. De topiclijst bevat vragen gericht op de manier waarop een vochtlijst wordt bijgehouden. De interviews zijn geanalyseerd met behulp van kleurcodering en verwerkt in een samenvatting volgens de beschreven methode van Baarda, B. (2014). Er is gebruik gemaakt van *member checking* en *peerdebriefing* om de betrouwbaarheid van het onderzoek te bevorderen.

2.1.2 Semigestructureerde interviews

Er hebben naast informele gesprekken, semigestructureerde interviews plaatsgevonden met een klinisch geriater en twee diëtisten om de wenselijke situatie in kaart te brengen. In deze interviews kwam tevens de feitelijke situatie aan bod. De methode van de semigestructureerde interviews wordt uitgebreid omschreven in hoofdstuk 1.

2.1.3 Observaties

Om goed in kaart te brengen hoe de vochtintake momenteel wordt gemeten, is gebruik gemaakt van onverhulde en niet-participerende observaties. Hierbij zijn vier verschillende voedingsmedewerkers een dagdeel geobserveerd bij het aanreiken van vocht. De voedingsmedewerkers werden geobserveerd, omdat deze discipline de prominentste rol speelt in het aanreiken en meten van vocht. Er is gekozen voor gestructureerde observatie omdat er al voorkennis is over het onderwerp door middel van de literatuurstudie en de informele gesprekken. Hierdoor kon er doelmatig geobserveerd worden door middel van een observatielijst, welke te vinden is in bijlage 8. Er zijn verschillende observatie items opgesteld gericht op de manier van meten van vocht en het invullen van de vochtlijst. De resultaten gegevens zijn kwantitatief geanalyseerd en weergegeven in percentages.

2.2 Resultaten

De resultaten gericht op de feitelijke situatie zijn voortgekomen uit de bovenstaand beschreven methoden. In deze paragraaf worden de resultaten beschreven.

2.2.1 Informele gesprekken

De verantwoordelijkheid voor de vocht- en voedingslijsten ligt bij de voedingsmedewerkers en verpleegkundigen. De verpleegkundigen en voedingsmedewerkers komen dagelijks in aanraking met vochtintake bij ouderen, beide disciplines hebben de taak om vocht aan te reiken en eventueel te helpen met drinken. De voedingsmedewerkers spelen hierin de grootste rol. De voedingsmedewerkers en verpleegkundigen gaven aan dat het meten van de vochtintake belangrijk is om inzicht te krijgen in de vochtintake van een patiënt.

Wijze meten

De hoeveelheid vocht die wordt aangereikt wordt gemeten op basis van standaardhoeveelheden van het drinkservies, de koffieautomaat of verpakkingen van vocht. Deze standaardmaten worden op de vochtlijst ingevuld als aangeboden hoeveelheid vocht. De standaard hoeveelheden zijn bekend bij de medewerkers en staan tevens op de vochtlijst vermeld. De hoeveelheid vocht die niet is opgedronken door de patiënt wordt geschat door de medewerker op basis van de standaardmaat en het gedeelte van deze maat, dat nog aanwezig is. Dit wordt dan ingevuld op de vocht- en voedingslijst.

Vochtlijst bijhouden

Op de kamers van patiënten hangt een vocht- en voedingslijst op het whiteboard welke wordt bijgehouden. Hier registreert de verpleegkundige, familie en voedingsmedewerker op hoeveel

vocht is aangeboden en hoeveel vocht niet opgedronken is (teruggenomen hoeveelheid). De voedingsmedewerkers en verpleegkundigen geven aan dat wanneer ze de patiëntenkamer op lopen met eten of drinken, ze meteen op de lijst op de kamer invullen wat ze hebben aangereikt. Bij het ophalen het drinken vult de medewerker meteen op de vochtlijst in wat over is in de beker, dus de teruggenomen hoeveelheid welke niet is opgedronken. De voedingsmedewerkers verklaren dat de teruggenomen hoeveelheid vocht in principe direct wordt opgeschreven, dit is ook de afspraak. De verpleegkundigen geven aan dat kan voorkomen dat er tijd tussen het aanreiken van vocht en het invullen van de lijst zit. Dit is persoonsgebonden maar kan ook aan het feit liggen dat de patiënt aan tafel eet en niet in de kamer. Verder is het vaker zo dat een andere medewerker de teruggenomen hoeveelheid invult dan de medewerker die de aangereikte hoeveelheid heeft ingevuld. Soms wordt het invullen van hoeveelheid vocht die niet is opgedronken vergeten. De voedingsmedewerkers geven aan dat verpleegkundigen de vocht- en voedingslijst invullen wanneer zij water, pap of fruitmoes aanreiken bij de medicatie inname. De verpleegkundigen vullen via het digitale systeem de eventuele intake via infuus in. Familie vult normaal gesproken niets in op de vochtlijst, wanneer bekend is dat de familie ook vocht aanreikt vraagt de voedingsmedewerker of zij dit wil doorgeven aan de voedingsmedewerker, zodat zij dit weer invult op de vochtlijst. In de praktijk wordt dit weinig doorgegeven volgens de zorgverleners.

Indicatie voor meten vochtintake

De voedingsmedewerkers en verpleegkundigen benoemden dat bij opname van geriatrische patiënten standaard vier dagen een vocht- en voedingslijst bijgehouden wordt en deze lijsten worden ingevuld in V-rob. V-rob is een digitaal systeem waarin alle vocht en voeding geregistreerd kan worden. Hierin rapporteren de voedingsmedewerkers en verpleegkundigen de aangeboden hoeveelheid vocht (en voeding) en later ook wat niet is opgedronken (teruggenomen hoeveelheid). Het V-rob systeem berekent automatisch een vochtintake op basis van de aangereikte hoeveelheden vocht, de resthoeveelheden en de hoeveelheden vocht uit voedingsmiddelen. Via het V-rob systeem wordt ook het eventuele infuus ingevoerd en wanneer daarnaast ook de output wordt bijgehouden (zoals via katheter) berekent V-rob een vochtbalans. Volgens de voedingsmedewerkers blijven de papieren vocht- en voedingslijsten vaak in gebruik wanneer het invullen van V-rob is afgesloten, om inzicht te houden op de intake van de patiënt. De meeste patiënten op de afdeling geriatrie hebben een vocht- en voedingslijst op de kamer die wordt ingevuld. Als iemand medisch uitbehandeld is of op korte termijn met ontslag gaat, wordt de vochtlijst vaak vroegtijdig gestopt volgens de gesproken zorgverleners.

2.2.2 Semigestructureerde interviews

Geriaters

Op de afdeling geriatrie wordt op verzoek van de geriater, naar zijn mening “best goed” de vochtintake gemeten. Echter geeft hij aan alleen maar de resultaten te zien en niets te kunnen zeggen over de kwaliteit van de meting. De geriater verklaart dat zeker in het begin van de opname door de voedingsmedewerkers keurig wordt bijgehouden op vochtlijsten hoeveel vocht wordt aangereikt en hoeveel vocht overblijft en dus niet wordt opgedronken door de patiënt. Dit laatste is altijd een schatting, dus het is voor te stellen dat daar wellicht iets in mis gaat. Vaak wordt alleen in het begin van de opname goed gemeten en later tijdens de opname wordt dit losgelaten. Echter geeft de geriater aan dat het ook bij patiënten die langer dan 4 à 5 dagen in het ziekenhuis verblijven, van toegevoegde waarde kan zijn om de vochtintake te meten. Over de nauwkeurigheid van de huidige metingen geeft de geriater aan dat hij hoopt dat er nu al goed gemeten wordt en dat de nauwkeurigheid nu “best redelijk” is.

Diëtisten

De diëtist checkt niet standaard de vochtintake via de vocht- en voedingslijsten. De verpleegkundigen tellen de vochtintake van de vocht- en voedingslijsten op en controleren deze. Soms komt de vochtintake ter sprake in het consult van de diëtist, dan wordt hier ook op doorgevraagd maar over het algemeen ligt de focus op voeding van de geriatrische patiënt en het verbeteren van de voedingstoestand. Volgens de diëtisten is het nu soms zo dat een verpleegkundige even een glas water ververst terwijl er nog een half glas vocht in zat, of familie neemt drinken mee maar dit wordt dan niet ingevuld op de vocht- en voedingslijst.

2.2.3 Gestructureerde observaties

Tijdens vier drankronden zijn vier verschillende voedingsmedewerkers geobserveerd bij het aanreiken van vocht en het invullen van de vocht- en voedingslijst. De voedingsmedewerkers werkten op een helft van de afdeling geriatrie, waarbij zij meestal tien patiënten vocht aanreikten. In totaal zijn er aldus 39 momenten van vocht aanreiken geobserveerd. Op basis van dit totaalcijfer zijn percentages berekend en tabel 1 opgesteld.

Observatie items	Ja	Nee
1. De vloeistof welke wordt aangereikt aan de patiënt, wordt gemeten met behulp van een maatbeker.	0 (0%)	39 (100%)
2. De vloeistof wordt aangereikt aan de patiënt.	39 (100%)	0 (0%)
3. Er hangt een vochtlijst op de kamer van de patiënt.	33 (84,6%)	6 (15,4%)
4. De hoeveelheid vloeistof aangereikt, wordt ingevuld op de vochtlijst.	33 (84,6%)	6 (15,4%)
5. De hoeveelheid vloeistof welke is overgebleven (niet opgedronken door patiënt), wordt gemeten met behulp van een maatbeker.	0 (0%)	39 (100%)
6. De hoeveelheid vloeistof welke is overgebleven (niet opgedronken door patiënt) wordt ingevuld op de vochtlijst.	33 (84,6%)	6 (15,4%)
7. De vochtlijst wordt ingevuld in V-rob (elektronisch systeem)	13 (33,3%)	26 (66,7%)

Tabel 1: Observatie van voedingsmedewerkers tijdens drankrondes

Opmerkingen over de observaties:

- Bij twee patiënten was er geen vochtlijst op de kamer omdat deze net waren opgenomen op de afdeling, bij vier patiënten was de vochtlijst vroegtijdig gestopt in verband met ontslag.
- Door sommige voedingsmedewerkers werd soms de hoeveelheid vloeistof aangereikt ingevuld op de vochtlijst voordat de vloeistof daadwerkelijk werd aangereikt. De reden hiervoor is dat de voedingsmedewerkers eerst een ronde maken waarbij ze vragen wat de patiënt wil drinken, op dat moment de standaardmaat van de beker of glas, waarin ze de drank gaan aanbieden invulde, dan de drank ging halen en daarna de drank aanreikte aan de oudere patiënt.
- De voedingsmedewerker maakt na de drankronde nog een ronde om lege glazen op te halen. Daarnaast haalt ze ook eventueel glazen op die nog niet opgedronken zijn en de patiënt niet wil op drinken, hierbij schat ze de hoeveelheid vloeistof over in het glas in, en vult deze in op de vochtlijst als ‘teruggenomen hoeveelheid’.

2.3 Conclusie feitelijke situatie

De deelvraag behandeld in dit hoofdstuk is: ‘Wat is de feitelijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis?’. Concluderend kan gesteld worden dat de voedingsmedewerkers en verpleegkundigen een centrale rol spelen in het meten van de vochtintake. Deze disciplines reiken de grootste hoeveelheid vocht aan de patiënten aan en vullen deze hoeveelheden in op de vocht- en voedingslijst. Het meten van de hoeveelheden gebeurt op basis van standaardmaten en schattingen. De hoeveelheid vocht die niet is opgedronken door de patiënt en wordt teruggenomen, wordt geschat op basis van de standaardmaat en het gedeelte van deze maat, dat nog aanwezig is. Dit is het onderdeel dat voornamelijk foutgevoelig is, omdat het op basis van schatting gebeurt. Tevens wordt het invullen van de hoeveelheid vocht die niet is opgedronken soms vergeten. Deze factoren beïnvloeden de nauwkeurigheid van de vochtmeting nadelig.

Het meten van vocht speelt op de afdeling geriatrie een belangrijke rol. Dit blijkt uit het feit dat er bij een opname van een geriatrische patiënt vier dagen een vocht- en voedingslijst wordt bijgehouden om een duidelijk inzicht te krijgen in de vocht- en voedingsintake van de patiënt. Daarnaast verklaren alle respondenten dat ze het meten van vochtintake belangrijk vinden om inzicht te krijgen in de vochtintake van de geriatrische patiënt.

2.4 Vergelijking feitelijke en wenselijke situatie

In onderstaande tabel wordt de vergelijking gemaakt tussen de feitelijke en de wenselijke situatie rondom het meten van de vochtintake.

Feitelijke situatie	Wenselijke situatie
Het meten van de vochtintake gebeurt op basis van standaardmaten en schattingen. Soms wordt het invullen van hoeveelheid vocht die niet is opgedronken vergeten. Deze factoren beïnvloeden de nauwkeurigheid van de meting nadelig.	Het nauwkeurig bijhouden van vochtlijsten wordt beschouwd als de beste aanpak om de vochtintake te monitoren.
Het meten van de vochtintake is een arbeidsintensieve taak. De voedingsmedewerkers en verpleegkundigen vullen handmatig op papieren vochtlijsten in hoeveel vocht er wordt aangereikt en hoeveel vocht er wordt teruggenomen (niet opgedronken door de patiënt). Daarnaast worden deze hoeveelheden op indicatie ingevoerd in het V-rob systeem.	Het meten van vochtintake zou geen extra activiteit zou moeten opleveren voor zowel de oudere zelf of voor de verpleegkundigen of voedings- medewerkers.
Het meten van de vochtintake is een arbeidsintensieve taak. Er is niet op ieder moment van de dag een volledig inzicht in het drinkpatroon.	Op een eenvoudige manier op ieder moment inzicht kunnen houden in het drinkpatroon van ouderen die erg kwetsbaar en ziek zijn.

Tabel 2: Vergelijking feitelijke en wenselijke situatie rondom meten van de vochtintake

2.5 Concrete doelen voor verbetering

Vanuit de vergelijking van de feitelijke situatie en wenselijke situatie zijn de volgende doelen geformuleerd voor de kwaliteitsverbetering rondom het meten van de vochtintake:

- Vanaf de start van de pilot hebben de voedingsmedewerkers en verpleegkundigen werkzaam op de afdeling geriatrie kennis over dehydratie en vochtintake bij ouderen.
- Vanaf de start van de pilot zijn de voedingsmedewerkers en verpleegkundigen op de afdeling geriatrie zich bewust van het belang van het nauwkeurig meten van de vochtintake.
- Na afloop van de pilot wordt de vochtintake van geriatrische patiënten nauwkeurig gemeten door de voedingsmedewerkers en verpleegkundigen werkzaam op de afdeling geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard.

Deze vergelijking is daarna gekoppeld aan de innovatie van “de slimme drinkbeker”:

- Vanaf de start van de pilot is het gebruik van de slimme drinkbeker bekend bij de voedingsmedewerkers en verpleegkundigen op de afdeling geriatrie, zodat de vochtintake metingen adequaat worden uitgevoerd.
- Vanaf de start van de pilot is het gebruik van de slimme drinkbeker bekend bij de oudere patiënten die hiervoor in aanmerking komen op de afdeling geriatrie.

In dit hoofdstuk is de feitelijke situatie voor het meten van vochtintake beschreven vanuit verschillende methoden. Hieruit vloeiden concrete doelen voor verbetering. In het volgende hoofdstuk wordt de derde stap, de analyse van doelgroep en setting uit het implementatiemodel van Grol & Wensing (2011) beschreven.

Hoofdstuk 3. Probleemanalyse, doelgroep en setting

In dit hoofdstuk is de derde stap van het implementatiemodel van Grol & Wensing beschreven. Deze stap omvat het analyseren van de doelgroep en setting van de afdeling waar het kwaliteitsverbeteringsproces met de slimme drinkbeker zal plaatsvinden. Daarnaast zijn de bevorderende en belemmerende factoren inzichtelijk gemaakt die bij de implementatie van belang zijn (Grol & Wensing, 2011). Eerst komen de gebruikte methoden om data te verzamelen aan bod, vervolgens de resultaten en conclusie.

3.1 Methode

Om een duidelijk beeld te krijgen van de doelgroep en setting zijn verschillende onderzoeksmethoden toegepast. Deze worden achtereenvolgens beschreven.

3.1.1 Interview teamleiders

De doelgroep en setting zijn in kaart gebracht door middel van een semigestructureerd interview met de teamleider van het verpleegkundige personeel van de afdeling geriatrie. Hierbij is het gehele team dat werkzaam is op de afdeling geriatrie in kaart gebracht om een duidelijk beeld te schetsen van de setting. De verpleegkundigen en voedingsmedewerkers zijn echter de disciplines die het meest betrokken zijn bij de vochtintake en hierdoor de doelgroep waarop de implementatie wordt gericht. Om deze reden zijn de teams van de verpleegkundigen en van de voedingsmedewerkers nader in kaart gebracht. In een interview met de teamleider van het verpleegkundig personeel van de afdeling geriatrie is het verpleegkundig team besproken aan de hand van de rollen van Rogers. De teamleider is al geruime tijd teamleider van dit team en heeft hierdoor helder beeld van de teamleden en de manier van werken, waardoor zij een belangrijke informatiebron is. Daarnaast is een semigestructureerd interview uitgevoerd met de teamleider van de voedingsmedewerkers om inzicht te krijgen in dit team. De bevorderende en belemmerende factoren op de kwaliteitsverbetering zijn mede in kaart gebracht door de semigestructureerde interviews met beide teamleiders. Er is gekozen voor een semigestructureerd interview omdat het een beperkt onderwerp is en de student beschikt over enige voorkennis over de rollen van Rogers vanuit de literatuur. Op verzoek van de geïnterviewde teamleiders werden de interviews niet opgenomen. De interviews zijn direct na uitvoering samengevat aan de hand van de notities. Er is gebruik gemaakt van *member checking* en *peer debriefing* om de geldigheid van het onderzoek te bevorderen. De topiclijst en analyse van deze interviews is te vinden in bijlage 9.

3.1.2 Overige methoden

De bevorderende en belemmerende factoren zijn in beeld gebracht door middel van de gebruikte methoden van de voorafgaande twee stappen en de bovengenoemde interviews. Bij deze methoden is de pilot met de “slimme drinkbeker” besproken om dit te introduceren en verder te verduidelijken bij de afdelingsmedewerkers. Uit de reacties en vragen van medewerkers over de slimme drinkbeker kwamen belemmerende en bevorderende factoren voort.

3.2 Resultaten

De resultaten gericht op de doelgroep, setting en beïnvloedende factoren zijn voortgekomen uit de bovenstaand beschreven methoden. In deze paragraaf worden de resultaten beschreven.

3.2.1 Beschrijving setting

Het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard heeft 425 ziekenhuisbedden, waarvan 94 bedden voor de dagverpleging, 78 bedden voor de geestelijke gezondheidszorg en 90 bedden voor de revalidatie. Verder zijn er 12 verpleegafdelingen waarvan West 52 er een van is. Op West 52 zijn gemiddeld 21 bedden bestemd voor de geriatrie, welke voortdurend bezet zijn. Dit zijn oudere patiënten met comorbiditeit, hierbij is de behandeling te complex voor een ander behandelend arts. Vaak gaat het om een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. Op de afdeling liggen vaak patiënten met last van onrust ten gevolge van delier of een vorm van dementie.

3.2.2 Beschrijving gehele team afdeling Geriatrie

Het team van de afdeling geriatrie bestaat uit verschillende disciplines. Het verpleegkundig team op de afdeling bestaat uit 32 personeelsleden, namelijk 30 verpleegkundigen, 1 verzorgende IG en 1 afdelingssecretaresse. 2 verpleegkundigen zijn HBO opgeleid, 10 verpleegkundigen zijn gespecialiseerd in geriatrie en 2 verpleegkundigen zijn nu bezig met de vervolgopleiding geriatrie. Per jaar wordt meestal 1 verpleegkundige opgeleid tot geriatrieverpleegkundige, in de toekomst wordt op de afdeling gestreefd naar 60% geriatrieverpleegkundigen ten opzichte van 40% reguliere verpleegkundigen. Dit omdat de zorg complex is, wat specifieke geriatrie kennis vereist. Het is een tamelijk jong team, maar circa 20% is 50-plus. Naast het vaste personeel zijn er per dag gemiddeld 3 stagiaires of leerlingen van verschillende leerjaren binnen de MBO en HBO-V opleiding op de afdeling werkzaam. Daarnaast is er 1 klinisch geriater, 1 specialist oudergeneeskunde en een wisselend aantal arts-

assistenten werkzaam op de afdeling. Tevens zijn twee geriatriefysiotherapeuten, twee geriatrie ergotherapeuten en twee reguliere diëtisten gekoppeld aan de afdeling. Deze disciplines werken afwisselend op de afdeling. Er zijn daarnaast een activiteitentherapeut en een activiteitenbegeleidster werkzaam op de afdeling. Er zijn 5 vaste voedingsmedewerkers op de afdeling en 10 “flexmedewerkers” die ook ingepland worden bij ziekte en verlof. De voedingsmedewerkers hebben verschillende achtergronden, er is geen specifieke opleiding vereist voor de functie. De vaste voedingsmedewerkers hebben geen specifieke opleiding gericht op voeding, zij hebben jaren ervaring in de schoonmaak of assisteren in de zorg vanuit het oude ziekenhuis. Een aantal jonge flexmedewerkers hebben wel een gerichte voedingsopleiding op MBO-niveau gevolgd.

3.2.3 Omgang met innovatie en veranderingen

Uit het semigestructureerde interview met de teamleider van het verpleegkundig team blijkt dat op de afdeling deels een cultuur heerst waarin nieuwe ideeën worden gewaardeerd. Er borrelen veel ideeën, maar het doorzetten van veranderingen wordt als lastig ervaren. De manier waarop het verpleegkundig team omgaat met veranderingen en innovaties ligt aan de desbetreffende verandering, geeft de teamleider aan. Kleine veranderingen zijn vaak geen probleem maar een omslag naar een nieuwe werkwijze gaat moeizaam.

Volgens de teamleider van de voedingsmedewerkers, gaat dit team over het algemeen goed om met veranderingen en innovatie. Er zijn verschillende werkgroepen waar de voedingsmedewerkers deel van uitmaken, gericht op voeding. Tevens wordt er samengewerkt met logopedie en diëtetiek gericht op innovatie. Het team van voedingsmedewerkers is bereid om verschillende werkwijzen te testen en denken goed mee in innovaties. Hierbij denken zij gericht over wat deze innovatie voor de zorg (kan) betekenen.

Betrekken van de doelgroep

Beide teamleiders geven aan dat het van belang is om het team te betrekken in de pilot en hen goed voor te bereiden en te informeren over wat van hen verwacht wordt. Hierbij is het van belang om duidelijkheid te hebben over de omvang van de pilot, een vast aanspreekpunt te hebben tijdens de pilot en duidelijkheid over de evaluatie van de pilot.

3.2.4 Segmentatie van het verpleegkundig team

Specifiek herkenbare subgroepen binnen het verpleegkundig team worden onderscheiden door middel van het model van Rogers (2003), beschreven in Grol en Wensing (2011):

- *innovators*: een groep die sterk gericht is op nieuwe ideeën.

Binnen het verpleegkundig team van de afdeling bestaat een kleine groep *innovators*. Dit zijn vooral werknemers die een sterrolhouderschap hebben. Dit is een soort kartrekkersrol gericht op een specifiek onderwerp, waarbij men deelneemt aan werkgroepen. De *innovators* komen met nieuwe ideeën vanuit deze werkgroepen.

- *early adoptors*: een actieve groep, die vaak veel status binnen de doelgroep heeft en als referentiepunt voor de meeste innovators fungeert.

Een kwart van het verpleegkundig team groep behoort tot de *early adoptors*. Zij worden als eerste meegenomen bij nieuwe ideeën en veranderingen. De rest van het team hecht waarde aan hun mening. Wanneer zij met de verandering meegaan, volgt de rest van het team vaak.

- *early majority*: een groep die niet bestaat uit leiders, maar die nauw contact heeft met en zich laat leiden door de *early adoptors*.

Het grootste gedeelte van het verpleegkundig team bestaat uit de *early majority*. Zij komen zelf niet met ideeën, maar staan open voor veranderingen mits de *early adoptors* meegaan.

- *late majority*: een groep die sceptisch is ten aanzien van verandering en weinig gevoelig voor informatiebronnen; zij vertrouwt meer op de publieke opinie of druk vanuit collega's. De *late majority* betreft een kwart van het verpleegkundig team, zij zijn afwachtend bij veranderingen en kunnen sceptisch zijn. Als de meerderheid van de groep meegaat, zullen zij geneigd zijn toch mee te buigen.

- *laggards*: een traditionele groep, die veel weerstand tegen verandering heeft. In het verpleegkundig team zijn geen laggards aanwezig, deze groep is vooral verschoven naar de *late majority*.

3.2.5 Belangen en doelen van de verschillende betrokkenen

In deze paragraaf komen de belangen en doelen van de verschillende betrokken van het kwaliteitsverbeteringsproces aan bod.

Patiënten en hun mantelzorgers: Het belang van de patiënten en hun mantelzorgers is om het risico op dehydratie te signaleren en te verminderen om complicaties en ongemakken te voorkomen.

Behandelend arts: De behandelend arts heeft belang bij het hebben van nauwkeurige meetgegevens van de vochtintake om hier eventueel beleid op in te zetten of aan te passen. Daarnaast wil de behandelend arts het risico op dehydratie bij geriatrische patiënten in kaart brengen en verminderen. Verder is het van belang om het risico op andere complicaties die kunnen samenhangen met dehydratie te voorkomen (zoals een delier).

Diëtist: De diëtist heeft er belang bij om nauwkeurige meetgegevens te hebben van de vochtintake om hier eventueel interventies op in te zetten. Daarnaast wil de diëtist het risico op dehydratie bij geriatrische patiënten in kaart brengen en verminderen.

Verpleegkundigen: Voor verpleegkundigen is het van belang om inzicht te krijgen in de vochtintake van de geriatrische patiënten. Met de slimme drinkbeker hoeven de verpleegkundigen minder taken uit te voeren om inzicht op de vochtintake van de patiënt te krijgen. Daarnaast wil de verpleegkundige het risico op dehydratie bij geriatrische patiënten in kaart brengen en verminderen. Tevens is een belang om het risico op andere complicaties die kunnen samenhangen met dehydratie te voorkomen (zoals een delier).

Voedingsmedewerkers: Voor de voedingsmedewerkers is het van belang om inzicht te krijgen in de vochtintake van de geriatrische patiënten. Met de slimme drinkbeker hoeven de voedingsmedewerkers minder taken uit te voeren om inzicht op de vochtintake van de patiënt te krijgen. Daarnaast wil de voedingsmedewerker het risico op dehydratie bij geriatrische patiënten in kaart brengen en verminderen.

Organisatie: De organisatie heeft het belang om goede en efficiënte zorg te leveren aan zijn klanten, ook gericht op vochtintake. Het is van belang om het risico op andere complicaties die kunnen samenhangen met dehydratie te voorkomen. Een vermindering van deze complicaties zou kunnen leiden tot een kortere opnameduur.

Overheid en verzekeraars: Voor overheid en verzekeraars is het van belang om het risico op dehydratie en samenhangende complicaties te voorkomen omdat zij tot doel hebben de volksgezondheid te bevorderen en de kosten te beheersen.

3.2.6 Beïnvloedende factoren

In deze paragraaf komen de beïnvloedende factoren voor de kwaliteitsverbetering rondom de slimme drinkbeker aan bod. Voor een beschrijving van de beker, zie bijlage 11. In een tabel wordt aangegeven of de factoren belemmerend of bevorderend werken voor de kwaliteitsverbetering. De factoren worden benoemd per domein (Grol & Wensing, 2011). De factoren zijn beschreven over het team van voedingsmedewerkers en het verpleegkundig team, omdat zij de grootste rol spelen in de kwaliteitsverbetering rondom het meten de vochtintake.

Domein	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Individuele factoren: - Cognitieve factoren - Motivationale factoren, attitude - Gedragmatige factoren, routines	+ Het overgrote deel van het verpleegkundig team heeft een hoog opleidingsniveau genoten binnen de zorg (MBO-4 of HBO). Een gedeelte van het team is gespecialiseerd opgeleid in de geriatrie, waardoor zij over voldoende vakkennis en deskundigheid over de doelgroep beschikken. + Het verpleegkundig team en het team van voedingsmedewerkers staat over het algemeen open voor veranderingen. + Het verpleegkundig team en het team van voedingsmedewerkers geeft aan bewust te zijn van het belang van goede vochtintake en het meten van de vochtintake. + Een deel van het verpleegkundig team geeft aan dat huidige werkwijze niet nauwkeurig is. + Een deel van het verpleegkundig team en het team van voedingsmedewerkers heeft de beker al eens gezien en kent de werking.	– Het vaste team van voedingsmedewerkers werkzaam op de afdeling, heeft geen specifieke opleiding gevolgd gericht op voeding en vocht (bij ouderen). – in bepaalde mate ontbreekt een “ <i>sense of urgency</i> ”, behoefte aan innovatie rondom dit onderwerp bij voedingsmedewerkers en verpleegkundigen. – weinig kennis over de werking van de beker bij voedingsmedewerkers en verpleegkundigen. – geen bewezen effectiviteit van de beker. – kritische attitude ten opzichte van de beker, kanttekeningen op werking van de beker en geen beeld hoe de patiënt hiertegenover staat bij voedingsmedewerkers en verpleegkundigen. – geen zicht op complexiteit, zichtbaarheid en probeerbaarheid van de innovatie bij de medewerkers. – huidige manier van werken rondom de vochtintake door verpleegkundigen en voedingsmedewerkers verschilt significant van nieuwe manier van werken. – hoge ervaren werkdruk, idee dat nieuwe manier meer tijd kost.

<i>Sociale factoren:</i> - Patiënten zorgteams. - Professionele netwerken	+ in het verpleegkundig team heerst een cultuur waarin nieuwe ideeën worden gewaardeerd. Hoe het team omgaat met veranderingen en innovatie ligt aan de verandering. + het verpleegkundig team bestaat uit grotendeels uit <i>early majority</i> en <i>early adoptors</i>. + het team van voedingsmedewerkers is bereid om verschillende werkwijzen te testen en denken goed mee in innovaties. + een geriater van de afdeling, een belangrijke opinielider, is betrokken bij de innovatie en staat hier positief tegenover. Het team hecht waarde aan zijn opinie. + de teamleiders van het verpleegkundig team en de voedingsmedewerkers staan positief tegenover de pilot en willen graag betrokken worden.	– in het verpleegkundig team is het doorzetten van veranderingen is ingewikkeld. Kleine veranderingen zijn vaak geen probleem maar een omslag naar een nieuwe werkwijze gaat moeizaam. – veel verschillende medewerkers zijn betrokken bij de vochtmeting, hierdoor dient er tussen meerdere personen afstemming gegarandeerd te worden.
<i>Organisatorische factoren:</i> - Organisatiestructuren en werkprocessen - Organisatiecultuur - Beschikbare middelen	+ de organisatie heeft het keurmerk <i>senior friendly hospital</i> ontvangen en heeft de geriatrische zorg hoog in het vaandel staan. + alle noodzakelijke materialen voor de pilot (bekers) worden beschikbaar gesteld vanuit de ontwikkelaar.	– uit informeel gesprek met de teamleider van het verpleegkundig team blijkt dat de organisatie in mindere mate gericht op innovatie is, wil dit wel maar laat zich vooral leiden door financiën. – de beker sluit niet volledig aan op het informatiesysteem van de organisatie, waardoor een noodzakelijke faciliteit voor het registreren van de vochtintake niet aanwezig is. – het inzetten van de beker sluit wellicht niet volledig aan op de bestaande hygiëneregels rondom schoonmaken, namelijk dat al het servies in de centrale keuken wordt gereinigd.
<i>Maatschappelijke factoren</i> - Professionalisering - Financiële prikkels - Wet- en regelgeving	+ de pilot brengt voor nu geen financiële gevolgen met zich mee.	– wanneer de beker uiteindelijk geïmplementeerd wordt op de afdeling, brengt dit financiële gevolgen met zich mee, namelijk het aanschaffen van de bekens en het inrichten van het informatiesysteem.

Tabel 3: Beïnvloedende factoren gericht op de pilot rondom het meten van de vochtintake met de slimme drinkbeker

3.3 Conclusie

De deelvraag behandeld in dit hoofdstuk is: ‘Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er bij het kwaliteitsverbeteringsproces met de slimme drinkbeker?’. Concluderend kan gezegd worden dat er verschillende beïnvloedende factoren een rol spelen bij de kwaliteitsverbetering met de slimme drinkbeker, benoemd in tabel 3. Het werkt bevorderend dat het verpleegkundig team en het team van voedingsmedewerkers over het algemeen open staat voor veranderingen en innovatie. Verder zijn deze teams zich bewust van het belang van goede vochtintake en het meten van de vochtintake. Belemmerend werkt dat in bepaalde mate een “*sense of urgency*”, behoefte aan innovatie rondom de vochtmeting ontbreekt bij verpleegkundigen en voedingsmedewerkers. Daarnaast hebben zij weinig kennis over de werking van de beker en is er geen bewezen effectiviteit van de beker. Hierdoor hebben beide teams een kritische attitude ten opzichte van de beker, kanttekeningen op werking van de beker en nog geen beeld hoe de geriatrische patiënt hiertegenover staat. Tevens hebben zij geen zicht op complexiteit, zichtbaarheid en probeerbaarheid van de innovatie.

In dit hoofdstuk zijn de analyse van doelgroep en setting plus de belemmerende en bevorderende factoren beschreven. Hieruit vloeien concrete beïnvloedende factoren waar interventies op ingezet moeten worden om de pilot te laten slagen. In het volgende hoofdstuk wordt de vierde stap, de ontwikkeling en selectie van strategieën en interventies uit het implementatiemodel van Grol & Wensing (2011) beschreven.

Hoofdstuk 4. Strategieën en interventies

In de vierde stap van het implementatiemodel van Grol & Wensing worden strategieën en interventies opgesteld voor de kwaliteitsverbetering rondom de slimme drinkbeker. Hierbij wordt een koppeling gemaakt tussen de beïnvloedende factoren van stap drie en de strategieën en interventies van stap vier (Grol & Wensing, 2011). In dit hoofdstuk worden de interventies en strategieën omschreven die geselecteerd zijn voor de pilot op de afdeling Geriatrie.

4.1 Methode

De methode om tot strategieën en interventies te komen is een exploratieve methode, welke gebaseerd is op brainstorming (Grol & Wensing, 2011). De brainstorm is uitgevoerd op basis van de concrete doelen voor verandering en de beïnvloedende factoren hierop. Tevens is een informeel gesprek gevoerd met een coördinerend verpleegkundige van de afdeling Geriatrie om de gekozen interventies te verifiëren en eventueel aanvullende interventies toe te voegen.

4.2 Resultaten

In deze paragraaf zijn de veranderingsstrategieën globaal weergegeven aan de hand van de EPOC, Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. Dit is een indeling om de strategieën en interventies op een logische wijze in te delen. In de tabel op de volgende pagina is de gekoppelde beïnvloedende factor benoemd, welke wordt aangepakt door middel van de gekozen strategie en interventie. De interventies zijn beschreven aan de hand van de fasen van verandering welke een individu doormaakt tijdens een implementatie (Grol & Wensing, 2011).

In onderstaande tabel wordt vaak gesproken van “het team”, in deze wordt zowel het team van voedingsmedewerkers als het verpleegkundig team bedoeld, daar zijn beide een grote rol spelen rondom het meten van de vochtintake.

Selectie van strategieën en interventies

Beïnvloedende factor	Fase van veranderingsproces	Strategie	Mogelijke interventies
+ deel van het team heeft de beker al eens gezien en kent de werking. + deel van het team vindt huidige werkwijze niet nauwkeurig. - ontbreken van “<i>sense of urgency</i>” - weinig kennis over de werking van de beker.	<i>Oriëntatie:</i> In deze fase moet de doelgroep zich bewust worden van, interesse krijgen in en betrokken raken bij de innovatie.	Professional gerichte strategie: Educatieve strategie	– <i>Gebruik van prikkelende mail</i> In een mail naar alle betrokken medewerkers wordt de pilot op een enthousiaste manier aangekondigd en benoemd wanneer de educatieve bijeenkomst is. Daarnaast wordt verwezen naar betrokken personen binnen de organisatie, waar men met vragen terecht kan. – <i>Educatieve bijeenkomst over de “slimme beker”</i> Tijdens een presentatie in het teamoverleg krijgt het team inzicht in eigen werkwijze door het presenteren van de resultaten uit de feitelijke situatie. Tevens wordt uitleg en een demonstratie van de beker gegeven. – <i>Verspreiding educatief materiaal</i> Er wordt digitaal en op papier een handleiding uitgedeeld over de werking van de slimme beker voor zowel voedingsmedewerkers als verpleegkundigen werkzaam op de afdeling. – <i>Inzet lokale opinieleiders</i> Een geriatr op de afdeling en een gespecialiseerd verpleegkundige bekend binnen de organisatie zullen medewerkers enthousiasmeren over de pilot en hen voorzien van mondelinge informatie. – <i>Informeel informeren</i> Tijdens pauze en/of overdracht momenten op de afdeling, informeren over de beker en de aankomende pilot. Dit wordt gedaan door een persoon gekoppeld aan de projectgroep.
+ Het team is zich bewust van het belang van goede vochtintake en het meten van de vochtintake. + Een geriatr van de afdeling is betrokken bij de innovatie en staat hier positief tegenover. - Het vaste team van voedingsmedewerkers	<i>Inzicht:</i> Deze fase is gericht op het informeren van de doelgroep over de inhoud van de innovatie en het geven van inzicht in de feitelijke zorgverlening.	Professional gerichte strategie: Educatieve strategie	– <i>Educatieve bijeenkomst over de “slimme beker”</i> Tijdens een presentatie in het teamoverleg krijgt het team informatie over het belang van het meten van de vochtintake bij geriatrische patiënten op de afdeling. De presentatie wordt bij voorkeur verzorgd door de ontwikkelaar van de beker en lokale opinieleiders uit de organisatie. – <i>Inzet lokale opinieleiders</i> Een geriatr van de afdeling, een belangrijke opinieleider, is betrokken bij de innovatie en staat hier positief tegenover. Hij zal het team informeel

heeft geen specifieke opleiding gericht op voeding en vocht (bij ouderen).			informereren over de meerwaarde van de pilot met de slimme beker. – <i>Informeel informeren</i> Zie voorgaande uitleg.
+ Het team staat over het algemeen open voor veranderingen. - geen bewezen effectiviteit van de beker. - kritische attitude ten opzichte van de beker.	<i>Acceptatie:</i> Bij deze fase is het van belang dat de doelgroep een positieve houding en motivatie om te veranderen, ontwikkelt.	Professional gerichte strategie: Educatieve strategie	– <i>Educatieve bijeenkomst over de “slimme drinkbeker”</i> Zie voorgaande uitleg. – <i>Inzet lokale opinieleiders</i> Zie voorgaande uitleg. – <i>Informeel informeren</i> Zie voorgaande uitleg.
+ Het team staat over het algemeen open voor veranderingen. - huidige manier van werken verschilt significant van nieuwe manier van werken. - hoge ervaren werkdruk, idee dat nieuwe manier meer tijd kost. - veel verschillende medewerkers zijn betrokken bij de vochtmeting.	<i>Verandering:</i> Deze fase is erop gericht om een echte start met de verandering in de praktijk te maken en het nut ervan te bevestigen.	Professional gerichte strategie: Educatieve strategie	– <i>Educatieve bijeenkomst over de pilot</i> Tijdens een uitleg over de pilot in het teamoverleg krijgt het team inzicht over hoe de pilot er uit gaat zien en wat van hen verwacht wordt. De bijeenkomst wordt bij voorkeur verzorgd door de ontwikkelaar van de slimme drinkbeker, de betrokken persoon vanuit Zuyd en lokale opinieleiders binnen de organisatie. – <i>Verspreiding educatief materiaal</i> Er wordt digitaal en op papier een handleiding uitgedeeld over de werking van de slimme drinkbeker voor zowel voedingsmedewerkers als verpleegkundigen werkzaam op de afdeling. Hierin staat precies benoemd wat van de medewerkers wordt verwacht tijdens de pilot. – <i>Verspreiding van educatief materiaal in combinatie met reminders:</i> Op de zusters post wordt een poster met een samenvatting van de handleiding voor de “slimme drinkbeker” opgehangen. – <i>Informeel informeren</i> Zie voorgaande uitleg. – <i>Inzet lokale opinieleiders</i> Een geriater van de afdeling en de teamleiders staan positief tegenover de innovatie en zijn bereid mee te werken aan de pilot. Zij zullen het team informeel informeren over de pilot en vragen beantwoorden waar nodig. Tevens wordt binnen het team een opinieleiders aangesteld, het liefst een innovator, early adopter of een van de coördinerende verpleegkundigen.

			– <i>Inzet ondersteunende personen tijdens de pilot</i> Tijdens de pilot is er altijd een persoon (telefonisch) bereikbaar voor technische ondersteuning. Tijdens de pilot is er altijd een persoon (telefonisch) bereikbaar voor ondersteuning rondom de uitvoering.
	<i>Verandering:</i> Deze fase is erop gericht om een echte start met de verandering in de praktijk te maken en het nut ervan te bevestigen.	Patiëntgerichte interventies: Educatieve strategie	– <i>Educatieve gesprekken over de pilot</i> In overleg met de opinie-leider binnen het team worden geschikte patiënten benaderd over deelname aan de pilot. Tijdens gesprekken wordt hen uitleg gegeven over de pilot en wat van hen verwacht wordt. – <i>Verspreiding educatief materiaal</i> Er wordt op papier een folder uitgedeeld over de werking van de slimme beker voor de patiënten. Hierin staat precies benoemd wat de meerwaarde is van de pilot en wat van de patiënt wordt verwacht.
+ de pilot brengt voor nu geen financiële gevolgen met zich mee. - wanneer de beker uiteindelijk geïmplementeerd zou worden op de afdeling, brengt dit financiële gevolgen met zich mee, namelijk het aanschaffen van de bekers en het inrichten van het informatiesysteem. - de werking van de beker sluit wellicht niet volledig aan op de bestaande hygiëneregels, namelijk dat al het servies in de centrale keuken wordt gereinigd.	<i>Behoud van verandering:</i> Deze fase is erop gericht om de nieuwe werkwijze te integreren in bestaande routines en verankering in de organisatie.	Organisatorische interventies	– <i>Integratie in digitaal informatiesysteem</i> Wanneer de beker op de lange termijn wordt geïmplementeerd is het van belang dat het geïntegreerd wordt in het huidige informatiesysteem. – <i>Voldoende middelen</i> Wanneer de beker op de lange termijn wordt geïmplementeerd is het van belang dat er voldoende bekers aanwezig zijn op de afdeling. – <i>Voldoende ondersteuning</i> Wanneer de beker op de lange termijn wordt geïmplementeerd is het van belang dat er ten alle tijden technische ondersteuning aanwezig is voor de medewerkers. Verder is het wenselijk om op een persoon binnen de organisatie te kunnen terugvallen voor vragen. – <i>Organisatorische maatregelen</i> Wanneer de beker op de lange termijn wordt geïmplementeerd is het van belang dat er wordt gekeken hoe de beker hygiënisch te reinigen zonder dat de patiënt de beker een lange tijd kwijt is, omdat de patiënt alle dranken vanuit deze beker moet nuttigen.

Tabel 4: Strategieën en interventies gericht op de pilot rondom het meten van de vochtintake met de slimme drinkbeker op de afdeling Geriatrie.

4.3 Conclusie

De deelvraag behandeld in dit hoofdstuk is: ‘Welke strategieën en interventies dragen bij aan het kwaliteitsverbeteringsproces rondom de slimme drinkbeker?’ Concluderend kan gezegd worden dat verschillende interventies worden aanbevolen, met name vanuit de educatieve strategie. Deze interventies worden ingezet op de belangrijkste beïnvloedende factoren die een rol spelen bij het kwaliteitsverbeteringsproces met de slimme drinkbeker. De interventies zijn gericht op het verpleegkundig team en het team van voedingsmedewerkers, omdat met name deze disciplines bezig zijn met het meten van de vochtintake. Het is noodzakelijk om het belang van een goede meting van de vochtintake te benadrukken in het team en de beker te introduceren. Een duidelijke uitleg over de uitvoering van de pilot is van belang, hiervoor zijn verschillende interventies aanbevolen. Daarnaast is het wenselijk om lokale opinieleiders te gebruiken om de acceptatie te vergroten. De inzet van ondersteunende personen vanuit de projectgroep is van belang om de probeerbaarheid van de pilot te vergroten en de complexiteit te verlagen. Tenslotte is het voornaam om de patiënten juist te informeren over de slimme drinkbeker en hun acceptatie te vergroten.

In dit hoofdstuk zijn de strategieën en interventies beschreven, welke worden aanbevolen voor de uiteindelijke pilot op de afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum. Door vertragingen in het ontwikkelingsproces van de slimme drinkbeker was het niet haalbaar om de pilot op de afdeling Geriatrie te laten plaatsvinden binnen de stageperiode van de student. Om deze reden is gekozen om de deel te nemen aan een pilot gericht op validatie van de slimme drinkbeker binnen een andere zorginstelling, namelijk zorgcentrum Sterrebosch te Thorn. Op deze manier kan toch inzicht verkregen worden in het uitvoeren van een pilot rondom het meten van de vochtintake. De omschreven gekozen strategieën en interventies worden overgedragen aan de projectgroep van de slimme drinkbeker om de uiteindelijke pilot op de afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te faciliteren. Het implementatie plan welke beschreven wordt in het volgende hoofdstuk is gericht op de pilot binnen zorgcentrum Sterrebosch.

Hoofdstuk 5. Implementatieplan

In dit hoofdstuk wordt de uitvoering van het implementatieplan gericht op de pilot met de slimme drinkbeker binnen zorgcentrum Sterrebosch omschreven. Dit is de vijfde stap van het implementatiemodel van Grol & Wensing. De omschrijving van de opzet van de pilot is reeds beschreven door de projectgroep (Magda van Gastel, Kenneth Oti en Erik Janssen) gekoppeld aan de slimme drinkbeker. Deze omschrijving is ingekort en aangepast aan de situatie.

5.1 Opzet pilot Proteion Sterrebosch

Het doel van deze pilot is het valideren van de slimme drinkbeker bij oudere cliënten en zorgverleners onder gecontroleerde praktijkomstandigheden. Onder deze omstandigheden wordt bedoeld dat de test wordt ondersteund door projectleden en studenten, en dat er een vaste structuur zit in de drinkmomenten van de ouderen. De hoeveelheid vochtintake gemeten met de slimme drinkbeker wordt vergeleken, met: 1. De scores van de ‘koperen standaard’, namelijk handmatige vochtregistratie en 2. De geobserveerde werkelijke vochtinname (gemeten met een geijkte maatbeker door studenten). Daarnaast zal door interviews met de ouderen en zorgverleners informatie verzameld worden over hun ervaringen met het gebruik van de beker en het invoeren van gegevens in het programma. Tijdens de uitvoering van de pilot zijn 6 studenten HBO-Vip betrokken bij de uitvoering van de metingen en de afname en analyse van de interviews.

Selectie en werving van ouderen en zorgverleners

Zorgverleners en oudere cliënten van Proteion worden na uitleg in een introductiebijeenkomst gevraagd om op vrijwillige basis deel te nemen aan het onderzoek. Cliënten die woonachtig zijn in zorgcentrum Sterrebosch en voldoen aan de inclusiecriteria worden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Inclusiecriteria zijn: oudere cliënten zonder grote cognitieve beperkingen (inschatting door behandelend arts), in staat om zelfstandig te drinken uit de slimme drinkbeker, mondeling kunnen communiceren, gemotiveerd mee te doen aan het onderzoek. Tijdens de benadering voor deelname aan het onderzoek krijgen de oudere cliënten mondeling informatie over het onderzoek en de beker, daarnaast krijgen ze deze informatie schriftelijk. Deelname is vrijwillig en men mag stoppen met deelname aan het onderzoek indien nodig of gewenst. In totaal worden bij voorkeur tien cliënten geselecteerd om mee te doen met de pilot.

Procedure

Een handleiding, welke precies beschrijft hoe de beker en het programma gebruikt dienen te worden, wordt op papier aangereikt en mondeling toegelicht aan de zorgverleners en de studenten. Deze handleidingen zijn te vinden in bijlage 10 en 11. De test vindt gedurende twee dagen plaats, iedere dag nemen vijf cliënten deel aan de pilot. Elke cliënt krijgt een eigen slimme drinkbeker. De zorgverleners van de afdeling bieden vijf maal een volle drinkbeker (à 200 ml) aan de oudere cliënten aan. De cliënten drinken het aangeboden vocht in de slimme drinkbeker geheel of gedeeltelijk op. De zorgverleners noteren de vochtintake op de vochtlijsten die zij binnen hun organisatie normaliter gebruiken. Studenten registreren gedurende een testdag vijf maal hoeveel vocht wordt aangeboden en gedronken door de oudere cliënten, door dit te meten met een geijkte maatbeker. Daarnaast observeren ze of er bijzonderheden zijn in het gebruik van de slimme drinkbeker door de cliënten en de zorgverleners. De observaties van de studenten worden genoteerd op observatielijsten (zie bijlage 10), waarop de hoeveelheid aangeboden, gedronken en weggegooid vocht wordt genoteerd. Na de testdag worden de oudere cliënten en de zorgverleners geïnterviewd, om hun ervaringen met de drinkbeker te inventariseren en de pilot te evalueren. Er zal aan cliënten gevraagd worden naar de algemene indruk, gebruiksgemak, acceptatie en inpasbaarheid in het dagelijkse ritme. Aan zorgverleners wordt ook naar gebruiksgemak gevraagd worden, waarbij verder is aandacht voor het invoeren en uitlezen van de meetgegevens in het softwareprogramma van de slimme drinkbeker. Daarnaast is de inpasbaarheid in het dagelijkse werk een belangrijk onderwerp. De zorgverleners vullen ook een vragenlijst in, de Post-Study System Usability Questionnaire, PSSUQ (Lewis, 2002). De observatielijst, topiclijst semigestructureerde interviews en vragenlijst staan in bijlage 10.

Meetgegevens

Gedurende de testdag worden de volgende gegevens verzameld:

- Kenmerken oudere cliënten, zoals leeftijd, aandoening, mobiliteit
- Hoeveel ingeschonken vocht per beker per cliënt in ml
- Hoeveelheid gedronken vocht per beker, per cliënt in ml
- Hoeveelheid niet gedronken vocht per beker, per cliënt in ml
- Bijzonderheden die zich voordoen, bijvoorbeeld een omgevallen beker
- Topics interview over gebruiksvriendelijkheid (algemene indruk, gebruiksgemak, acceptatie, inpasbaarheid in het dagelijkse ritme), de vragenlijst: PSSUQ (Lewis, 2002)

Analyse

De hoeveelheid vocht die gedronken en weggegooid wordt, zal in ml per beker vergeleken worden met de handmatige registraties (ingevulde vochtlijsten) en de geobserveerde registraties gemeten door de studenten met een geijkte maatbeker (gouden standaard). Er wordt beschreven hoeveel metingen binnen de marges (vastgestelde meetfouten) zijn. Daarbij worden de absolute waarden in kaart gebracht en met elkaar vergeleken en de mate van overeenkomsten berekend. De resultaten van de interviews zullen kwalitatief geanalyseerd worden, middels inhoudsanalyse (Baarda, B., De Goede, M., et. al., 2013) en de resultaten van de PSSUQ zullen door middel van beschrijvende statistiek worden geanalyseerd. De resultaten van deze pilot zullen gebruikt worden om de beker, het softwareprogramma om de meetgegevens uit te lezen en de gebruiksaanwijzing bij te stellen. De resultaten van de kwalitatieve onderzoeksmethoden komen in het volgende hoofdstuk aan bod komen.

In onderstaande tabel wordt het uitgevoerde implementatieplan beschreven rondom de pilot met de slimme drinkbeker in zorgcentrum Sterrebosch te Thorn. De taken zijn verdeeld onder de personen betrokken bij de pilot. Erik Janssen en Magda van Gastel zijn leden van de projectgroep met de slimme beker. Bart Rutten is locatiemanager van zorgcentrum Sterrebosch. Herbert Habets is stagebegeleider van de student en verpleegkundige in het Zuyderland Medisch Centrum.

5.2 Implementatieplan

Fase	Omschrijving	Wanneer	Wie	Taken
Fase 1: Oriëntatie In deze fase moet de doelgroep zich bewust worden van, interesse krijgen in en betrokken raken bij de innovatie.	<i>Introductiebijeenkomst op 29-02-2016</i> Middels een presentatie krijgt de doelgroep, namelijk oudere cliënten en zorgverleners, informatie over de opzet van de pilot. Hierbij zal de projectgroep zich voorstellen en de beker geïntroduceerd worden. De reden voor de inzet van de beker en de pilot worden toegelicht. Tijdens de presentatie is er ruimte voor opmerkingen en vragen.	Voor 29-02-2016	Student Erik Janssen Magda van Gastel Bart Rutten	– Het opstellen van een uitnodiging voor de introductiebijeenkomst, bedoeld voor medewerkers en cliënten. – Het opstellen van een presentatie voor de introductiebijeenkomst. – Het presenteren van een onderdeel van de introductiebijeenkomst. – Het bijstellen van de opzet van de presentatie. – Het presenteren van een onderdeel van de introductiebijeenkomst. – Het aankondigen van de introductiebijeenkomst bij medewerkers. – Het faciliteren van de introductiebijeenkomst.
Fase 2 & 3: Inzicht en acceptatie Fases gericht op het informeren van de doelgroep over de inhoud van de innovatie en het geven van inzicht in de feitelijke zorgverlening.	<i>Tweede bijeenkomst op 14-04-2016</i> Middels een presentatie krijgt de doelgroep informatie over de uitvoering van de pilot. Hierbij zal een gedeelte van de introductiebijeenkomst herhaald worden om informatie te verschaffen en te vernieuwen. Tijdens de presentatie is er ruimte voor opmerkingen en vragen. Na de presentatie zal een informatiebrief met aanmeldformulier uitgedeeld worden aan de cliënten.	Voor 14-04-2016	Student Erik Janssen Magda van Gastel Bart Rutten	– Het opstellen van een uitnodiging voor de tweede bijeenkomst, bedoeld voor medewerkers en cliënten. – Het opstellen van een presentatie voor de tweede bijeenkomst. – Het presenteren van een onderdeel van de tweede bijeenkomst. – Het bijstellen van de opzet van de presentatie. – Het presenteren van een onderdeel van de tweede bijeenkomst. – Het faciliteren van de tweede bijeenkomst.

	cliënten en zorgverleners om hun mening over de slimme drinkbeker te vergaren.		Erik Janssen Magda van Gastel Bart Rutten Studenten HBO-Vip Zorgverleners Oudere cliënten	– Technische ondersteuning tijdens de testdag. – Uitlezen meetgegevens van de beker en verwerken in Excel. – Zo nodig mede coördineren van de testdag. – Faciliteren van de testdag. – Uitvoeren van metingen van de vochtintake. – Digitaliseren van observatielijsten. – Uitvoeren en analyseren van semigestructureerde interviews met cliënten en zorgverleners. – Uitreiken en verwerken van vragenlijsten aan zorgverleners. – Vocht aanreiken aan ouderen en invullen van de reguliere vochtlijst. – Deelnemen aan semigestructureerde interview over hun mening van de slimme drinkbeker. – Drinken minimaal 5 drinkmomenten uit de slimme beker. – Deelnemen aan semigestructureerde interview over hun mening van de slimme drinkbeker.
Fase 5: Behoud van verandering In deze fase wordt de nieuwe werkwijze een vast onderdeel van de dagelijkse routines en	Na de testdagen zal er een evaluatie van de plaatsvinden met alle betrokkenen om de resultaten en het proces rondom de pilot te evalueren. Na het analyseren van de kwantitatieve meetgegevens en het verwerken van de feedback uit de evaluatie	Vanaf 13-5-2016	Student Erik Janssen Magda van Gastel Bart Rutten	– Bespreking van de resultaten uit de pilot. – Mondelinge evaluatie over het proces van de pilot en verbeterpunten voor de volgende pilot. – Adviesrapport (de bachelor thesis) wordt overgedragen aan de projectgroep als

wordt deze verankert in de zorgorganisatie.	van de pilot (vanuit de interviews en vragenlijsten van zorgverleners en oudere cliënten) wordt de slimme drinkbeker zo nodig aangepast waarna deze verder getest zal worden in de zorgpraktijk. Waarschijnlijk zal in september 2016 de beker wederom getest worden binnen zorgcentrum Sterrebosch.		Student Herbert Habets	voorbereiding op de pilot in het Zuyderland Medisch Centrum. – Mondelinge overdracht betreft de voorbereiding van de pilot in het Zuyderland Medisch Centrum naar H. Habets. Hij zal de pilot binnen de afdeling geriatrie gaan coördineren.
---	--	--	---------------------------	---

Tabel 5: Implementatieplan gericht op de pilot rondom het meten van de vochtintake met de slimme drinkbeker binnen Proteion Sterrebosch.

In dit hoofdstuk is de opzet van de pilot omschreven en het uitgevoerde implementatieplan op zorgcentrum Sterrebosch omschreven. In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van de onderzoeksmethoden gebruikt tijdens de pilot, namelijk de semigestructureerde worden gebruikt voor de evaluatie van de pilot. Daarnaast wordt omschreven hoe en aan wie de pilot is overgedragen.

Hoofdstuk 6. Evaluatie en borging

In dit hoofdstuk komt stap zes van het implementatiemodel van Grol & Wensing aan bod, deze stap bevat de evaluatie van de pilot van de slimme drinkbeker. Tevens komt aan bod hoe de kwaliteitsverbetering met de slimme drinkbeker geborgd wordt.

6.1 Methode evaluatie

Voor de evaluatie van de pilot van de slimme drinkbeker in zorgcentrum Sterrebosch te Thorn zijn semigestructureerde interviews verricht met een zorgverlener en de zeven oudere cliënten die instemden met deelname en verbaal in staat waren hun ervaring met de beker te verwoorden. De vragen zijn gericht op hun mening over de slimme drinkbeker en het meedoen aan het onderzoek. Deze interviews zijn uitgevoerd en geanalyseerd door HBO-Verpleegkunde studenten die betrokken waren bij de uitvoering van de pilot. Er is gekozen voor een semigestructureerde vorm van interviewen vanwege het beperkte onderwerp. Er is gekozen voor een mondeling interview vanwege de grote mate van flexibiliteit tijdens de dataverzameling. De interviews zijn opgenomen middels audio opnameapparatuur en hierna *verbatim* uitgewerkt. Daarna zijn de interviews geanalyseerd met behulp van kleurcodering en verwerkt in een samenvatting volgens de beschreven methode van Baarda, B. (2014). De topiclijst voor de interviews met oudere cliënten en zorgverleners, is bijgevoegd in bijlage 10. De uitwerking en analyse van de interviews is bijgevoegd in bijlage 12.

6.2 Resultaten

De evaluatie van de kwaliteitsverbetering wordt in deze paragraaf beschreven. In paragraaf 6.2.2. is een korte evaluatie van de pilot binnen zorgcentrum Sterrebosch omschreven vanuit de interviews en zijn aanbevelingen gedaan voor de evaluatie van het proces van deze pilot met de centrale betrokkenen. Verder worden in paragraaf 6.2.3 aanbevelingen gedaan voor de pilot op afdeling geriatrie, Zuyderland Medisch Centrum.

6.2.1 Effectevaluatie

Middels een effectevaluatie kan een uitspraak gedaan worden over het al dan niet succesvol zijn van de activiteit, het handelen en over het optreden van de beoogde gevolgen (Grol & Wensing, 2011). Omdat er geen gehele implementatie kon worden uitgevoerd en hierdoor geen effect kan worden gemeten, wordt een evaluatie beschreven over de pilot in zorgcentrum Sterrebosch te Thorn en een advies gegeven voor de effectevaluatie na de pilot op de afdeling geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum.

6.2.2 Procesevaluatie pilot zorgcentrum Sterrebosch te Thorn

Uit de interviews met zeven oudere cliënten die gedurende een dagdeel uit de beker hebben gedronken, blijkt dat de ervaringen rondom de slimme drinkbeker wisselend zijn. Een cliënt die deelnam was achteraf niet in staat om de vragen te beantwoorden. De cliënten die normaal gesproken uit een aangepaste beker dronken, konden de slimme drinkbeker niet goed hanteren. De meeste cliënten die zelfstandig drinken, gaven aan dat ze niet graag dagelijks uit de beker zouden willen drinken, omdat zij dit zelf (nog) niet nodig vinden.

Als grootste voordeel van de beker werd door de cliënten de goede houvast benoemd. Daarnaast geven twee cliënten aan dat de beker stevig staat waardoor hij niet snel wordt omgestoten. Een van deze cliënten geeft aan dat men hierdoor ook minder snel morst en niet snel misgrijpt naar de beker bij visusproblemen. Een cliënt vindt dat de beker niet te zwaar is. Tenslotte wordt door een cliënt aangegeven dat het een voordeel is dat je precies weet wat je drinkt. In het gesprek was het opvallend dat de meeste geïnterviewde oudere cliënten aangeven dat zij de beker ‘niet nodig’ hebben. Zij vinden de beker geschikt voor mensen die meer hulpbehoevend zijn, die bijvoorbeeld niet zo handig zijn met het vasthouden van een beker, niet in staat zijn zelf te drinken of met een hand niks kunnen.

Er zijn een aantal bezwaren die de cliënten aangaven betreffende de beker. Bij de cliënten die een tuitje nodig hadden, viel deze er vaker af. Tevens vinden twee cliënten de beker een beetje of zelfs erg zwaar. Een oudere cliënt merkte op dat ze de beker ‘niet gezellig’ vond, alsof je in het ziekenhuis bent. Ze had liever iets gewoons. Verder geven twee cliënten aan dat ze de opening van de beker te smal vinden, hierdoor konden ze moeilijk de beker geheel leegdrinken. Een van deze cliënten geeft aan dat de rand tegen haar neus kwam als zij de beker helemaal leeg wilde drinken.

Het merendeel van de cliënten geeft aan dat ze de informatievoorziening rondom het onderzoek duidelijk vonden en dat ze goed ingelicht waren over wat er ging gebeuren. Een cliënt vertelt dat ze de informatiebrief duidelijk vond, terwijl een andere cliënt aangeeft dat het lettertype hiervan erg klein was waardoor ze het niet kon lezen. Voor aanvang waren er een aantal oudere cliënten huiverig om mee te doen aan de testdag en twijfelde ze over hun deelname. Achteraf geven de meeste cliënten aan dat ze het leuk vonden om mee te doen. Een cliënt vertelt dat het tijdens de testdag iets lastiger was dat ze rekening moest houden met het tijdstip van drinken, omdat er dan weer gemeten werd door de studenten. Verder geven de meeste cliënten aan dat ze de begeleiding van de studenten tijdens het onderzoek erg prettig vonden. Een cliënt vertelde dat ze het goed vond dat ze altijd wat kon vragen en duidelijk antwoord kreeg.

Uit het interview met een zorgverlener die gedurende twee dagdelen dranken heeft aangereikt aan een cliënt in de slimme drinkbeker, blijkt dat de zorgverlener de beker niet geschikt vindt voor de desbetreffende cliënt. De beker is niet geschikt omdat het tuitje vaker van de beker af viel en de handvaten te recht zijn. Deze cliënt gebruikt normaal een aangepaste, schuinere beker om uit te drinken. Bij mensen zonder beperkingen in de handen of die mobiel genoeg zijn om zelf te kunnen drinken zou de zorgverlener de beker wel dagelijks willen gebruiken om de vochtlijsten te kunnen vervangen. Het grootste voordeel van de beker vindt de zorgverlener dat de vochtlijsten niet bijgehouden hoeven te worden. Dit scheelt in de administratieve werkzaamheden.

Helaas was er maar een zorgverlener wezenlijk betrokken tijdens de pilot, waardoor het perspectief van de zorgverlener minimaal is meegenomen tijdens deze pilot. Dit is voor de leden van de projectgroep een knelpunt, welke bij een volgende pilot wordt meegenomen. Om de oorzaken hiervan te achterhalen en oplossingen te bedenken voor de volgende pilot, is het van belang om een mondelinge evaluatie plaats te laten vinden met de centraal betrokkenen tijdens de pilot. De centraal betrokkenen waren: Anouk Sijbers, Magda van Gastel, Erik Janssen, Bart Rutten (locatiemanager) en Hellen Hendriks (teamleider van de zorgverleners). In deze evaluatie zullen ook de andere resultaten van de pilot worden besproken, namelijk de meetgegevens van de slimme drinkbeker. Uit de pilotevaluatie blijkt ook het belang een zorgverlener binnen de afdeling te betrekken bij de voorbereiding en uitvoering van de pilot. De evaluatie zal eind mei of begin juni plaatsvinden.

6.2.3 Procesevaluatie pilot afdeling geriatrie, Zuyderland Medisch Centrum

Door omstandigheden (vertraging in voorafgaande testfasen van de beker) was het niet mogelijk om een pilot te laten plaatsvinden op de afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard tijdens de stageperiode van de student. Om deze reden zijn de geselecteerde interventies voor de pilot omschreven en overgedragen aan de projectgroep middels deze bachelor thesis. Na de pilot op de afdeling geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum vindt een evaluatie plaats met de betrokken zorgverleners. Deze evaluatie wordt bij voorkeur kort na de pilot op de afdeling uitgevoerd door de betrokken personen vanuit de projectgroep. Bij voorkeur gebeurt dit mondeling tijdens een pauzemoment van de medewerkers op de afdeling. Op deze manier kunnen veel respondenten worden benaderd en zal de respons waarschijnlijk groter zal zijn dan bij een schriftelijke evaluatie. Voor deze evaluatie wordt aanbevolen om de concrete doelen voor verbetering te gebruiken, benoemd in paragraaf 3.5.

6.2.4 Voortzetting en overdracht

Na de uitvoering van de pilot bij zorgcentrum Sterrebosch te Thorn, worden de beker en handleiding eerst aangepast door Erik Janssen. Aan de hand van de kwantitatieve meetgegevens van de beker tijdens de pilot en de uitgevoerde interviews, wordt de beker technisch en eventueel qua ontwerp bijgesteld en wordt de handleiding aangepast. In september 2016 vindt binnen zorgcentrum Sterrebosch een tweede pilot plaats. Verder vindt in september 2016 een bijeenkomst plaats met de projectgroep en de betrokkenen van het Zuyderland Medisch Centrum om de stand van zaken te bespreken en een pilot op de afdeling geriatrie te plannen. Het is aanbevolen om de opgestelde strategieën en interventies uit hoofdstuk 4 te benutten om een implementatieplan op te stellen voor de pilot op de afdeling geriatrie binnen het Zuyderland Medisch Centrum. De voorbereiding en uitvoering van deze pilot wordt overgedragen aan Herbert Habets (verpleegkundige consultatieteam Geriatrie), welke betrokken is bij de projectgroep van de slimme drinkbeker en een sleutelfiguur is binnen het Zuyderland Medisch Centrum rondom geriatrie. De overdracht van de kwaliteitsverbetering met de slimme drinkbeker wordt gedaan middels de bachelor thesis als adviesrapport naar de projectgroep van de slimme drinkbeker (aan Magda van Gastel en Erik Janssen) en een mondelinge toelichting (aan Herbert Habets). De toelichting zal zich richten op de aanbevelingen en doelen die gesteld zijn en plaatsvinden op 2 juni 2016.

6.3 Conclusie

Het proces rondom de uitvoering van de pilot bij zorgcentrum Sterrebosch te Thorn zijn in dit hoofdstuk gedeeltelijk geëvalueerd op basis van de uitgevoerde interviews. Hieruit blijkt dat de oudere cliënten en zorgverlener uiteenlopende meningen hebben over de slimme drinkbeker en dat er een aantal bezwaren zijn, welke nog dienen te worden aangepast. De ouderen waren positief over de informatievoorziening en begeleiding tijdens de pilot. Helaas is het perspectief van de zorgverlener minimaal geëxploreerd, hetgeen als aandachtspunt dient te worden meegenomen in een volgende pilot. Een evaluatie rondom het proces van de pilot met alle centrale betrokkenen moet nog plaatsvinden om de aanpak van de tweede pilot binnen zorgcentrum Sterrebosch te optimaliseren. In de evaluatie van de aanstaande pilot op de afdeling geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard is aangegeven om concrete doelen voor verbetering te gebruiken. De overige aanbevelingen gericht aan de projectgroep worden beschreven in de nabeschuiving.

Nabeschouwing

Conclusie

De hoofdvraag voor deze bachelor thesis luidt: 'Op welke wijze kan de slimme drinkbeker ingezet worden om de vochtintake nauwkeurig te meten bij ouderen, op afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard? '

Concluderend kan worden gesteld dat de slimme drinkbeker in de toekomst kan worden ingezet om de vochtintake nauwkeurig te meten bij ouderen op de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard. De patiënten waarvan de vochtintake wordt gemeten, drinken dan gedurende de dag alle dranken uit de slimme drinkbeker. De voedingsmedewerkers en verpleegkundigen kunnen op elk willekeurig tijdstip gedurende de dag de beker uitlezen. Hierbij worden de meetgegevens overgezet naar de computer, op basis daarvan maakt een softwareprogramma een overzicht van de vochtintake van de patiënt van die dag. Doordat de meting van de slimme drinkbeker nauwkeuriger en minder arbeidsintensief is dan het invullen van vochtlijsten, is dit van meerwaarde in de dagelijkse zorg rondom vochtintake op de afdeling geriatrie.

Discussie

Door omstandigheden was het niet mogelijk om de pilot te laten plaatsvinden binnen de afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard tijdens de stageperiode van de student. De geselecteerde interventies voor de pilot zijn omschreven en overgedragen aan de projectgroep middels deze bachelor thesis. Op een andere locatie wel is een pilot uitgevoerd rondom het meten van de vochtintake met de slimme drinkbeker, namelijk in zorgcentrum Sterrebosch te Thorn. Uit deze pilot zijn verschillende verbeterpunten naar voren gekomen, die eerst dienen te worden aangebracht alvorens de slimme drinkbeker nog eens wordt getest in het zorgcentrum Sterrebosch en vervolgens de verbeterde versie van de beker getest wordt op de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum.

De validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten rondom deze kwaliteitsverbetering kunnen ter discussie worden gesteld. Inhoudelijk gezien is tijdens de literatuurstudie kritisch gekeken naar de validiteit en betrouwbaarheid van de gebruikte bronnen. Echter is deze niet bij elke bron expliciet omschreven, waardoor er in dit onderzoek mogelijk onjuiste conclusies zijn getrokken. Anderzijds zijn voor de meeste uitspraken rondom de literatuurstudie meerdere bronnen geraadpleegd waardoor de juistheid van de uitspraken meer waarschijnlijk is. Gelet op het proces van de andere onderzoeksmethodes zijn een aantal zaken op te merken. Tijdens de gestructureerde observaties zijn voedingsmedewerkers geobserveerd omdat zij de grootste rol

spelen bij de vochtintake, maar ook de verpleegkundigen hebben hierin een aandeel. Deze discipline is niet geobserveerd omdat hier geen tijd voor was op de afdeling, waardoor er geen volledig beeld is van het meten van de vochtintake op de afdeling geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum. Om deze reden zouden mogelijk onjuiste conclusies kunnen zijn getrokken. De resultaten van de pilot in zorgcentrum Sterrebosch zijn niet volledig verwerkt in de thesis door tijdnood. De resultaten uit de semigestructureerde interviews zijn gebruikt voor de evaluatie. Een aantal resultaten van de pilot ontbreken, namelijk de resultaten van de vragenlijsten en de kwantitatieve data (de meetgegevens van de slimme drinkbeker). Verder is er helaas maar een zorgverlener geïnterviewd waardoor het perspectief van de zorgverleners minimaal is meegenomen. Ook is de procesevaluatie met de centraal betrokken personen nog niet uitgevoerd. Desondanks heeft dit onderzoek tot een advies geleid voor de projectgroep waarmee de pilot op de afdeling Geriatrie kan worden uitgevoerd.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van de uitgevoerde pilot in zorgcentrum Sterrebosch te Thorn zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen voor andere pilots die in de zorgpraktijk zullen worden uitgevoerd. De aanbevelingen voor de projectgroep zijn:

- Bij het uitvoeren van een volgende pilot binnen zorgcentrum Sterrebosch is het van belang om een centrale zorgverlener binnen de afdeling te betrekken bij de voorbereiding en uitvoering van de pilot. Tevens is het van belang dat deze persoon de pilot bespreekt met het team waarin deze zal plaatsvinden. Deze persoon wordt aangedragen door Bart Rutten (locatiemanager) en Helen Hendriks (teamleider) en zal door een projectlid worden benaderd voor een gesprek.
- Bij het uitvoeren van een pilot wordt aanbevolen om HBO-V studenten te betrekken om zo ondersteuning te geven aan de zorgverleners en ouderen die betrokken zijn bij de test.
- Bij het uitvoeren van de pilot op de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum, wordt aanbevolen om de teamleiders van de verpleegkundigen (Petra van Montfort) en voedingsmedewerkers (Carla van Gastel) te betrekken bij de uitvoering zodat zij de medewerkers kunnen ondersteunen.
- Wanneer de slimme drinkbeker verder wordt ontwikkeld en duidelijk is dat de metingen correct zijn, kan de slimme drinkbeker worden ingezet in de klinische setting. Hierbij is het van belang om rekening te houden met de complexe problematiek rondom de geriatrische patiënt in de klinische setting, welke mogelijk ook invloed heeft op de hydratatiestatus.

Literatuurlijst

Arcares. (2001). Multi disciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden. Utrecht.

Baarda, B., De Goede, M., Bakker, E., Peters, V., Fischer, T., van der Velden, T & Julsing, M. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters Noordhoff.

Baarda, B. (2014). Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters Noordhoff.

Bakker, T., Habes, V., Quist, G., Sanda, J. van der., Vrie, W. van der. (2015). Klinisch redeneren bij ouderen; Functiebehoud in levensloopperspectief. Amsterdam: Reed Business Education

Begum, M. N., & Johnson, C. S. (2010). Educational Paper: A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. *The European E-Journal Of Clinical Nutrition And Metabolism*, 5, 47-53

Bunn, D., Jimoh, F., Wilsher, S. H., & Hooper, L. (2015). Review Article: Increasing Fluid Intake and Reducing Dehydration Risk in Older People Living in Long-Term Care: A Systematic Review. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 16, 101-113.

Campbell, N. (2011). Dehydration: why is it still a problem? *Nursing times* 107(22): 12-15

Campbell, N. (2012). Dehydration: best practice in the care home. *Nursing & Residential Care*, 14(1), 21-25

CBS. Giesbers, H., Verweij, A., de Beer, J. (2012). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst?

<http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/> Geraadpleegd op 12-10-2015

CBS. (2013) Ziekenhuisopnamen; herkomst, geslacht en leeftijd.

<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71566NED&D1=0&D2=0&D3=0%2c15-16&D4=0&D5=1&D6=1&HD=151026-1202&HDR=G4%2cT%2cG5&STB=G1%2cG3%2cG2> Geraadpleegd op 27-10-2015

de Nijs, E.J.M. & de Graeff, A. (2010). Herziening richtlijn dehydratie en vochttoediening.

Oncoline.http://oncoline.eu/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=32091&richtlijn_id=750&unique=8a3056815662f96584bd04424c2cafd8&noframes=true

Geraadpleegd op 23-09-2015

Diesfeldt, H. (2008). Geen dorst? Wel drinken; de dorstlessende illusie van ouder worden.

Denkbeeld; augustus 2008. 24-26

Faes, M.C., Spigt, M.G. & Olde Rikkert, M.G.M. (2007). Dehydration in geriatrics.

Geriatrics and Aging, 10(9), 590-596

Godfrey, H., Cloete, J., Dymond, E., & Long, A. (2012). An exploration of the hydration care of older people: A qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 49, 1200-1211

Gezondheidsraad. (2006). Richtlijn goede voeding. <https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/gezonde-voeding/richtlijnen-goede-voeding-2006> Geraadpleegd op 22-03-2016

Grol, R. Wensing, M. (2011). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg.

Maarsse. Elsevier gezondheidszorg.

Hodgkinson, B., Evans, D., & Wood, J. (2003). Maintaining oral hydration in older adults: a systematic review. *Int J Nurs Pract*, 9(3), 19-28.

Hooper, L., Abdelhamid, A., Attreed, N., Campbell, W., Channell, A., Chassagne, P., & ...

Hunter, P. (2015). Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4).

Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F. O., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms Of Ageing And Development*, 136-137.

Jéquier, E., & Constant, F. (2010). Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European journal of clinical nutrition*, 64(2), 115-123.

Johnstone, P., Alexander, R., & Hickey, N. (2015). Prevention of dehydration in hospital inpatients. *British Journal Of Nursing*, 24(11), 568-573.

Konings, F. (2011). Preventie van uitdroging bij ouderen. GGD West-Brabant.
<http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=7050&m=1327998384&action=file.download>
Geraadpleegd op 28-09-2015

Lewis, J. R. (2002). Psychometric evaluation of the PSSUQ using data from five years of usability studies. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 14(3-4), 463-488.

Nissensohn, M., Lopez-Ufano, M., Castro-Quezada, I., & Serra-Majem, L. (2015). Assessment of beverage intake and hydration status. *Nutr Hosp*, 31 Suppl 3, 62-69.

Pool, A. e.a.(2001). Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen. Utrecht. NIZW.

Reid, J., Robb, E., Stone, D., Bowen, P., Baker, R., Irving, S., & Waller, M. (2004). Improving the monitoring and assessment of fluid balance. *Nursing times*, 100(20), 36-39.

Rodrigues, S., Silva, J., Severo, M., Inacio, C., Padrao, P., Lopes, C., . . . Moreira, P. (2015). Validation analysis of a geriatric dehydration screening tool in community-dwelling and institutionalized elderly people. *Int J Environ Res Public Health*, 12(3), 2700-2717.

Schim van der Loeff- van Veen, R.J. (2012). Geriatrie: Basiswerken Verpleging en Verzorging. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Schols, J., Groot, C. d., Cammen, T. d., & Olde Rikkert, M. (2002). Preventie en behandeling

van dehydratie bij ouderen: extra aandacht bij ziekte en bij hitteperioden.

<http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/Preventieenbehandelinghitteperioden.pdf> Geraadpleegd op 25-09-2015

Schols, J., & van Staveren, W. (2002). De multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, 2001. Een toelichting. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 166.

van Duinen, J. (2013). Water. Informatorium Voor Voeding En Diëtetiek.

<https://mijn.bsl.nl/informatorium-voeding-en-dietetiek-voedingsleer/422970> Geraadpleegd op 01-10-215

Wotton, K., Crannitch, K., & Munt, R. (2008). Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 31(1), 44-56.

Bijlagen

Bijlage 1

Zoekstrategie

Waar gezocht	Hoe? Trefwoorden afbakening	Hits	Gebruikte literatuur
DiZ Zuyd	Dehydratie OR dehydration OR uitdroging OR uitdrog* OR dehydrat* AND ouder* OR aged OR elderly OR geriatric	128,72 6	
	Dehydratie OR dehydration OR uitdroging OR uitdrog* OR dehydrat* AND ouder* OR aged OR elderly OR geriatric <i>Filters</i> Publicatiedatu m 2000-2015 Full-text toegang	55,952	Johnstone, P., Alexander, R., & Hickey, N. (2015). Prevention of dehydration in hospital inpatients. <i>British Journal Of Nursing</i> , 24(11), 568-573. Wotton, K., Crannitch, K., & Munt, R. (2008). Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults. <i>Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession</i> , 31(1), 44-56. Begum, M. N., & Johnson, C. S. (2010). Educational Paper: A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. <i>E-SPEN, The European E-Journal Of Clinical Nutrition And Metabolism</i> , (5), 47-53 Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F. O., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Water-loss dehydration and aging. Mechanisms

			Of Ageing And Development, 136-137(<i>Mediterranean Diet and Inflammaging in the elderly</i>), 50-58 Campbell, N. (2012). Dehydration: best practice in the care home. <i>Nursing & Residential Care</i>, 14(1), 21-25
Science Direct	Begum, M. N., & Johnson, C. S. (2010). Educational Paper: A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. <i>E-SPEN, The European E-Journal Of Clinical Nutrition And Metabolism</i>, 5e47-e53 <i>Other users also viewed these articles</i>	3	Godfrey, H., Cloete, J., Dymond, E., & Long, A. (2012). An exploration of the hydration care of older people: A qualitative study. <i>International Journal Of Nursing Studies</i>, 49, 1200-1211 Faes, M.C., Spigt, M.G. & Olde Rikkert, M.G.M. (2007). Dehydration in geriatrics. <i>Geriatrics and Aging</i>, 10(9), 590-596
	Dehydratie OR dehydration OR uitdroging OR uitdrog* OR dehydrat*	27,200	

	AND ouder* OR aged OR elderly OR geriatric AND hospital* <i>Filters</i> Publicatiedatu m 2000-2015 Full-text toegang		
	Ik zocht binnen ScienceDirect naar een fulltext artikel wat ik vond binnen de DiZ, toen kreeg ik de melding 'Other users also viewed these articles', zodat ik op andere relevante artikelen kwam.		Bunn, D., Jimoh, F., Wilsher, S. H., & Hooper, L. (2015). Review Article: Increasing Fluid Intake and Reducing Dehydration Risk in Older People Living in Long-Term Care: A Systematic Review. <i>Journal Of The American Medical Directors Association</i>, (16), 101-113.
	Dehydratie OR dehydration OR uitdroging OR uitdrog* OR dehydrat*	33,702	

	AND ouder* OR aged OR elderly OR geriatric AND prevent* <i>Filters</i> Publicatiedatu m 2000-2015 Full-text toegang		
Invert	Bejaarden EN Uitdroging (trefwoord)	0	
	Ouderen EN Uitdroging	5	
	Uitdroging (trefwoord)	32	
	Dehydratie	6	
	Slimme beker	0	
NAZ	Uitdroging EN Ouderen	2	
	Dehydratie	31	
	Uitdroging	7	
	Slimme beker	0	
	Bejaarden EN Uitdroging	1	
PubMed	Aged[tiab] OR Elder*[tiab] OR Geriatr*[tiab] OR "Aged"[Mesh]	206	Jéquier, E., & Constant, F. (2010). Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. <i>European journal of clinical nutrition</i> , 64(2), 115-123.

	AND "Dehydration"[Mesh] OR Dehydrat*[tiab] OR "Water Stress"[tiab] AND intervention*[t iab]		
Cinahl	(MH "Aged+") OR TI (Aged OR Elder* OR Geriatr*) OR AB (Aged OR Elder* OR Geriatr*) AND (MH "Dehydration") OR TI (Dehydrat* OR "Water Stress") OR AB (Dehydrat* OR "Water Stress") AND (MH "Fluid Intake") OR TI ("Fluid Intake" OR "Water Intake") OR AB ("Fluid	129	Hooper, L., Abdelhamid, A., Attreed, N., Campbell, W., Channell, A., Chassagne, P., & ... Hunter, P. (2015). Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i> , (4).

	Intake” OR “Water Intake”)		
Gesproken met projectleider ‘slimme beker’ Erik Janssen, hierbij gaf hij aan relevante literatuur te hebben, deze heeft hij mij doorgestuurd.			Schols, J., Groot, C. d., Cammen, T. d., & Olde Rikkert, M. (2002). Preventie en behandeling van dehydratie bij ouderen: extra aandacht bij ziekte en bij hitteperioden. http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/Preventieenbehandelinghitteperioden.pdf Geraadpleegd op 25-09-2015 Schols, J., & van Staveren, W. (2002). De multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, 2001. Een toelichting. <i>Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie</i>, 166. van Duinen, J. (2013). Water. Informatorium Voor Voeding En Diëtetiek. https://mijn.bsl.nl/informatorium-voeding-en-dietetiek-voedingsleer/422970 Geraadpleegd op 01-10-215 Konings, F. (2011). Preventie van uitdroging bij ouderen. GGD West-Brabant. http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=7050&m=1327998384&action=file.download Geraadpleegd op 28-09-2015
In de projectopzet van het project ‘slimme beker’ stond in de bronvermelding			Arcares. (2001). Multi disciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden. Utrecht. De Nijs E, d. G. A. (2010). Herziening richtlijn dehydratie en vochttoediening: Oncoline.

verschillende relevante bronnen.			Diesfeldt, H. (2008). Geen dorst? Wel drinken; de dorstlessende illusie van ouder worden. <i>Denkbeeld</i>; augustus 2008. 24-26 Gezondheidsraad. (2006). Richtlijn goede voeding. https://www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/gezonde-voeding/richtlijnen-goede-voeding-2006 Geraadpleegd op 22-03-2016 Hooper, L., Abdelhamid, A., Attreed, N. J., Campbell, W. W., Channell, A. M., Chassagne, P., . . . Fuller, N. (2015). Clinical symptoms, signs and tests for identification of pending and pcurrent water-loss dehydration in older people. The Cochrane Library. Lewis, J. R. (2002). Psychometric evaluation of the PSSUQ using data from five years of usability studies. <i>International Journal of Human-Computer Interaction</i>, 14(3-4), 463-488. Nissensohn, M., Lopez-Ufano, M., Castro-Quezada, I., & Serra-Majem, L. (2015). Assessment of beverage intake and hydration status. <i>Nutr Hosp</i>, 31 Suppl 3, 62-69.
Boeken die ik al geleend had van de bibliotheek Zuyd omdat ze over Geriatrie gingen, welke een hoofdstuk bevatte over dehydratie			Schim van der Loeff- van Veen, R.J. (2012). <i>Geriatrie: Basiswerken Verpleging en Verzorging</i>. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum Bakker, T., Habes, V., Quist, G., Sanda, J. van der., Vrie, W. van der. (2015). <i>Klinisch redeneren bij ouderen; Functiebehoud in levensloopperspectief</i>. Amsterdam: Reed Business Education
Eigen boeken			Grol, R. Wensing, M. (2011). <i>Implementatie. Effectieve</i>

			verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen. Elsevier gezondheidszorg. Pool, A. e.a.(2001). Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen. Utrecht. NIZW.
Bronnen gevonden in de literatuurlijst van andere bronnen			Campbell, N. (2011). Dehydration: why is it still a problem? <i>Nursing times</i> 107(22): 12-15 Reid, J., et al. (2004). Improving the monitoring and assessment of fluid balance. <i>Nursing Times</i> 100(20), 36-39 Rodrigues, S., Silva, J., Severo, M., Inacio, C., Padrao, P., Lopes, C., . . . Moreira, P. (2015). Validation analysis of a geriatric dehydration screening tool in community-dwelling and institutionalized elderly people. <i>Int J Environ Res Public Health</i>, 12(3), 2700-2717.
CBS	vergrijzing	439	CBS. Giesbers, H., Verweij, A., de Beer, J. (2012). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/ Geraadpleegd op 12-10-2015 CBS. (2013) Ziekenhuisopnamen; herkomst, geslacht en leeftijd. http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71566NED&D1=0&D2=0&D3=0%2c15-16&D4=0&D5=l&D6=l&HD=151026-1202&HDR=G4%2cT%2cG5&STB=G1%2cG3%2cG2 Geraadpleegd op 27-10-2015

Bijlage 2

Verantwoording literatuur

Bakker, T., Habes, V., Quist, G., Sanda, J. van der., Vrie, W. van der. (2015). Klinisch redeneren bij ouderen; Functiebehoud in levenslopperspectief. Amsterdam: Reed Business Education

Dit is een recent boek over geriatrie, waarin ook het probleem dehydratie bij ouderen wordt behandeld.

Begum, M. N., & Johnson, C. S. (2010). Educational Paper: A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. *The European E-Journal Of Clinical Nutrition And Metabolism*, 5, 47-53

Dit artikel is een review geplaatst in een vaktijdschrift over voeding. Begum is diëtiste en onderzoeks-wetenschapper in dit gebied. Johnson is professor aan de universiteit van Regina en doet veelvuldig onderzoek naar de gezondheidsproblemen van ouderen.

Bunn, D., Jimoh, F., Wilsher, S. H., & Hooper, L. (2015). Review Article: Increasing Fluid Intake and Reducing Dehydration Risk in Older People Living in Long-Term Care: A Systematic Review. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 16, 101-113. *Dit artikel is een systematische review van literatuur de effectiviteit van interventies en omgevingsfactoren op het verhogen vochtinname of verminderen van het dehydratierisico bij oudere mensen die in de langdurige zorg faciliteiten wonen. Bunn is verpleegkundige en onderzoeksassistent, Jimoh is onderzoeksassistent en Hooper is diëtiste, expert reviewer en editor bij Cochrane en lid van de WHO. Zij doen langdurig onderzoek naar (de preventie van) dehydratie bij ouderen.*

Campbell, N. (2011). Dehydration: why is it still a problem? *Nursing times* 107(22): 12-15 *Dit is een artikel uit een tijdschrift voor verpleegkundigen. Hierin staat het probleem dehydratie bij ouderen omschreven en manier om dit te voorkomen als verpleegkundige. Dit artikel is geschreven door een expert verpleegkundige in hydratatie. Zij is naast verpleegkundige innovator en projectleider van een grootschalig project om meer bewustzijn te creëren voor dehydratie en oplossing hiervoor te ontdekken.*

Campbell, N. (2012). Dehydration: best practice in the care home. *Nursing & Residential Care*, 14(1), 21-25 *Dit artikel is een clinical review geschreven door een expert verpleegkundige in hydratatie. Zij is naast verpleegkundige innovator en projectleider van een grootschalig project om meer bewustzijn te creëren voor dehydratie en oplossing hiervoor te ontdekken.*

de Nijs, E.J.M. & de Graeff, A. (2010). Herziening richtlijn dehydratie en vochttoediening. OncoLine. http://oncoLine.eu/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=32091&richtlijn_id=750&unique=8a3056815662f96584bd04424c2cafd8&noframes=true
Geraadpleegd op 23-09-2015

Dit is de huidige richtlijn over dehydratie en de behandeling hiervan. Deze richtlijn is niet specifiek gericht op oudere patiënten, waardoor ik kritisch heb gekeken naar de inhoud en alleen informatie heb gebruikt die nadrukkelijk gericht was op ouderen.

Diesfeldt, H. (2008). Geen dorst? Wel drinken; de dorstlessende illusie van ouder worden. *Denkbeeld*; augustus 2008. 24-26

Dit is een artikel waarin een onderzoek nader wordt toegelicht. Het onderzoek is gedaan naar vochtregulatie bij oudere en jongere volwassenen. Het Australische onderzoek was vooral bedoeld om zicht te krijgen op mogelijke oorzaken voor de verschillen in vochtregulatie tussen jong en oud. Han Diesfeldt is psycholoog en directeur van de PgD, Psychologische expertise voor de verpleeghuiszorg. Referentie naar onderzoek: Farrell, M.J., Zamarripa, F., Shade, R., Phillips, P.A., McKinley, M., Fox, P.T., Blair-West, J., Denton, D.A. & Egan, G.F. (2008). Effect of aging on regional cerebral blood flow responses associated with osmotic thirst and its satiation by water drinking: a PET study.

Faes, M.C., Spigt, M.G. & Olde Rikkert, M.G.M. (2007). Dehydration in geriatrics. *Geriatrics and Aging*, 10(9), 590-596

Artikel geschreven door geriater, specifiek over dehydratie bij ouderen. Marcel Olde Rikkert is een geriater die veel onderzoek doet en artikelen schrijft over gezondheidsproblemen bij kwetsbare ouderen.

Godfrey, H., Cloete, J., Dymond, E., & Long, A. (2012). An exploration of the hydration care of older people: A qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 49, 1200-1211
Een kwalitatieve studie naar zorg voor hydratatie, geschreven door een hoofddocent verpleegkunde, onderzoeksverpleegkundigen. Het onderzoek is uitgevoerd in 2 settings .door middel van interviews met ouderen en zorgverleners.

Hodgkinson, B., Evans, D., & Wood, J. (2003). Maintaining oral hydration in older adults: a systematic review. *Int J Nurs Pract*, 9(3), 19-28.

Deze bron is niet meer recent, maar omdat zeer veel recente reviews toch verwijzen naar deze bron, heb ik hem opgenomen in de literatuurlijst. Dit artikel is geschreven door een 'Research Officer', lector klinische verpleegkunde en verpleegkundig directeur.

Hooper, L., Abdelhamid, A., Attreed, N., Campbell, W., Channell, A., Chassagne, P., & ... Hunter, P. (2015). Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4).

Dit is een Cochrane review, welke de diagnostische nauwkeurigheid van symptomen en testen van dehydratie bij ouderen getest hebben. De review is zeer recent.

Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F. O., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms Of Ageing And Development*, 136-137.

Dit artikel is een review van literatuur over de diagnose dehydratie en interventies die hierbij kunnen worden ingezet, zowel curatief als preventief. Het is gepubliceerd in een artikel dat zich richt op voornamelijk ouderwordend gerelateerde ziektes.

Hooper is dietiste, expert reviewer en editor bij Cochrane en lid van de WHO.

Bunn is verpleegkundige en onderzoeksassistent, jimoh is onderzoeksassistent. Zij doen langdurig onderzoek naar (de preventie van) dehydratie bij ouderen.

Jéquier, E., & Constant, F. (2010). Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European journal of clinical nutrition*, 64(2), 115-123.

Dit is een artikel gepubliceerd in een tijdschrift over voeding. In dit artikel wordt de functie van water in het lichaam benoemd, het meten van de hydratiestatus en dehydratie uitgelicht.

Johnstone, P., Alexander, R., & Hickey, N. (2015). Prevention of dehydration in hospital inpatients. *British Journal Of Nursing*, 24(11), 568-573.

Dit is een zeer recente bron. Hier is onderzoek gedaan met behulp van interviews, er zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve data verzameld. Het onderzoek was echter kleinschalig: 52 deelnemers. Desondanks denk ik dat de informatie bruikbaar is.

Schim van der Loeff- van Veen, R.J. (2012). Geriatrie: Basiswerken Verpleging en Verzorging. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Dit is een recent boek over geriatrie, waarin ook het probleem dehydratie bij ouderen wordt behandeld.

Schols, J., Groot, C. d., Cammen, T. d., & Olde Rikkert, M. (2002). Preventie en behandeling van dehydratie bij ouderen: extra aandacht bij ziekte en bij hitteperioden.

<http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/Preventieenbehandelinghitteperioden.pdf> Geraadpleegd op 25-09-2015

Deze bron bevat een addendum op de multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, 2001. Aangezien hier nog geen herziene versie van beschikbaar is, heb ik deze bron toch gebruikt. Deze bron is geschreven door een huisarts, geriater, Hoogleraar voeding van de oudere mens, geriater en onderzoeker. Deze richtlijn gaat vooral in op het risico op dehydratie bij ouderen tijdens hitteperioden en interventies die hierbij genomen kunnen worden.

Schols, J., & van Staveren, W. (2002). De multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, 2001. Een toelichting. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 166.

Deze bron bevat de multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, 2001. Aangezien hier nog geen herziene versie van beschikbaar is, heb ik deze bron toch gebruikt.

van Duinen, J. (2013). Water. Informatorium Voor Voeding En Diëtetiek.

<https://mijn.bsl.nl/informatorium-voeding-en-dietetiek-voedingsleer/422970> Geraadpleegd op 01-10-2015

Dit hoofdstuk uit een boek bevat informatie over de functie van water in het lichaam en dehydratie als gezondheidsprobleem. Drs. J.J. van Duinen, gezondheidswetenschapper en (sport)diëtist, redacteur Informatorium voor Voeding en Dietetiek.

Wotton, K., Crannitch, K., & Munt, R. (2008). Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 31(1), 44-56.

Dit is een artikel geschreven door twee verpleegkundeleraars in een Australisch verpleegkunde tijdschrift. De inhoud is gebaseerd op tientallen relevante artikelen over dehydratie.

Bijlage 3

Reflectie

S. Situatie

Centraal in het Verdiepingsjaar staat het verbeteren van kwaliteit van de patiëntenzorg rondom een onderwerp naar keuze. Het onderwerp komt middels een project van de kenniskring Autonomie & Participatie of via de kenniskring Technologie in de Zorg, of van de afdeling waar de student zijn differentiatie doet, of het is een keuze van de student zelf. Aan het eind van het Verdiepingsjaar wordt van de student verwacht om een bachelor thesis gereed te hebben over het gekozen verbetertraject en dit te presenteren in de praktijk. Specifiek is het in de periode D4 de bedoeling om vanuit het opgestelde voorstel van verandering en het assesmentprogramma, resultaten van de D3, werken aan de bachelor thesis. Voorafgaand aan de D4 is in de D3 een literatuurstudie uitgevoerd die betrekking heeft op de specifiek gekozen zorgcategorie of het betreffende kwalificatiegebied en vervolgens het onderwerp van de bachelor thesis. De literatuurstudie was erop gericht om evidence te verkrijgen die van belang is voor het gekozen verbetertraject, dat gepland en uitgevoerd gaat worden op de stageplek. In de D4 wordt van de student verwacht om de Stappen cyclus Effectieve verbetering van de patiëntenzorg (Grol en Wensing, 2011) te doorlopen gericht op de gekozen kwaliteitsverbetering. De bachelor thesis is het eindproduct waarmee het kwaliteit verbetertraject wordt afgesloten. De uitwerking, verantwoording en beargumentering van de stappen van Grol & Wensing (2011) vormen de basis in de eindbeoordeling. De stagebegeleider beoordelen vooral de praktische kant van het uitvoeren van het verbetertraject, zoals weergegeven in de bachelor thesis. Daarnaast wordt de bachelor thesis wordt beoordeeld door twee docenten van de opleiding Verpleegkunde.

Wie waren de betrokkenen?

Er waren een aantal mensen betrokken bij de totstandkoming van de bachelor thesis. Ten eerste de stagebegeleider. Hij heeft samen met mij gezocht naar een geschikt onderwerp voor thesis en mij gericht feedback gegeven op het voorstel en aangeleverde hoofdstukken. Tevens heeft hij mij geïntroduceerd in de projectgroep rondom de innovatie ‘de slimme beker’ waar hij zelf ook aan deelneemt. De projectleden Magda van Gastel, docentbegeleider HBO-V te Zuyd en Erik Janssen, ontwikkelaar van de beker waren voornamelijk de leden waar ik als student mee heb samengewerkt. Zij zaten in een proces rondom de validatie van een prototype van de beker, waar ik een deel aan heb bijgedragen. De zorgorganisaties Proteion en Zuyderland zijn hier ook bij betrokken, waardoor ik ook samenwerkten met professionals uit deze organisaties. Mijn

peerassessor was betrokken bij de totstandkoming van mijn bachelor thesis. Zij gaf mij gericht feedback op mijn stuk zodat ik deze kon optimaliseren voordat ik hem naar de docentbegeleider stuurde. Mijn docentbegeleider heeft diverse malen uitleg gegeven over de onderdelen van de bachelor thesis en daarnaast heeft zij gericht feedback gegeven op mijn voorstel literatuurstudie, inleiding en hoofdstukken. Verder zal de docentbegeleider de eindbeoordeling van mijn bachelor thesis doen. Tenslotte waren al mijn klasgenoten betrokkenen, zij hebben mij geholpen bij eventuele vragen.

Waar speelde het zich af?

De uitvoering van de kwaliteitsverbetering speelde zich af op twee plaatsen, namelijk de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen en zorgcentrum Sterrebosch te Thorn, onderdeel van Proteion. De uitwerking van de bachelorthesis speelde zich bij mij thuis, op school en op stage af.

T. Taak

Mijn taak was om de stappen van Grol en Wensing (2011) rondom de uitvoering van een kwaliteitsverbetering in de praktijk uit te voeren rondom een specifiek onderwerp en dit daarna schriftelijk te beschrijven in de bachelor thesis. Verder moest ik deze presenteren in de praktijk aan mijn stagebegeleider, docentbegeleider en betrokkenen uit de praktijk en projectgroep. Ten eerste heb ik een voorstel geschreven in de D3, over welk onderwerp ik de bachelor thesis wou uitvoeren en hoe ik dit ging aanpakken. Dit voorstel werd in de D3 voorgelegd aan de praktijk en de docent, waar na goedkeuring in D4 gestart mocht worden met de uitvoering.

Wat was je doel? Wat waren je doelen?

Mijn doelen waren:

1. Ik wil tijdens de uitvoering bachelor thesis mijzelf meer ontwikkelen in het uitvoeren van een kwaliteitsverbetering.
2. Ik wil tijdens de uitvoering bachelor thesis ervaring opdoen in het werken in een projectgroep en hier een belangrijke rol in spelen.
3. Ik wil tijdens de uitvoering bachelor thesis mijzelf meer ontwikkelen in het coachen van medestudenten en/of werkzame zorgverleners.
4. Ik wil in het verslag van mijn bachelor thesis duidelijk antwoord geven op mijn hoofdvraag.

Wat was je voornemen? Had je een plan?

Mijn plan was om aan de hand van het opgestelde assessmentprogramma in de D3 een schema te maken van de stageweken en de stappen van Grol die ik moest uitvoeren. Hierin heb ik voor mijzelf per week op papier gezet aan welke stap(pen) ik ga werken, welke methodes hierbij horen en hoe ik deze ga uitvoeren en wat ik concreet na die week op papier wil hebben. Ik wilde me aan de methoden van mijn voorstel bachelor thesis houden. Het plan was dat ik stap 1 t/m 7 ging uitvoeren op de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard. Hier zouden gedurende een pilot geriatrie patiënten uit de beker drinken en zouden de verpleegkundigen en voedingsmedewerkers in de slimme beker de dranken aanbieden. Ik wou twee weken voor de inleverdatum klaar uiterlijk zijn met de pilot, om nog tijd te hebben om deze te evalueren en de verslaglegging helemaal in orde te krijgen.

A. Acties

Voor aanvang van de D3 had mijn stagebegeleider al een onderwerp aangekaart voor de thesis, namelijk dehydratie bij ouderen. Hier heb ik over na gedacht, en literatuur over gezocht. Toen ik de projectleden van de projectgroep ‘smart mug’ gesproken had en had bevonden dat er redelijk wat literatuur beschikbaar is over dit onderwerp, heb ik de knoop doorgehakt en gekozen voor dit onderwerp. Aan het einde van de D3 periode was vanuit de projectgroep de bedoeling om de beker te gaan testen in een zorgcentrum met minder complexe zorgvragers, voordat de beker in de D4 periode getest zou worden in een klinische setting. Dit zou gekoppeld worden aan de minor Growing Older, zodat er studenten betrokken konden worden bij de uitvoering van de test. Door communicatieproblemen ging dit echter niet door. Echter waren er ook technische problemen rondom de beker waardoor de planning vertraging opliep. Hierdoor werd besloten dat het niet mogelijk was om de beker te gaan testen op de afdeling Geriatrie tijdens mijn stageperiode. De reden hiervoor is dat de beker eerst getest moest worden in een laboratorium setting, daarna in de zorgpraktijk met minder complexe oudere zorgvragers en tenslotte pas in de klinische setting waarbij de geriatrie patiënten zeer kwetsbaar zijn en waarbij het van belang is dat de beker al “doet wat hij moet doen”. Door technische vertragingen vond de laboratoriumtest plaats op 18 februari. In een overleg met de projectgroep is besproken hoe ik toch betrokken kon zijn bij het project maar ook invulling kon geven aan mijn bachelor thesis. Hierbij is afgesproken om stap 1 t/m 4 van Grol en Wensing uit te voeren op de afdeling Geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum, om de pilot die later dit jaar daar zal plaatsvinden, voor te bereiden. Hierdoor komt er een beter beeld van wat er nodig is om de pilot te laten slagen en hoe de huidige stand van zaken op de afdeling is rondom het meten van de

vochtintake. Stap 5, het beschrijven en uitvoeren van een implementatieplan is uitgevoerd in een andere setting. Op 9 en 10 mei 2016 is de beker voor het eerst getest in de zorgpraktijk in zorgcentrum Sterrebosch te Thorn, onderdeel van Proteion. Met de projectgroep is afgesproken om mij als student een grote rol te geven in de coördinatie van deze pilot, zodat ik toch kan leren van het uitvoeren van een pilot rondom de beker en aan de hand hiervan concrete aanbevelingen kan doen richting de pilot in het ziekenhuis. Deze pilot verliep achteraf toch lastig, ik dacht dat de pilot goed was voorbereid door twee informatiebijeenkomsten en een duidelijke handleiding en briefing vooraf, maar toch miste ik een centraal persoon van de zorg binnen de afdeling als aanspreekpunt. De meeste communicatie verliep via de locatiemanager en teamleider, welke dit op sommige punten minder goed communiceerden naar de zorgverleners. Hierdoor vond ik de testdagen wat rommelig van opzet en miste ik de mening van de zorgverleners doordat zij minder betrokken waren bij de pilot. Stap 6 en 7 is beschreven gericht op het gehele proces rondom de beker, dus de uitgevoerde pilot bij Proteion en de nog uit te voeren pilot op de afdeling Geriatrie in het ziekenhuis te Sittard. Doordat er geen gehele kwaliteitsverbetering heeft plaatsgevonden op een plaats, vond ik het moeilijk om de stappen logisch te omschrijven in de bachelor thesis. Ook het werken in een projectgroep waarmee je afhankelijk bent van veel verschillende factoren en mensen, vond ik soms lastig.

R. Resultaat

Wat was het resultaat van jouw actie bij jezelf en wat was het gevolg bij andere betrokkenen?

Het uiteindelijke resultaat van mijn acties is de voorbereiding van de pilot op de afdeling Geriatrie en de uitvoering van de pilot in zorgcentrum Sterrebosch te Thorn. Uit de evaluatie van deze laatste pilot blijkt dat

R. Reflectie

Mijn doelen waren:

- 1. Ik wil tijdens de uitvoering bachelor thesis mijzelf meer ontwikkelen in het uitvoeren van een kwaliteitsverbetering.*

Door het methodisch werken met de stappen van Grol en Wensing heb ik mij zeker ontwikkeld in het voorbereiden van een kwaliteitsverbetering. Ik vind het jammer dat ik geen gehele implementatie heb kunnen coördineren op een afdeling. Hierin kan ik me na mijn afstuderen waarschijnlijk nog in ontwikkelen. Desondanks heb ik alle stappen uitgevoerd waardoor ik er meer ervaring mee heb gekregen.

2. Ik wil tijdens de uitvoering bachelor thesis ervaring opdoen in het werken in een projectgroep en hier een belangrijke rol in spelen.

Tijdens de uitvoering van de bachelor thesis was ik gekoppeld aan de projectgroep gericht op de validatie van de slimme beker. Hierin had ik vooral contact met de twee prominentste projectleden, namelijk Magda van Gastel en Erik Janssen. De taken die ik heb uitgevoerd waren voornamelijk gericht op de voorbereiding van de pilot op de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum. Op deze afdeling heb ik de eerste 4 stappen van Grol en Wensing uitgevoerd. Deze voorbereiding heb ik in een advies schriftelijk overgedragen aan de projectgroep. Daarnaast heb ik deze mondeling toegelicht aan Magda van Gastel. Daarnaast was de voorbereiding en uitvoering van de pilot binnen zorgcentrum Sterrebosch te Thorn een taak van mij. Hierin heb ik contact gelegd met medewerkers binnen de organisatie om bijeenkomsten te regelen. Ook heb ik een gedeelte van de informatieve presentaties gepresenteerd. Het werven van de ouderen heb ik ook gedaan, hierbij kreeg ik namen van de leidinggevende waarna ik de ouderen heb geïnformeerd over de pilot en hen heb gevraagd om deel te nemen. Na deze werving heb ik een handleiding van de beker en uitleg over de pilot verspreid over de zorgverleners van de desbetreffende afdelingen. Ook heb ik de studenten betrokken bij de pilot begeleid, dit door het opstellen van een studentenhandleiding, het beantwoorden van vragen en het ondersteunen van de studenten op de testdagen. De zorgverleners van de afdelingen heb ik ook ondersteund door informatievoorziening en het beantwoorden van vragen. Door het uitvoeren van al deze taken denk ik dat ik een belangrijke rol heb gespeeld in de projectgroep.

3. Ik wil tijdens de uitvoering bachelor thesis mijzelf meer ontwikkelen in het coachen van medestudenten en/of werkzame zorgverleners.

Tijdens de pilot in zorgcentrum Sterrebosch te Thorn heb ik de studenten die betrokken waren bij de test en de zorgverleners werkzaam op de desbetreffende afdelingen gecoacht. Hierbij heb ik hen geïnformeerd en vragen beantwoord. Hierdoor heb ik mijzelf meer ontwikkeld in de rol van coach.

4. Ik wil in het verslag van mijn bachelor thesis duidelijk antwoord geven op mijn hoofdvraag.

Ik heb helaas voor mijn idee geen duidelijk antwoord kunnen geven op mijn hoofdvraag. Omdat ik geen pilot heb kunnen uitvoeren op de afdeling Geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum, weet ik niet welke rol de beker zou kunnen vervullen in het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis. Desondanks denk ik dat de beker een rol hierin zou kunnen spelen

wanneer de beker en de handleidingen worden geoptimaliseerd en als de omschreven aanbevolen interventies worden uitgevoerd ter voorbereiding op de pilot.

Heb je er iets van geleerd?

Ik heb kennis opgedaan over het uitvoeren van de stappen van Grol en Wensing en ervaring opgedaan in het werken in een projectgroep. Ik heb moeten leren om te gaan met significante veranderingen in het tijdsplan waardoor ik flexibel moest zijn en de invulling van mijn thesis anders moest weergeven.

Kun je deze situatie en je handelen daarin koppelen aan een competentie uit het profiel van de ontwerper uit de opdracht? Als je dat kan, hoe scoorde je dan voor deze competentie?

Rol: Kenniswerker

Competentiegebied: Kennis van wetenschap

Competenties m.b.t. Ontwerpen:

Het kunnen ontwikkelen van protocollen, standaarden, procedures en zorgpaden in het kader van het bevorderen van de efficiëntie en de effectiviteit van de zorgverlening aan ouderen op basis van evidence based kennis.

Ik heb gewerkt aan deze competentie door mede op basis van evidence based kennis antwoord te geven op een van mijn deelvragen. Vanuit deze wenselijke situatie ben ik aan de slag gegaan om het kwaliteitsverbeteringsproces vorm te geven. Er is nog geen implementatie uitgevoerd maar ik denk dat ik een start heb gemaakt om de zorgverlening aan ouderen te verbeteren.

Rol: Kenniswerker

Competentiegebied: Kennis van wetenschap

Competenties m.b.t. onderzoek:

Het kunnen interpreteren van evidence based resultaten van verpleegkundig onderzoek en het kunnen leveren van een bijdrage aan de kennisontwikkeling in relatie tot de zorgverlening aan ouderen d.m.v. praktijkgericht onderzoek.

Ik heb gewerkt aan deze competentie door op basis van evidence based kennis antwoord te geven op een van mijn deelvragen. Ik heb de gevonden evidence geanalyseerd en interpreteert. Ik heb bronnen vergeleken en kritisch gekeken welke bronnen het beste te gebruiken. Daarom ben ik van mening dat ik aan deze competentie heb gewerkt en hier goed op heb gescoord.

Rol: Kenniswerker

Competentiegebied: Kennis van wetenschap

Competenties m.b.t. zorginnovatie:

Het kunnen implementeren van nieuwe inzichten, protocollen, standaarden procedures en zorgpaden in het kader van het bevorderen van de efficiëntie en de effectiviteit van de zorgverlening aan de ouderen.

Ik heb gewerkt aan deze competentie door een start te maken van een kwaliteitsverbeteringsproces. Hierdoor heb ik aangetoond een vernieuwing of verbetering in de zorg te kunnen implementeren op een systematische manier, namelijk volgens de stappen van Grol en Wensing.

(Pool, A. e.a., 2001).

T. Transfer

Zou deze situatie zich nogmaals kunnen voordoen?

Het implementeren van een vernieuwing of verbetering in de zorg gaat zich wellicht nogmaals voor doen, in mijn verdere carrière.

Zou je dan iets anders willen doen dan je deze keer hebt gedaan? (Wat dan, hoe, waarom?)

Of blijf je juist hetzelfde doen? (Wat dan, hoe, waarom?)

Ik zal meer aandacht besteden aan het ondersteunen van het team welke de implementatie moeten gaan uitvoeren. Dit omdat ik me heb gerealiseerd dat dit het belangrijkste is van de gehele kwaliteitsverbetering, anders gaat deze niet slagen.

Zijn er situaties denkbaar waarin je wat je gedaan hebt weer zou kunnen toepassen of juist niet weer zou willen doen?

Het implementeren van een vernieuwing of verbetering in de zorg gaat zich wellicht nogmaals voor doen, in mijn verdere carrière.

Wat neem je jezelf voor, voor de volgende keer?

Ik ga me meer focussen het ondersteunen van het team welke de implementatie moeten gaan uitvoeren.

Bijlage 4

Topiclijst semigestructureerd interview arts/diëtist

Introductie Algemeen

De hoofdvraag hierbij luidt: Op welke wijze kan de smart mug ingezet worden om de vochtintake nauwkeurig te meten bij ouderen in Zuyderland Medisch Centrum Sittard?

Deelvragen:

1. Wat is de wenselijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis?

- Functie

- a. Kunt u uw functie omschrijven? (wat doet een arts/diëtist precies)
- b. In hoeverre komt u in aanraking met het onderwerp vochtintake bij ouderen?

- Vochtintake

- c. Wat is volgens u het belang van het meten van de vochtintake bij ouderen?
- d. Hoe kan volgens u de vochtintake het beste worden gemeten?

Eventueel uitleg over de ‘slimme beker’

- e. Hoe staat u tegenover de innovatie van ‘de slimme beker’?

- Kennis en attitude

- f. Bent u van mening dat medewerkers binnen het Zuyderland Medisch Centrum voldoende kennis hebben over vochtintake?

Bijlage 5

Verbatim getypt interview klinisch geriater

A: Een deelvraag van de gehele scriptie is, wat is de wenselijke situatie rondom het meten van de vochtintake, en daarvoor heb ik dan nu een gesprek met jou. Uh, ja, Mijn eerste vraag is eigenlijk of jij **jouw functie kunt omschrijven?**

W: **Mijn functie?**

A: Jouw functie, ja.

W: Dat is een hele moeilijke.

A: Ja.

W: Ik ben bezigheidstherapeut. Haha. Flauw hè.

A: Ha ha.

W: Nee, **Mijn functie, ik ben klinisch geriater, dat weet je.** *telefoon gaat* En ik wordt af en toe gebeld. Sorry.

Walter beantwoord telefoongesprek

W: **Ja, uh, klinisch geriater, dus dat betekent dat ik uh, de medische zorg heb in het ziekenhuis voor kwetsbare ouderen, of ouderen in een kwetsbare positie, en uh, geriatrische patiënten, dus dat is dan eigenlijk de meest extreme kwetsbare, uhh, variant van..**

A: huh

W: **Uhh, zowel de mensen met multiproblematiek, hè daar proberen we op een bepaalde manier naar te kijken, dat is het Geriatric Comprehensive Assessment, zo proberen we die mensen in kaart te brengen. Dit doen we zowel op de polikliniek, als in de consultatie en op de eigen afdeling.**

A: Jep.

W: **En daarnaast proberen we een bijdrage te leveren zodat de zorg voor de kwetsbare oudere in het ziekenhuis beter wordt, uhh dat uhh ja daar hebben we een soort stuurgroep seniorfriendly hospital voor, we proberen daarin voorstellen te doen voor verbeteringen, we doen ook wat onderzoeken daarin, en we proberen dat ook te doen in ketenverband met de eerste lijn, en de zorgpartners. Want we zijn maar een uh, schakel, van het geheel.**

A: Ja, oke. Duidelijk. En in hoeverre kom je in aanraking met het meten van **het meten van vochtintake** bij ouderen?

W: **Ja dat is eigenlijk waar ik erg op gefocused ben,** uhh, op de afdeling, dat zul je misschien wel als je de afdeling interviewt zien dat **ik dat heel erg belangrijk vindt, en niet alleen die vocht maar ook voeding.** Uhhm. **Want bij ouderen, ja dat is een open deur denk ik voor je, uhh die hebben veel problemen met hydratatie, dat kan onder.. uhh.. of in ieder geval,**

uitdroging zijn, dehydratie of overvulling. En zeker als ouderen ziek zijn dat is dat een heel groot issue. En uhh dehydratie is een risicofactoren voor allerlei factoren zoals delirium, vallen, onder..uhh. ja, noem ze maar op. Dus uhh wat dat betreft zijn we daar heel erg op gefocused dat dat op een goeie manier gebeurd. Nou moet ik zeggen dat ze op de afdeling dat ze dat ook over het algemeen, als we dat vragen, best goed doen, maar goed uhhh.. ik zie natuurlijk alleen maar de resultanten en ik kan natuurlijk niets zeggen over de kwaliteit van de meting, of dat inderdaad goed is.

A: Ja, oke. En wat is volgens jou het belang van het meten van de vochtintake?

W: Ja uh ook dat .. uhh. de uhh. WHO heeft gezegd 1,7 liter aan drinkvocht, ehmm. Ehmm. Ja, de vraag, redden we dat? En ik denk dat als je inderdaad dan een beker hebt die digitaal kan meten, zodat een oudere ook wat meer inzicht kan krijgen in wat zijn eigen gedrag is, wat misschien op die manier ook motiveert om zelf bewust te worden om voldoende vocht binnen te krijgen.

A: Ja.

W: Dus dat hoop ik dat we daarmee kunnen... uh..

A: Ja, Ja, dat was dus mijn volgende vraag, hoe dat jou, wat is de wenselijke situatie, hoe zou je het liefste zien dat de vochtintake gemeten wordt?

W: Ja, Ja nou goed in feite dat je in het normale doen uhh.. moet het geen extra activiteit opleveren zo voor zowel de oudere zelf maar ook als de uh verpleegkundige en de verzorgende, de mensen van het hotelteam, dat er geen extra, euh, handelingen voor uh, verricht hoeven worden, en ik denk dat als de digitale drinkbeker goed zou functioneren, dan zou het zelfs wat handelingen schelen, dus zouden ze minder handelingen hoeven uitvoeren, maar goed je zit natuurlijk in een testsituatie, en daarom moet je dat nu natuurlijk wel doen, bij het eindproduct zou mooi zijn dat als dat systeem goed werkt dat dat een hoop handelingen scheelt en zodat je meer handen aan het bed kunt hebben.

A: Ja. En.

W: Of lui, mensen helpen, het hotelteam, helpen daar waar nodig is, en op een andere manier bezig zijn met de betrokkenen in plaats van registreren.

A: Uhu, jep. En, uh. Denk je ook dat de beker een uhh uhh een rol kan spelen in het nauwkeuriger meten van de vochtintake?

W: Dat is Ja dat uhh dat is eigenlijk iets wat ik ehh wat ik hoop ehh dat er al goed gemeten wordt, en dat het geen verrassing wordt, dat het niet goed gemeten wordt.

A: Jep.

W: Wat nu is het wel zo dat zo uh dus uhh je ziet uhh meestal zeker in het begin van de

opname wordt het keurig bijgehouden ehh door het hotelteam, ehh op lijsten op de kamer, en daarbij wordt ook genoteerd hoeveel terug gaat, dat is altijd een schatting. Dus je zou je best kunnen..

A: Ja

W: Je zou je kunnen voorstellen dat daar een ding in mis gaat, ehmm, het is uit onderzoek gebleken dat dat als ouderen langer in het ziekenhuis verblijven hebben ze ook meer risico op allerlei complicaties en uh vaak wordt alleen in het begin goed gemeten, en daarnaast later in en tijdens de opname worden die dingen losgelaten. Ook mensen die wat langer dan 4/5 dagen in het ziekenhuis blijven, wat voor de meeste kwetsbare ouderen gelden, dat dat ook een toegevoegde waarde kan zijn als je dat eigenlijk op die manier zonder extra inspanning kan doen.

A: Blijven continueren.

W: Ja, want dat is eigenlijk wat ik vaak als commentaar terug hoor dat het toch allemaal veel werk kost om alles te registreren.

A: Ja..

W: Dus als je er dan een automatisme in zou krijgen zou dat perfect zijn.

A: Ja, want mijn volgende vraag is hoe je tegenover de beker staat en wat je er aan voordelen aan ziet maar ook wat je er misschien voor uitdagingen in ziet.

W: Ja uh de de voordelen denk ik dat ik die al genoemd heb, ik denk ehh, dat uh ja misschien nog een betere nauwkeurigheid, ik hoop dat die nauwkeurigheid wat nu al is, best redelijk is, dat hoop ik eerlijk gezegd, ehmm, maar ook voor de toekomst dat je eigenlijk op een hele makkelijke manier voortdurend inzicht houdt in het drinkpatroon van ouderen die heel erg kwetsbaar en ziek zijn. Ja, ook buiten de standaardperioden van meting de eerste dagen.

A: Ja.

W: En dus uhh, ja, ehh ja dat er.. weer tijdwinst voor andere dingen.

A: Ja, en welke belemmeringen of welke uit.. ehh uitdagingen zie je bij de beker?

W: Ja, de belemmeringen denk ik of ehh de uitdaging is eigenlijk van dat het systeem, zo hoe het nu ontwikkeld wordt, dat het ook aan ons ehh in.. ehh ja. informatiesysteem ehh en het elektronisch patiënten systeem gekoppeld kan worden dat is dat is denk ik een grote crux nog

A: Ja. Want anders is het natuurlijk nog steeds veel werk om het weer..

W: Ja. Ja dan is het.. het moet geïntegreerd kunnen worden in het systeem anders dan krijg je een soort extra en dan gaat het toch niet werken.

A: Ja. En heb je het idee dat uh..

W: Het zou eigenlijk real-life moeten zijn hè, dus dat op het moment dat het eigenlijk direct

of bijna direct, op meerdere momenten op de dag, dat je dat uhh.. geüpload wordt en dat je een soort slot..

A: Zodat je altijd meteen een beeld van.. hoe de vochtintake is.

W: Ja.. Ja.

A: Ja. Ja.

W: Dat zou heel mooi zijn.

A: Ja. En uhh. Hoe is je beeld over uhh de kennis en vaardigheden over uhh van de medewerkers op de afdeling met betrekking tot vochtintake?

W: Ja de kennis, ja ik weet het niet zo goed eerlijk gezegd. Ik denk ja de uhh van de verpleegkundigen weet ik wel dat ze als je vraagt van hoe heeft de patiënt gegeten zeggen ze hij heeft zoveel gedronken. Uhh.. ik denk dat de kennis van drinken wat beter is dan rondom voeding

A: Ja.

W: Ehhh. Want dat is eigenlijk voor hun synoniem. Dat heeft er misschien mee te maken dat zij zelf meer betrokken zijn in de voeding of dat in de opleiding gezeten heeft. Dus dat weet ik niet. Ehh. Ja ik denk dat ja als je het hebt van wat mogelijke risico's en complicaties zijn van te weinig vocht dan denk ik alleen dat ze denken aan dehydratie en ehh.. de problemen die daarmee samenhangen, weet ik niet of die kennis over even goed aanwezig is.

A: Ja, oke

W: Ja. Goed?

A: Ja dat was eigenlijk alles wat ik wou vragen.

W: Oke dat ging snel heej ehh

Legenda labels

Funcie

Belang van vochtintake meten

Huidig meten vocht

Nauwkeurigheid meting

Voordelen beker

Nadelen/uitdagingen beker

Wenselijke situatie rondom meten vochtintake

Analyse semigestructureerd interview met klinisch geriater

Functie

Mijn functie is klinisch geriater, dus dat betekent dat ik de medische zorg heb in het ziekenhuis voor kwetsbare ouderen, of ouderen in een kwetsbare positie en geriatrische patiënten, dus dat is dan eigenlijk de meest extreme kwetsbare variant hiervan. Tevens de patiënten met multi problematiek. Naar deze patiënten proberen we op een bepaalde manier te kijken, volgens het Geriatric Comprehensive Assessment. Op deze manier proberen we die patiënten in kaart te brengen. Dit doen we zowel op de polikliniek, als in de consultatie en op de eigen afdeling.

En daarnaast proberen we als geriater een bijdrage te leveren zodat de zorg voor de kwetsbare oudere in het ziekenhuis beter wordt. Hier hebben we een stuurgroep senior friendly hospital voor. Hierin proberen we voorstellen te doen voor verbeteringen en tevens doen we ook wat onderzoeken daarin. Tevens proberen we dat te doen in ketenverband met de eerste lijn en met de zorgpartners omdat we maar een schakel zijn van het geheel.

Belang van vochtintake meten

Vochtintake is een onderwerp waar ik erg op gefocust ben op de afdeling, dit vind ik erg belangrijk en daarbij niet alleen vocht maar ook voeding. Want ouderen hebben veel problemen met hydratatie, dat kan uitdroging zijn, dehydratie of overvulling. Zeker als ouderen ziek zijn is dat een heel groot probleem. Daarnaast is dehydratie een risicofactor voor allerlei factoren zoals delirium en vallen. Dus daarom zijn we daar heel erg op gefocust dat het meten van vochtintake op een goede manier gebeurt.

Het belang van het meten van vochtintake is dat de WHO heeft gezegd dat men 1,7 liter aan drinkvocht nodig heeft en de vraag is of de oudere patiënten dat binnenkrijgen.

Uit onderzoek is gebleken dat wanneer ouderen langer in het ziekenhuis verblijven, ze ook meer risico hebben op allerlei complicaties en vaak wordt alleen in het begin goed gemeten, en later tijdens de opname worden die dingen vaak losgelaten. Maar ook bij mensen die wat langer dan 4 à 5 dagen in het ziekenhuis blijven, wat voor de meeste kwetsbare ouderen geldt, heeft het een toegevoegde waarde om de vochtintake te meten.

Huidig meten vocht

Op de afdeling meten ze als we dat vragen, de vochtintake naar mijn mening best goed maar ik zie natuurlijk alleen maar de resultanten en ik kan niets zeggen over de kwaliteit van de meting. Ik hoop dat de er al goed gemeten wordt, en dat het geen verrassing wordt, dat het

niet goed gemeten wordt wanneer we de beker zouden testen.

Nu is het wel zo dat zeker in het begin van de opname keurig wordt bijgehouden door het hotelteam op lijsten op de kamer hoeveel vocht wordt aangereikt, en daarbij wordt ook genoteerd hoeveel terug gaat. Dit laatste is altijd een schatting, dus je zou je best kunnen voorstellen dat daar een iets in mis gaat.

Vaak wordt alleen in het begin van de opname goed gemeten en later tijdens de opname worden die dingen losgelaten, maar ook bij patiënten die langer dan 4 à 5 dagen in het ziekenhuis blijven, kan het een toegevoegde waarde hebben om de vochtintake te meten. Wat ik vaak als commentaar terug hoor, is dat het toch allemaal veel werk kost om alles te registreren.

Nauwkeurigheid meting

Ik hoop dat de er al goed gemeten wordt, en dat het geen verrassing wordt, dat het niet goed gemeten wordt wanneer we de beker zouden testen. Ik hoop dat die nauwkeurigheid nu al best redelijk is.

Wenselijke situatie rondom meten vochtintake

De wenselijke situatie rondom het meten van vochtintake zou zijn dat het meten geen extra activiteit zou opleveren voor zowel de oudere zelf maar ook als de verpleegkundige, verzorgende en de mensen van het hotelteam. Het zou wenselijk zijn dat er geen extra handelingen voor verricht hoeven worden. Het zou mooi zijn als een hoop handelingen worden bespaard zodat je meer handen aan het bed kunt hebben. Of dat het hotelteam dan mensen kan helpen daar waar nodig is, en op een andere manier bezig kan zijn met de betrokkenen in plaats van registreren. Want wat ik vaak als commentaar terug hoor dat het toch allemaal veel werk kost om alles te registreren, dus als er dan een automatisme in zou kunnen krijgen zou dat perfect zijn. Het zou eigenlijk real-life moeten zijn, dus dat eigenlijk direct of bijna direct, op meerdere momenten op de dag de vochtintake geüpload wordt en dat je altijd meteen een beeld hebt over hoe de vochtintake is. Dat zou heel mooi zijn.

Voordelen beker

Ik denk dat als je een beker hebt die digitaal kan meten, een oudere ook wat meer inzicht kan krijgen in zijn eigen gedrag is, wat misschien op die manier ook motiveert om zelf bewuster te worden om voldoende vocht binnen te krijgen. Ik denk dat als de digitale drinkbeker goed zou functioneren, het zelfs wat handelingen zou schelen, dus zouden ze minder handelingen

hoeven uitvoeren, waardoor er weer tijdwinst optreedt voor andere dingen. Ik denk dat een voordeel de misschien nog een betere nauwkeurigheid is, ik hoop dat die nauwkeurigheid wat nu al is, best redelijk is. Maar ook voor de toekomst is het mooi als je eigenlijk op een hele makkelijke manier voortdurend inzicht houdt in het drinkpatroon van ouderen die heel erg kwetsbaar en ziek zijn, ook buiten de standaardperioden van meting de eerste dagen.

Nadelen/uitdagingen beker

De belemmering of de uitdaging van de beker is eigenlijk dat van dat het systeem. Zodat het systeem zo hoe het nu ontwikkeld wordt ook aan ons informatiesysteem en het elektronisch patiënten systeem gekoppeld kan worden. Het moet geïntegreerd kunnen worden in het systeem anders wordt het extra ding en dan gaat het toch niet werken.

Bijlage 6

Samenvatting semigestructureerd interview diëtisten

- Functie

a. Kunt u uw functie omschrijven? (Wat doet een arts/diëtist precies)

Als diëtisten op W52 krijgen wij consulten binnen van de geriater of krijgen wij automatisch consulten aangereikt welke worden gegenereerd, op basis van de SNAQ-score van een patiënt. Hierbij is het vaak zo dat de voedingstoestand van de patiënt om verschillende redenen slechter is, waardoor wij als diëtist proberen de voedingstoestand te verbeteren. Redenen waardoor de voedingstoestand verminderd kan zijn bij patiënten op W52 zijn bijvoorbeeld een slechte eetlust, een delier of zelfverwaarlozing thuis.

b. In hoeverre komt u in aanraking met het onderwerp vochtintake bij ouderen?

Wij checken als diëtisten niet standaard de vochtintake via de vocht- en voedingslijsten. De verpleegkundigen tellen de vochtintake van de vocht- en voedingslijsten op en controleren deze. Soms komt de vochtintake aan bod in het consult van de diëtist, dan wordt hier ook op doorgevraagd maar over het algemeen ligt de focus op voeding van de geriatrische patiënt en het verbeteren van deze voedingstoestand.

- Vochtintake

c. Wat is volgens u het belang van het meten van de vochtintake bij ouderen?

Het belang van het meten van de vochtintake bij ouderen is volgens ons het voorkomen van dehydratie. Daarnaast zijn de geriatrische patiënten op de afdeling een kwetsbare groep, waardoor ze vaak niet goed in de gaten hebben dat ze te weinig drinken. Tevens zien ze het belang van vocht vaak niet of minder in. Vaak associëren ze de vochtintake voornamelijk met het urineren, en soms drinken ze zelfs minder om (lastige) toiletbezoeken te verminderen. Ook is het meten van de vochtintake heel belangrijk bij patiënten met een vochtbeperking.

d. Hoe kan volgens u de vochtintake het beste worden gemeten?

Het belangrijkste van het meten van de vochtintake is dat het nauwkeurig gebeurt, dit is altijd van belang als je iets wil meten, want je wilt een betrouwbaar beeld krijgen.

Nu is het soms zo dat een verpleegkundige even een glas water ververst terwijl er nog een half glas vocht in zat, of de familie neemt drinken mee maar dit wordt dan niet ingevuld op de vocht- en voedingslijst.

Eventueel uitleg over de ‘slimme beker’.

e. Hoe staat u tegenover de innovatie van ‘de slimme beker’?

Over het algemeen positief over de slimme beker, vooral als deze nauwkeuriger kan meten. Echter vragen wij ons af of de beker ook in de thuissituatie hanteerbaar is, zodat er dan ook zicht kan zijn op de vochtintake. Daarnaast is de vochtbalans niet alleen afhankelijk van de vochtintake maar ook van de vochtoutput van de patiënt, en hier kan de beker niets in betekenen, waardoor het een beperkt beeld is van de vochtbalans.

- Kennis en attitude

f. Bent u van mening dat medewerkers binnen het Zuyderland Medisch Centrum voldoende kennis hebben over vochtintake?

Over het algemeen is op de afdeling het belang van het meten van de vochtintake wel bekend bij medewerkers. Daarnaast denken wij dat voedingsassistenten meer kennis hebben over vocht- en voeding, ook omdat verpleegkundigen minder bezig zijn met dit onderwerp. Voedingsassistenten realiseren zich bijvoorbeeld beter dat in vaste voeding zoals warme maaltijd en fruit ook vocht zit.

Overige punten besproken tijdens het gesprek:

Bij de ontwikkeling van de beker vinden de diëtisten het van belang dat de beker ergonomisch goed in elkaar zit, dat de oudere patiënt de beker goed kan vasthouden. Daarnaast moet de beker niet te zwaar of te groot zijn.

Daarnaast mist de beker het stuk vocht dat niet als drinken wordt aangereikt maar in de voeding zit, zoals pudding, stuk fruit en de warme maaltijd.

Tevens is het van belang dat de beker, gekoppeld aan een patiënt, herkenbaar is en niet makkelijk verwisseld wordt na het afwassen. Ook is de vraag wanneer de beker wordt afgewassen, of hij dit water ook meet als “opgedronken vocht”, waardoor je een vertekend beeld krijgt.

Huidige situatie: nu is het op de afdeling vaak zo dat wanneer een patiënt medisch uitbehandeld is maar nog niet met ontslag gaat, de vocht- en voedingslijsten vaak worden geschrapt, terwijl de patiënt wel nog onder behandeling is van de diëtist.

Ook worden de lijsten vaak niet meer ingevuld bij patiënten met een SNAQ-score van 0. Daarnaast is het zo dat wanneer er patiënten worden opgenomen voor een ander specialisme, het idee heerst dat er niet zo nauwkeurig de vocht en voeding bijgehouden hoeft te worden.

Legenda labels

Functie

Belang van vochtintake meten

Huidig meten vocht

Voordelen beker

Nadelen/uitdagingen beker

Wenselijke situatie rondom meten vochtintake

Aandachtspunten beker

Analyse semigestructureerd interview met diëtisten

Functie

Als diëtisten op W52 krijgen wij consulten binnen van de geriater of krijgen wij automatisch consulten aangereikt welke worden gegenereerd, op basis van de SNAQ-score van een patiënt. Hierbij is het vaak zo dat de voedingstoestand van de patiënt om verschillende redenen slechter is, waardoor wij als diëtist proberen de voedingstoestand te verbeteren. Redenen waardoor de voedingstoestand verminderd kan zijn bij patiënten op W52 zijn bijvoorbeeld een slechte eetlust, een delier of zelfverwaarlozing thuis.

Wij checken als diëtisten niet standaard de vochtintake via de vocht- en voedingslijsten. De verpleegkundigen tellen de vochtintake van de vocht -en voedingslijsten op en controleren deze. Soms komt de vochtintake aan bod in het consult van de diëtist, dan wordt hier ook op doorgevraagd maar over het algemeen ligt de focus op voeding van de geriatrische patiënt en het verbeteren van deze voedingstoestand.

Belang van vochtintake meten

Het belang van het meten van de vochtintake bij ouderen is volgens ons het voorkomen van dehydratie. Daarnaast zijn de geriatrische patiënten op de afdeling een kwetsbare groep, waardoor ze vaak niet goed in de gaten hebben dat ze te weinig drinken. Tevens zien ze het belang van vocht vaak niet of minder in. Vaak associëren ze de vochtintake voornamelijk met het urineren, en soms drinken ze zelfs minder om (lastige) toiletbezoeken te verminderen. Ook is het meten van de vochtintake heel belangrijk bij patiënten met een vochtbeperking.

Huidig meten vocht

Nu is het soms zo dat een verpleegkundige even een glas water verversst terwijl er nog een half glas vocht in zat, of de familie neemt drinken mee maar dit wordt dan niet ingevuld op de vocht- en voedingslijst. Ook is het op de afdeling vaak zo dat wanneer een patiënt medisch uitbehandeld is maar nog niet met ontslag gaat, de vocht- en voedingslijsten vaak worden geschrapt, terwijl de patiënt wel nog onder behandeling is van de diëtist.

Ook worden de lijsten vaak niet meer ingevuld bij patiënten met een SNAQ-score van 0.

Daarnaast is het zo dat wanneer er patiënten worden opgenomen voor een ander specialisme, het idee heerst dat er niet zo nauwkeurig de vocht en voeding bijgehouden hoeft te worden.

Voordelen beker

Over het algemeen positief over de slimme beker, vooral als deze nauwkeuriger kan meten.

Nadelen/uitdagingen beker

Echter vragen wij ons af of de beker ook in de thuissituatie hanteerbaar is, zodat er dan ook zicht kan zijn op de vochtintake. Daarnaast mist de beker het stuk vocht dat niet als drinken wordt aangereikt maar in de voeding zit, zoals pudding, stuk fruit en de warme maaltijd.

Daarnaast is de vochtbalans niet alleen afhankelijk van de vochtintake maar ook van de vochtoutput van de patiënt, en hier kan de beker niets in betekenen, waardoor het een beperkt beeld is van de vochtbalans.

Wenselijke situatie rondom meten vochtintake

Het belangrijkste van het meten van de vochtintake is dat het nauwkeurig gebeurt, dit is altijd van belang als je iets wil meten, want je wilt een betrouwbaar beeld krijgen.

Aandachtspunten beker

Bij de ontwikkeling van de beker vinden de diëtisten het van belang dat de beker ergonomisch goed in elkaar zit, dat de oudere patiënt de beker goed kan vasthouden. Daarnaast moet de beker niet te zwaar of te groot zijn.

Tevens is het van belang dat de beker, gekoppeld aan een patiënt, herkenbaar is en niet makkelijk verwisseld kan worden na het afwassen. Ook is de vraag wanneer de beker wordt afgewassen, of hij dit water ook meet als “opgedronken vocht”, waardoor je een vertekend beeld krijgt.

Bijlage 7

Topiclijst voor informeel gesprek met voedingsmedewerkers en verpleegkundigen W52

Introductie Algemeen

De hoofdvraag van de thesis luidt: Op welke wijze kan de smart mug ingezet worden om de vochtintake nauwkeurig te meten bij ouderen in Zuyderland Medisch Centrum Sittard?

Deelvragen:

1. Wat is de feitelijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis?

Functie

- *Kunt u uw functie omschrijven?*
- *In hoeverre komt u in aanraking met het onderwerp vochtintake bij ouderen?*

Vochtlijst

- *Wat is volgens u het belang van het meten van de vochtintake bij ouderen?*
- *Wanneer wordt een vochtlijst bijgehouden voor een patiënt?*
- *Hoe wordt een vochtlijst bijgehouden?*
- *Op welke wijze wordt de hoeveelheid vocht gemeten? (Schatting, maatbeker, standaardmaten)?*
- *Wordt direct na het ophalen lege glazen, de vochtlijst ingevuld of zit hier tijd tussen?*
- *Vullen naast de voedingsmedewerkers, nog anderen personen hoeveelheden in op de vochtlijst? (zoals familie, verpleegkundigen?)*
- *Wat wordt er gedaan met de vochtlijst aan het einde van de dienst?*
- *Wie is er verantwoordelijk voor de vochtlijst?*

Aanvullende punten:

Opmerkingen gericht op de beker:

Samenvatting informele gesprekken

De resultaten uit de informele gesprekken worden besproken aan de hand van de gestelde vragen.

Functie

Vier respondenten hebben de functie van “hotelmedewerker A”, voorheen voedingsassistente genoemd. Zij houden zich bezig met alles rondom voeding; het verzorgen van maaltijden en drankenrondes, eventueel hulp bij het nuttigen hiervan en ook uitvoering van diëten.

Een respondent heeft de functie van coördinerend verpleegkundige. Zij gaf aan te werken op de vloer maar daarnaast bezig te zijn met coördinerende taken en een overzicht te hebben over wat er op de afdeling speelt en moet gebeuren. De laatste respondent heeft de functie van gespecialiseerd verpleegkundige, werkzaam op afdeling geriatrie W52.

In aanraking met vochtintake

Zowel de verpleegkundigen als de voedingsmedewerkers geven aan dagelijks in aanraking te komen met vochtintake bij ouderen. Beide disciplines zijn bezig met het aanreiken van vocht en eventueel helpen met drinken bij ouderen. De voedingsmedewerkers spelen hier de grootste rol in.

Belang van meten

De voedingsmedewerkers gaven aan dat het meten van vochtintake heel belangrijk is om inzicht te krijgen in de vochtintake van een patiënt. Hiermee krijgt men inzicht of de patiënt genoeg drinkt en of een patiënt meer gestimuleerd moet worden of niet. Een voedingsmedewerker gaf aan dat veel ouderen drinken uit zichzelf niet genoeg drinken, met uitdrogingsverschijnselen worden opgenomen of niet bekwaam zijn (door cognitieve stoornissen) om zelf te drinken. Het lichaam heeft vocht nodig, zeker in zieke toestand. Zij geeft aan dat het juist bij deze doelgroep belangrijk is vocht op een adequate manier te monitoren, zo komt er een beter beeld van de intake.

De verpleegkundigen beamen dat het meten van de vochtintake van belang is om inzicht te krijgen in de vochtintake van de patiënt. Daarnaast geven de verpleegkundigen aan dat wanneer de patiënt daarnaast een katheter heeft en de verpleegkundige ook de output meet, er een goed beeld is van de vochtbalans. Wanneer tevens de intake van voeding wordt bijgehouden, is er een compleet beeld van de voedingstoestand van de patiënt.

De coördinerende verpleegkundige benadrukt daarnaast dat voldoende vochtintake bij ouderen erg belangrijk is maar ook lastig. Veel ouderen hebben moeite om voldoende te drinken, wat mede komt door de verminderde dorstprikkel. Daarnaast zijn geriatrische

patiënten vaak minder mondig en zeggen minder snel hoe ze zich voelen. Door de vochtintake te meten krijgt de verpleegkundige een objectief beeld van de vochtintake van de patiënt.

Indicatie voor vocht meten

De voedingsmedewerkers benoemden dat bij opname van geriatrische patiënten standaard 4 dagen een vocht- en voedingslijst bijgehouden wordt en ingevuld in het V-rob (digitaal systeem). De coördinerende verpleegkundige bevestigt dat bij een opname van een geriatrische patiënt er standaard vier dagen V-rob wordt bijgehouden. Een gespecialiseerde verpleegkundige van de afdeling gaf echter aan dat er standaard bij opname van geriatrische patiënten vijf dagen het V-rob (digitaal systeem) wordt bijgehouden. Om verschillende redenen kan het invullen van V-rob met behulp van een vocht- en voedingslijst na de vier dagen nodig blijven, bijvoorbeeld wanneer iemand een vochtbeperking heeft, wanneer het idee heerst dat de intake slechter wordt of op vraag van de arts, verpleegkundige of diëtist. Volgens de voedingsmedewerkers blijven de vocht- en voedingslijsten vaak in gebruik wanneer het invullen van V-rob is afgesloten, om toch inzicht te blijven houden op de intake. Deze vocht- en voedingslijsten haalt de diëtist dagelijks op. Het grootste deel van de patiënten op W52 heeft een vocht- en voedingslijst op de kamer die wordt ingevuld. Als iemand medisch uitbehandeld is, of binnenkort met ontslag gaat, wordt de vochtlijst ook niet meer bijgehouden.

V-rob

V-rob is een digitaal systeem waarin alle vocht en voeding geregistreerd word. Hierin rapporteert de hotelmedewerker en verpleegkundigen de aangeboden hoeveelheid vocht (en voeding) en later ook wat niet is opgedronken (teruggenomen hoeveelheid). Via dit systeem wordt aldus alle vocht en voeding ingevoerd om zo een beeld te krijgen van de voedingsintake van de patiënt. Hier kan de diëtist eventueel acties op inzetten. Ook vocht bevattende voeding telt mee voor de vochtlijst. Wanneer deze ingevoerd zijn in V-rob, worden deze automatisch ingevuld bij de vochtbalans. Het V-rob systeem berekent automatisch een vochtintake op basis van de aangereikte hoeveelheden vocht, de resthoeveelheden en de hoeveelheden vocht uit voedingsmiddelen. Wanneer daarnaast ook de output wordt bijgehouden (zoals van een katheter) berekent V-rob een vochtbalans.

Via het V-rob systeem wordt ook het infuus ingevoerd. Vaak wordt netjes ingevuld hoeveel wordt aangehangen, maar wanneer een infuus wordt gestopt wordt vaak vergeten om de rest hoeveelheid vocht in de zak te noteren in het systeem.

Vochtlijst bijhouden

Op de kamers van patiënten hangt een vocht- en voedingslijst op het whiteboard welke wordt bijgehouden. Hier schrijft de verpleegkundige, familie en voedingsmedewerker op hoeveel vocht is aangeboden en hoeveel vocht niet opgedronken is (teruggenomen hoeveelheid).

Daarnaast is er een digitaal systeem, genaamd V-rob waarin tevens de vocht- en voeding op ingevoerd kan worden. De vochtlijsten worden een aantal keer per dag van de kamer afgehaald en dan zo nodig in V-rob ingevoerd. De voedingsmedewerkers geven aan dat wanneer ze de kamer op lopen met eten of drinken, ze meteen op de lijst op de kamer invullen wat ze hebben aangereikt. Bij het ophalen van de maaltijd of het drinken, vult de voedingsmedewerker meteen op de vochtlijst in wat over is in de beker, dus de teruggenomen hoeveelheid welke niet is opgedronken (dit noemen de voedingsmedewerkers 'resten').

Wanneer er niets over is, vult de voedingsmedewerker een streepje of nul in, wanneer er wel een hoeveelheid vocht niet is opgedronken, schat de voedingsmedewerker de hoeveelheid in en vult dit in op de vocht- en voedingslijst. Ook vocht bevattende voeding telt mee voor de vochtlijst. Wanneer deze ingevoerd zijn in V-rob, worden deze automatisch ingevuld bij de vochtbalans. Voor de warme maaltijd wordt bijvoorbeeld standaard 300ml geteld en voor een vers stuk fruit 100ml. Yoghurt en pap tellen mee voor het aantal ml dat erin zit.

De verpleegkundigen geven aan dat de patiënt een drank wordt aangeboden en dat deze hoeveelheid vocht wordt genoteerd op de vocht- en voedingslijst. Later wordt de resthoeveelheid vocht in de beker teruggenomen en wordt deze hoeveelheid genoteerd op de vochtlijst als teruggenomen hoeveelheid. Deze hoeveelheden worden afgetrokken van de totale hoeveelheid aangeboden vocht en zo heeft men een beeld van de vochtintake van de patiënt. Tevens wordt via het V-rob systeem het eventuele infuus ingevoerd. Hierbij wordt vaak netjes ingevuld hoeveel wordt aangehangen, maar wanneer een infuus wordt gestopt wordt vaak vergeten om de rest hoeveelheid vocht in de zak te noteren in het systeem. Het V-rob systeem berekent automatisch een vochtintake op basis van de aangereikte hoeveelheden vocht, de teruggenomen hoeveelheden en de hoeveelheden vocht uit voedingsmiddelen.

Wanneer daarnaast ook de output wordt bijgehouden (zoals van een katheter) berekent V-rob een vochtbalans.

Tijd tussen ophalen en invullen

De voedingsmedewerkers verklaren dat de teruggenomen hoeveelheid vocht in principe direct wordt opgeschreven, dit is ook de afspraak. Een enkele keer zit er tijd tussen wanneer patiënten aan tafel eten.

De coördinerend verpleegkundige geeft aan dat het kan voorkomen dat hier tijd tussen zit. Dit

is persoonsgebonden maar kan ook aan het feit liggen dat de patiënt aan tafel eet en niet in de kamer. Daarnaast is het ook vaker zo dat een andere persoon de teruggenomen hoeveelheid invult dan de persoon die de aangereikte hoeveelheid heeft ingevuld. De gespecialiseerde verpleegkundige bevestigt dat dit persoonsgebonden is, sommige medewerkers vullen de hoeveelheid meteen in na het ophalen maar sommige vullen het ook in nadat ze alle glazen hebben opgehaald. Soms wordt het 'resten' (invullen van hoeveelheid vocht die niet is opgedronken door de patiënt) vergeten.

Personen betrokken

De voedingsmedewerkers geven aan dat verpleegkundigen hoeveelheden invullen op de vocht- en voedingslijst wanneer zij water, pap of fruitmoes aanreiken bij bijvoorbeeld de medicatie inname. Dit beamen de verpleegkundigen. Echter geeft een voedingsmedewerker aan dat wanneer verpleegkundigen de vochtlijst invullen, zij dit nog eens doorgeven aan de voedingsmedewerker zodat deze de hoeveelheden nog eens nakijkt. Daarnaast vullen de verpleegkundigen via het V-rob systeem de eventuele intake via infuus in. Familie vult normaal gesproken niets in op de vochtlijst, wanneer bekend is dat de familie ook vocht aanreikt vraagt de voedingsmedewerker of de familie dit wil doorgeven aan de voedingsmedewerker, zodat zij dit weer invult op de vochtlijst. Wanneer familie met patiënt naar onder gaan (restaurant) vraagt de voedingsmedewerker altijd of er iets gedronken is en vult de hoeveelheid dan in. Een voedingsmedewerker geeft aan dat alleen bij patiënten met een vochtbeperking wordt aan de familie/bezoek aangegeven dat ze vocht/voeding, vooraf aan het aanbieden, bij de voedingsmedewerkers moeten melden zodat wij dit kunnen noteren. De verpleegkundigen geven aan dat de familie soms ook opschrijft wat ze hebben aangereikt aan vocht, maar in principe aan de familie wordt gevraagd of ze het doorgeven aan een verpleegkundige of voedingsmedewerker wanneer ze extra vocht aanreiken. Dit wordt in de praktijk weinig doorgegeven.

Einde dienst

Volgens de voedingsmedewerkers wordt (op indicatie) 3 keer per dag de vocht- en voedingslijst ingevuld in V-rob, vaak om 11:30, 18:00 en nog een keer 's avonds. In principe worden alle hoeveelheden (wanneer afgesproken) ingevuld in V-rob en wordt er een streep gezet op de vochtlijst zodat andere medewerkers ook zien tot hoever de vochtlijst al is ingevuld in V-rob. De vochtlijst blijft aan het einde van de dienst hangen. Een voedingsmedewerker gaf aan dat aan het einde van de dienst de intake wordt berekend zodat er bekend is hoeveel vocht er nog genuttigd moet worden in de rest van de volgende dienst. De late dienst van de verpleegkundigen vult ook de teruggenomen hoeveelheden (de niet

opgedronken hoeveelheid vocht) in het V-rob systeem in. De nachtdienst (verpleegkundige) haalt deze lijsten op, telt ze na en controleert ze. De nachtdienst voert het in V-rob in, wanneer het de eerste 4 dagen zijn of wanneer iemand een infuus heeft. De lijsten worden verzameld en de diëtist haalt ze dagelijks op. Wanneer iemand uitbehandeld is worden de vocht en voedingslijsten op de kamer niet meer ingevuld. De verpleegkundigen bevestigen dat de vochtlijsten worden verzameld door de nachtdienst. Alle hoeveelheden die nog niet zijn ingevoerd worden dan ingevoerd, dit zijn met name de hoeveelheden na 20.00 uur omdat er dan geen hotelmedewerkers meer aanwezig zijn. De nachtdienst telt de vochtlijsten op, controleert deze en vult dit in het digitale systeem in. Wanneer hieruit blijkt dat de vochtintake dermate veel of weinig was, geven ze dit aan de vroege dienst aan. De vochtlijsten zelf worden ergens neergelegd, de diëtist haalt deze op. Wat er hierna meer gebeurt weet de gespecialiseerde verpleegkundige niet.

Verantwoordelijkheid

Volgens de voedingsmedewerkers is iedereen die drinken aanbiedt en ophaalt is hiervoor verantwoordelijk, dus eigenlijk de hotelmedewerkers en verpleegkundigen. De coördinerend verpleegkundige geeft aan dat de grootste verantwoordelijkheid ligt bij de voedingsmedewerkers, maar er is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid met de verpleegkundigen. Volgens de gespecialiseerde verpleegkundige is eigenlijk iedereen die vocht aanreikt of weghaalt is verantwoordelijk voor de vochtlijst maar vooral de voedingsmedewerkers en verpleegkundigen.

Wijze meten

De voedingsmedewerkers geven aan dat de hoeveelheid vocht die wordt aangereikt wordt gemeten op basis van standaardhoeveelheden van glazen, de koffieautomaat, flesjes drinken of bakjes pap. De bekers op de afdeling hebben standaardmaten, deze worden ingevuld als aangeboden hoeveelheid vocht. Het koffiezetapparaat geeft een standaard hoeveelheid (120ml). Deze standaard hoeveelheden staan op de vocht- en voedingslijst vermeld. De hoeveelheid vocht die niet is opgedronken door de patiënt wordt geschat op basis van de standaardmaat en het gedeelte van deze maat, dat nog aanwezig is. Dit wordt dan ingevuld op de vocht- en voedingslijst. Een voedingsmedewerker gaf aan dat de teruggenomen hoeveelheid het grootste probleem is bij het meten van de vochtintake en dat ze voor het meest betrouwbare overzicht, met maatbekers zouden moeten werken.

De gespecialiseerde verpleegkundige bevestigt dat het vocht dat wordt aangereikt in bekers komt met standaardmaten, welke aldus ook bovenaan de vochtlijst staan. Wat er overgebleven is in de beker dus wat de patiënt niet opdrinkt, wordt geschat.

De coördinerende verpleegkundige geeft aan dat de hoeveelheden vocht altijd worden geschat. Er zijn ‘standaard’ maten van bekertjes maar deze worden niet altijd volledig gevuld bij aanreiken. De teruggenomen hoeveelheden zijn meer foutgevoelig, deze worden geschat. De coördinerende verpleegkundige geeft aan te denken dat wanneer ze een resthoeveelheid in een beker heeft en drie personen vraagt hoeveel er nog in zit, ze drie verschillende antwoorden krijgt. Wanneer de urineoutput via een katheter ook wordt bijgehouden, wordt deze ook geschat. Daarnaast geeft ze aan dat het meten van vochtintake persoonsgebonden is, de een vult netjes de hoeveelheden in op de vochtlijst maar de ander vergeet het.

Wenselijke situatie

De wenselijke situatie zou volgens de gespecialiseerde verpleegkundige zijn dat de vochtlijsten adequaat worden ingevuld. Soms wordt dit vergeten waardoor de vochtbalans incompleet is. Wanneer de vochtintake goed geregistreerd wordt hebben de verpleegkundigen (en artsen) een beter beeld van de vochtintake. Dit is ook prettig wanneer je een aantal dagen niet gewerkt hebt en de patiënten niet kent, en dan toch op de computer kunt zien hoe het met de vocht en voedingsintake van de patiënt gaat.

Belemmeringen beker

Na gevraagde uitleg over de werking van de beker, gaf de hotelmedewerker een aantal belemmeringen aan. Omdat de beker van 1 persoon is, maar er op veel momenten per dag verschillende dranken worden gedronken, zou de beker zo’n 8 keer per dag afgewassen moeten worden. Dit is arbeidsintensief en is een belemmerende factor.

Daarnaast is het zo dat de beker alleen het vocht in de beker meet, het vocht dat uit de maaltijden wordt gehaald, wordt niet meegerekend. Wanneer medewerkers in het V-rob invoeren wat de patiënt gegeten heeft, rekent dit systeem meteen om hoeveel vocht deze maaltijd oplevert en wordt dit meegeteld in de vochtbalans. Dit kan de beker niet doen.

Ook vraagt de hotelmedewerker zich af hoe een geriatrische patiënt die cognitief nog sterk is, tegen de beker aan kijkt. Ze vraagt zich af of deze niet te ‘kinderlijk’ is. De vraag is of een oudere zonder cognitieve problemen uit deze beker wil drinken.

Eisen beker

Het moet een handige beker zijn, makkelijk drinkbaar. Hij moet kunnen meten of iemand echt drinkt of de hoeveelheid vocht wegschut. Het moet aansluiten op het bestaande systeem.

Bijlage 8

Observatielijst tijdens meelopen Hoteldienst W52- Geriatrie

Gebruikt voor feitelijke situatie (hoe gaat het nu?)

Observatie item	Ja	Nee
- De vloeistof wordt aangereikt aan de patiënt.		
- De vloeistof welke wordt aangereikt aan de patiënt, wordt gemeten met behulp van een maatbeker.		
- Er hangt een vochtlijst op de kamer van de patiënt.		
- De hoeveelheid vloeistof aangereikt, wordt ingevuld op de vochtlijst.		
- De hoeveelheid vloeistof welke is overgebleven (niet opgedronken door patiënt), wordt gemeten met behulp van een maatbeker.		
- De hoeveelheid vloeistof welke is overgebleven (niet opgedronken door patiënt), wordt ingevuld op de vochtlijst.		
- De vochtlijst wordt ingevuld V-rob (elektronisch systeem)		

Observaties tijdens meelopen Hoteldienst W52- Geriatrie

Gebruikt voor feitelijke situatie (hoe gaat het nu?)

De onderstaande items werden geturfd per patiënt die geholpen werd door de hotelmedewerker tijdens deze drankenronde/maaltijdmoment.

Observatie item	Ja	Nee
- De vloeistof welke wordt aangereikt aan de patiënt, wordt gemeten met behulp van een maatbeker.	0	39
- De vloeistof wordt aangereikt aan de patiënt.	39	0
- Er hangt een vochtlijst op de kamer van de patiënt.	33	6
- De hoeveelheid vloeistof aangereikt, wordt ingevuld op de vochtlijst.	33	6
- De hoeveelheid vloeistof welke is overgebleven (niet opgedronken door patiënt), wordt gemeten met behulp van een maatbeker.	0	39
- De hoeveelheid vloeistof welke is overgebleven (niet opgedronken door patiënt) wordt ingevuld op de vochtlijst.	33	6
- De vochtlijst wordt ingevuld in V-rob (elektronisch systeem)	13	26

Totaal aantal patiënten waarbij vocht werd aangereikt: 39

Opmerkingen:

- Bij twee patiënten was er geen vochtlijst op de kamer omdat deze net waren opgenomen op de afdeling.
- Soms werd de hoeveelheid vloeistof aangereikt ingevuld op de vochtlijst voordat de vloeistof daadwerkelijk werd aangereikt. De reden hiervoor is dat de hotelmedewerker eerst een ronde maakte waarbij ze vroeg wat de patiënt wou drinken, op dat moment de standaard maat van de drank (beker/glas ect.) die ze gaat aanbieden invulde, dan de dranken ging halen en daarna de drank aanreikte.
- Bij een patiënten was de vochtlijst gestopt i.v.m. ontslag.
- Bij een patiënten was de vochtlijst gestopt i.v.m. ontslag.
- Bij twee patiënten was de vochtlijst gestopt i.v.m. ontslag.
- Soms werd de hoeveelheid vloeistof aangereikt ingevuld op de vochtlijst voordat de vloeistof daadwerkelijk werd aangereikt. De reden hiervoor is dat de hotelmedewerker eerst een ronde maakte waarbij ze vroeg wat de patiënten wou drinken, op dat moment de standaardmaat van de drank (beker/glas ect.) die ze gaat aanbieden invulde, dan de dranken ging halen en daarna de drank aanreikte.
- De hotelmedewerker maakt na de drankenronde nog een ronde om lege glazen op te halen. Daarnaast haalt ze ook eventueel glazen op die nog niet opgedronken zijn en de patiënt niet wil op drinken, hierbij schat ze de hoeveelheid vloeistof over in het glas in, en vult deze in op de vochtlijst als 'rest'. Wanneer glazen nog niet op zijn, maakt ze later nog een ronde of gekoppeld aan het volgende drinkmoment. Ook kan het zo zijn dat er glazen niet opgedronken zijn wanneer de dienst van de hotelmedewerkers is afgelopen, de afspraak is dan dat wordt overgedragen aan collega's waar nog glazen met vocht in staan.
- De hotelmedewerker neemt een aantal keer per dag de vochtlijsten van de kamers af en vult deze in op V-rob (elektronisch systeem). Dit systeem rekent dan automatisch uit hoeveel vocht er die dag is gedronken door de patiënt. In dit systeem worden ook de voedingsmiddelen die zijn genuttigd ingevuld, wanneer deze een bijdrage leveren aan de vochtintake (zoals warme maaltijd, fruit of pap), worden deze automatisch verrekenend in de vochtbalans.

Bijlage 9

Topiclijst semigestructureerde interviews teamleiders

- *Samenstelling team: aantal teamleden; hoeveel verpleegkundige (MBO/HBO/gespecialiseerd), leeftijd en ervaring , hoeveel voedingsmedewerkers (achtergrondopleiding?), andere disciplines (arts, diëtist, fysio, ergo ect.)*
- *Welke achtergrond qua opleiding hebben de voedingsmedewerkers, en welk niveau is dit?*
- *Heerst er in het team een cultuur waarin nieuwe ideeën worden gewaardeerd?*
- *Hoe gaat men in het team over het algemeen om met veranderingen/innovatie?*

Van welke segmentatie is sprake binnen de doelgroep (Rogers, 2003) beschreven in Grol & Wensing, 2011.

Segmentatie van de doelgroep:

- *innovators: een groep die sterk gericht is op nieuwe ideeën.*
- *early adoptors: een actieve groep, die vaak veel status binnen de doelgroep heeft en als referentiepunt voor de meeste innovators fungeert.*
- *early majority: een groep die niet bestaat uit leiders, maar die nauw contact heeft met en zich laat leiden door de early adoptors.*
- *late majority: een groep die sceptisch is ten aanzien van verandering en weinig gevoelig voor informatiebronnen; zij vertrouwt meer op de publieke opinie of druk vanuit collega's.*
- *laggards: een traditionele groep, die veel weerstand tegen verandering heeft.*
- *Welke bevorderende factoren ziet u t.a.v. de (eventuele) implementatie/pilot van de slimme beker?*
- *Welke belemmerende factoren ziet u t.a.v. de (eventuele) implementatie/pilot van de slimme beker?*

Uitwerking semigestructureerd interview teamleider verpleegkundig team W52

Petra van Monfort

- Beschrijving afdeling W52, aantal patiënten, soort ziektebeelden ect.

Op West52 zijn gemiddeld 21 bedden bestemd voor de geriatrie, welke voortdurend gevuld zijn. Dit zijn patiënten met uitgebreide comorbiditeit, hierbij is de behandeling te complex voor een ander behandelend arts. Vaak liggen op de afdeling patiënten met last van onrust door een delier of dementie.

- Samenstelling team: aantal teamleden; hoeveel verpleegkundige

(MBO/HBO/gespecialiseerd), leeftijd en ervaring , hoeveel voedingsmedewerkers (achtergrondopleiding?), andere disciplines (arts, diëtist, fysio, ergo ect.)

Het team bestaat uit 32 personeelsleden, waarvan 30 verpleegkundigen, 1 verzorgende IG en 1 afdelingssecretaresse. Twee verpleegkundigen zijn HBO-geschoold en daarnaast zijn 10 verpleegkundigen gespecialiseerd in de geriatrie. Twee verpleegkundigen zijn nu bezig met de opleiding. Per jaar wordt meestal een verpleegkundige opgeleid tot gespecialiseerd geriatrieverpleegkundige, in de toekomst wordt gestreefd naar 60% gespecialiseerde verpleegkundigen ten opzichte van 40% verpleegkundigen. Dit omdat de zorg erg complex is waar specifieke geriatrische kennis voor nodig is. Naast dit vaste personeel zijn er per dag gemiddeld 3 stagiaires of leerlingen werkzaam op de afdeling. Daarnaast zijn er een klinisch geriater en een specialist oudergeneeskunde werkzaam op de afdeling. Nu worden deze samengevoegd met het ziekenhuis in Heerlen als een maatschap, waarbij 3 geriateren en 2 specialisten oudergeneeskunde werkzaam zijn. Het aantal arts-assistenten is erg wisselend. Tevens zijn twee gespecialiseerde geriatriefysiotherapeuten gekoppeld aan de afdeling, twee geriatrie ergotherapeuten en twee diëtisten. Zij werken afwisselend op de afdeling. Er zijn daarnaast een activiteitentherapeut en een activiteiten begeleider werkzaam op de afdeling. Het is een redelijk jong team, maar zo'n 20% is 50-plus.

- Heerst er in het team een cultuur waarin nieuwe ideeën worden gewaardeerd?

Op de afdeling heerst deels een cultuur waarin nieuwe ideeën worden gewaardeerd. Er borrelen veel ideeën maar het doorzetten van veranderingen is nog lastig.

- Hoe gaat men in het team over het algemeen om met veranderingen/innovatie?

Hoe het team omgaat met veranderingen en innovatie ligt aan de verandering. Kleine veranderingen zijn vaak geen probleem maar een omslag naar een nieuwe werkwijze is lastig.

Segmentatie van de doelgroep:

- innovators: een groep die sterk gericht is op nieuwe ideeën.

De groep innovators zijn vooral werknemers die een sterrolhouderschap hebben. Dit is een soort kartrekkersrol gericht op een specifiek onderwerp, waarbij men ook deelneemt aan werkgroepen. Deze innovators komen met nieuwe ideeën vanuit deze werkgroepen. Dit is een kleine groep.

- early adoptors: een actieve groep, die vaak veel status binnen de doelgroep heeft en als referentiepunt voor de meeste innovators fungeert.

Een kwart van de groep behoort tot de early adoptors. Zij worden als eerste meegenomen bij nieuwe ideeën en veranderingen. De rest van het team hecht waarde aan hun mening.

Wanneer zij met de verandering meegaan, volgt de rest vaak ook.

- early majority: een groep die niet bestaat uit leiders, maar die nauw contact heeft met en zich laat leiden door de early adoptors.

Het grootste gedeelte van het team bestaat uit de early majority. Zij komen zelf niet met ideeën, maar staan open voor veranderingen wanneer de early adoptors hierin meegaan.

- late majority: een groep die sceptisch is ten aanzien van verandering en weinig gevoelig voor informatiebronnen; zij vertrouwt meer op de publieke opinie of druk vanuit collega's.

Een kwart van de groep bestaat uit de late majority, zij zijn afwachtend bij veranderingen en kunnen sceptisch zijn. Wanneer de meerderheid van de groep meegaat, zullen zij geneigd zijn mee te buigen.

- laggards: een traditionele groep, die veel weerstand tegen verandering heeft.

Eigenlijk is niemand van het team een laggard. Deze groep is vooral verschoven naar de late majority.

Uitwerking semigestructureerd interview teamleider Hotelteam W52, Carla van Gestel

Vragen teamleider Hoteldienst W52

- Samenstelling team:

Er zijn 5 vaste voedingsmedewerkers op de afdeling Geriatrie. Daarnaast zijn er diverse flexmedewerkers (10), die ook ingepland worden bij ziekte en verlof.

- Welke achtergrond qua opleiding hebben de voedingsmedewerkers, en welk niveau is dit?

De meeste hotelmedewerkers zijn mee overgekomen vanuit het oude ziekenhuis. Zij hebben verschillende achtergronden, sommige vanuit de schoonmaak en sommige als assistent in de zorg. Dit werd toen overgenomen door facility en toen zijn ze als hotelmedewerkers terecht gekomen. Deze vaste medewerkers hebben geen specifieke opleiding hiervoor gevolgd, hebben wel al jaren ervaring in de zorgsector. Sommige jonge flexwerkers hebben wel een opleiding gevolgd gericht op voeding, dit is minimaal op MBO-niveau.

- Hoe gaat men in het team over het algemeen om met veranderingen/innovatie?

Er zijn nu veel veranderingen, zitten midden in een fusie. De medewerkers gaan over het algemeen goed om met veranderingen en innovatie. Er zijn verschillende werkgroepen waar de voedings- medewerkers deel van uitmaken, gericht op voeding. Tevens wordt er samengewerkt met logopedie en diëtetiek gericht op innovatie, nu specifiek op het uitzoeken van nieuwe drinkbekers.

- Heerst er in het team een cultuur waarin nieuwe ideeën worden gewaardeerd?

Het team van voedingsmedewerkers is bereid om verschillende werkwijzen te testen en denken goed mee in innovaties. Hierbij denken zij gericht over wat deze innovatie voor de zorg (kan) betekenen.

- Welke bevorderende factoren ziet u t.a.v. de (eventuele) implementatie/pilot van de slimme beker? Bovenstaande.

- Welke belemmerende factoren ziet u t.a.v. de (eventuele) implementatie/pilot van de slimme beker? Geheel andere werkwijze, afwas moet naar centrale keuken i.v.m. hygiëneregels.

Opmerkingen: Carla geeft aan dat het van belang is om het team te betrekken in de pilot en hen goed voor te bereiden en te informeren over wat er van hen verwacht wordt. Hierbij is het van belang om duidelijkheid te hebben over de omvang van de pilot, een vast aanspreekpunt te hebben tijdens de pilot en duidelijkheid over de evaluatie van de pilot.

Handleiding studenten HBO - V



1. Een onderzoek naar de validiteit en hanteerbaarheid van het slim registreren van vochtinname met de 'My Beaker'.

1.1 Achtergrond

Ouderen hebben een vergroot risico op verminderde vochtintake, door verschillende oorzaken (Mackenbach, 2010; Maughan, 2012). Hooper (Hooper et al., 2014) benoemt in een review de leeftijd, mobiliteit, slechthoofdpijn, verwardheid, incontinentie, geen dorstgevoel en de sexe als risicofactoren hiervoor. Vooral bij ouderen die fragiel zijn is dit risico hoog. In deze groep komen multimorbiditeit en (mede daardoor) polyfarmacie veel voor (Denneboom, Dautzenberg, Grol, & De Smet, 2007). Uitdroging als gevolg van te weinig drinken thuis of in een verpleeg- of verzorgingshuis kan leiden tot acute gezondheidsproblemen en daardoor opname in een ziekenhuis. Daarnaast kan het leiden tot verwardheid en een slechtere revalidatie na een medische ingreep, zoals na een heup- of hartoperatie (Rodrigues et al., 2015).

Het is belangrijk om de vochtintake te monitoren en uitdroging te voorkomen. Hiermee kan namelijk voorkomen worden dat de gezondheid verslechtert. Voldoende vochtopname draagt zelfs bij aan een verbetering van de gezondheid. Zo is de werking van medicatie beter bij voldoende opname van vocht. Wereldwijd wordt aanbevolen om 1,5 tot 2 liter per dag te drinken (Hodgkinson, Evans, & Wood, 2003), waarvan 70% direct gedronken zou moeten worden (Gezondheidsraad, 2006). Het monitoren van vochtintake wordt gepromoot door o.a. ActiZ in een multidisciplinaire richtlijn (Arcares, 2001) en het IKNL (De Nijs E, 2010), de inspectie van volksgezondheid (IGZ) en vele brancheorganisaties. Het zou, net als de voedingstoestand, een vast onderdeel van het cliëntenzorgplan dienen uit te maken.

Het bewaken van de vochtintake is een zaak van de oudere zelf, van de mantelzorg en van de betrokken professionals. Instrumenten om dit proces te bevorderen richten zich in het algemeen op het inschatten van de algemene toestand van de oudere of op het monitoren van de hoeveelheid die de oudere per dag drinkt. Vaak zijn slechter functioneren, verminderd dorstgevoel of ziekte aanleiding om vochtintake te monitoren. Instrumenten om de vochtintake te monitoren bestaan in het algemeen uit vragenlijsten, het bijhouden van vochtlijsten, lichamelijke symptomen van uitdroging (zoals droge slijmvliezen in de mond, een slechte turgor van de huid, wegen) of het bepalen van biochemische waarden in de urine of het bloed (Arcares, 2001; De Nijs E, 2010; Gezondheidsraad, 2006; Hodgkinson et al., 2003; Nissensohn, Lopez-Ufano, Castro-Quezada, & Serra-Majem, 2015). Regelmatig wegen en het bijhouden van vochtlijsten lijken het meest geschikt voor gebruik door ouderen, mantelzorgers en professionals maar is erg arbeidsintensief (Arcares, 2001; De Nijs E, 2010). Daarnaast wordt soms biochemisch onderzoek ingezet, om de ernst van het tekort te bepalen.

Er is beperkt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de verschillen instrumenten. De validiteit van instrumenten die onderling vergeleken werden, bleek laag en biomarkers leken te weinig sensitief en specifiek (Hodgkinson et al., 2003; Nissensohn et al., 2015; Rodrigues et al., 2015). Het monitoren van gewichtsverlies, het bijhouden van vochtlijsten en vragenlijsten (al dan niet op basis van zelfrapportage) lijken het meest geaccepteerd te zijn en kunnen als koperen standaard gezien worden (Nissensohn et al., 2015; Rodrigues et al., 2015).

Innovatieve methoden die gebruik maken van ICT om vochtintake te monitoren zijn in ontwikkeling of komen op de markt. Zo is er de Vessyl, (retrieved from: <https://www.myvessyl.com/blog, may, 2015>) die met behulp van een app de gedronken hoeveelheid vocht in kaart brengt. Er is nog geen onderzoek gepubliceerd naar de validiteit van deze beker. Ook is er een drinkfles die aangeeft wanneer je moet drinken (<http://www.dutchcowboys.nl/gadgets/super-slimme-drinkfles-die-zegt-wanneer-jij-moet-drinken>).

1.2 My Beaker

Een van de innovatieve ontwikkelingen betreft de 'slimme beker'. Het eerste prototype van deze slimme beker is ontwikkeld op basis van functionele gebruikseisen opgesteld door verzorgenden werkzaam in een verzorgingshuis voor ouderen in Limburg. Deze eisen zijn vastgesteld op basis van twee focusgroep bijeenkomsten met de verzorgenden en participerende observaties in het verzorgingshuis.

De slimme beker moet gaan detecteren hoeveel gedronken wordt, op welk tijdstip en hoeveel vocht verloren gaat als de beker bijvoorbeeld omvalt. Deze informatie wordt in een ICT programma ingelezen. Het programma vertaalt deze gegevens automatisch in een overzicht van de vochtintake per dag, per week of langere periode. In een handleiding wordt toegelicht hoe de beker gebruikt dient te worden en hoe de gegevens in de computer ingevoerd worden.

Om na te gaan of het prototype van de slimme beker daadwerkelijk meet wat die moet meten, worden de betrouwbaarheid en de (functionele en technische) validiteit in kaart gebracht. Ook wordt nagegaan of de beker hanteerbaar is en voldoet aan de wensen van ouderen en verzorgenden (usability). Dit onderzoek zal gebeuren in drie fasen.

De eerste fase wordt uitgevoerd in een laboratorium setting onder gecontroleerde omstandigheden, de tweede fase wordt ingericht onder gecontroleerde omstandigheden in de zorgpraktijk (veldtest 1). In de derde fase wordt gemeten onder normale omstandigheden in de zorgpraktijk (veldtest 2). De gegevens en ervaringen van de opeenvolgende fasen worden gebruikt om het prototype van de beker, de computerbediening en de handleiding te verbeteren.

2. Veldtest bij zorgcentrum Sterrebosch

De uitkomsten van fase 1 worden gebruikt om de my beaker, het programma en de gebruiksaanwijzing bij te stellen en te verbeteren. De labtest is uitgevoerd en de beker wordt nu aangepast. Als studenten zullen jullie betrokken zijn bij fase 2.

Het doel van fase 2 is het valideren van de My Beaker bij ouderen en zorgverleners onder gecontroleerde omstandigheden. De scores m.b.t. de vochtintake gemeten met de My Beaker worden vergeleken met 1) de scores van de 'koperen standaard', namelijk handmatige vochtregistratie en 2) door de geobserveerde werkelijke vochtinname (door studenten). Daarnaast zal door interviews met de ouderen en zorgverleners informatie verzameld worden over hun ervaringen met het gebruik van de beker en het invoeren van gegevens in het programma: de hanteerbaarheid en usability.

2.1 Selectie en werving van ouderen en zorgverleners

Zorgverleners van Proteion worden na uitleg in een introductiebijeenkomst gevraagd op vrijwillige basis deel te nemen aan het onderzoek. Zij benaderen ouderen die wonen in een aanleunwoning van Proteion en voldoen aan de inclusie criteria, om deel te nemen aan een korte introductiebijeenkomst. Inclusiecriteria zijn: ouderen zonder grote cognitieve beperkingen (inschatting door behandelend arts), in staat om zelfstandig te drinken uit de slimme beker, mondeling kunnen communiceren, gemotiveerd mee te doen aan het onderzoek en verblijvend in aanleunwoning.

Tijdens deze bijeenkomst krijgen de ouderen informatie over het onderzoek en de beker. Deze informatie krijgen ze ook op papier. Deelname is vrijwillig en men mag stoppen indien nodig of gewenst. In totaal worden tien ouderen op geselecteerd om mee te doen.

2.2 Procedure

1. Een handleiding, die precies beschrijft hoe de beker en het programma gebruikt dienen te worden, zal worden uitgereikt en mondeling worden toegelicht aan de ouderen, verzorgenden en de studenten. Voor de ouderen en verzorgenden worden aparte handleidingen gemaakt.
2. Elke oudere krijgt een eigen beker.
3. Twee zorgverleners van de afdeling zullen vijf maal per dag een volle drinkbeker (a 200 ml) aanbieden aan de oudere.
4. De ouderen drinken het aangeboden beker geheel of gedeeltelijk op. Wat niet wordt gedronken wordt apart bewaard.
5. De zorgverleners lezen de gegevens van de My Beaker in het programma in
6. Twee studenten zullen gedurende twee dagen vijf maal per dag registreren hoeveel vocht wordt aangeboden en gedronken door de oudere. Daarnaast zullen ze observeren of er bijzonderheden zijn in het gebruik van de My Beaker door de ouderen en de zorgverleners.
7. De zorgverleners noteren de vochtinname op de vochtlijsten.
8. Na de testdag worden de ouderen en de zorgverleners geïnterviewd, om hun ervaringen met de drinkbeker te inventariseren.

9. De observaties van de studenten worden gedocumenteerd op observatielijsten, waarop ingevuld kan worden hoeveel wordt aangeboden, hoeveel gedronken en hoeveel weggegooid wordt. Daarnaast zal ruimte voor andere opvallende zaken zijn, bijvoorbeeld omgevingsinvloeden.
10. De aspecten met betrekking tot hanteerbaarheid en usability worden in kaart gebracht door het afnemen van semigestructureerde interviews. Er zal o.a. aan ouderen gevraagd worden naar de algemene indruk, gebruiksgemak, acceptatie en inpasbaarheid in het dagelijkse ritme. Aan zorgverleners zal ook naar gebruiksgemak gevraagd worden, waarbij ook aandacht voor het invoeren en uitlezen van de gegevens in het programma. Daarnaast zal inpasbaarheid in het dagelijkse werk een belangrijk onderwerp zijn. De zorgverleners vullen ook een usability vragenlijst in (PSSUQ; Lewis, 2002).

2.3 Meetgegevens

Gedurende de twee dagen worden de volgende gegevens verzameld:

- Kenmerken ouderen, zoals leeftijd, aandoening, mobiliteit
- Hoeveel ingeschonken vocht per beker per oudere in ml
- Hoeveelheid gedronken vocht per beker, per oudere in ml
- Hoeveelheid niet gedronken vocht per beker, per oudere in ml
- Bijzonderheden die zich voordoen, bv omgevallen beker
- Topics usability (algemene indruk, gebruiksgemak, acceptatie, inpasbaarheid in het dagelijkse ritme), de vragenlijst: PSSUQ (Lewis 2002) afgenomen bij de zorgverleners.

2.4 Analyse

De hoeveelheid vocht die gedronken en weggegooid wordt, zal in ml per beker vergeleken worden met de handmatige registraties (vochtlijsten) en de geobserveerde registraties (gouden standaard). Er wordt beschreven hoeveel metingen binnen de marges (vastgestelde meetfouten) zijn. Daarbij worden de absolute waarden in kaart gebracht en met elkaar vergeleken en de mate van overeenkomsten (d.m.v. pearsons correlaties) berekend.

De resultaten van de usability-interviews zullen kwalitatief geanalyseerd worden, middels inhoudsanalyse (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2013) en de resultaten van de PSSUQ zullen door middel van beschrijvende statistiek worden geanalyseerd.

De resultaten van fase 2 zullen gebruikt worden om de beker, het programma en de gebruiksaanwijzing bij te stellen. De hele procedure wordt minimaal twee keer uitgevoerd bij tien ouderen.

3. Taken studenten tijdens de veldtest

Van de student wordt verwacht om bij 2 ouderen die beiden een persoonlijke beker hebben, de vochtintake te meten met behulp van een maatbeker. Dit wordt gedaan op vijf drinkmomenten die dag. Daarnaast zal de student observeren of er bijzonderheden zijn in het gebruik van de My Beaker door de ouderen en de zorgverleners. Na de testdag wordt verwacht van de student om interviews uit te voeren met ouderen en de zorgverleners om hun ervaringen met de drinkbeker te inventariseren. Dit gaat volgens een opgestelde topiclijst (zie bijlage 4) en wordt opgenomen middels opname apparatuur. Tevens zullen zij de zorgverleners vragen om ook een usability vragenlijst in te vullen (PSSUQ; Lewis, 2002). Nadat de interviews zijn afgenomen wordt van de student verwacht om de resultaten van de usability-interviews kwalitatief te analyseren, middels inhoudsanalyse (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2013). Van de studenten wordt tevens verwacht om de resultaten van de PSSQ vragenlijsten te verwerken in een tabel.

3.1 Meten van de vochtintake

Materialen student:

- 5 slimme bekere
- 5 geijkte maatbekere
- 5 formulieren registratie vochtintake, zie bijlage 3

Materialen zorgverlenere:

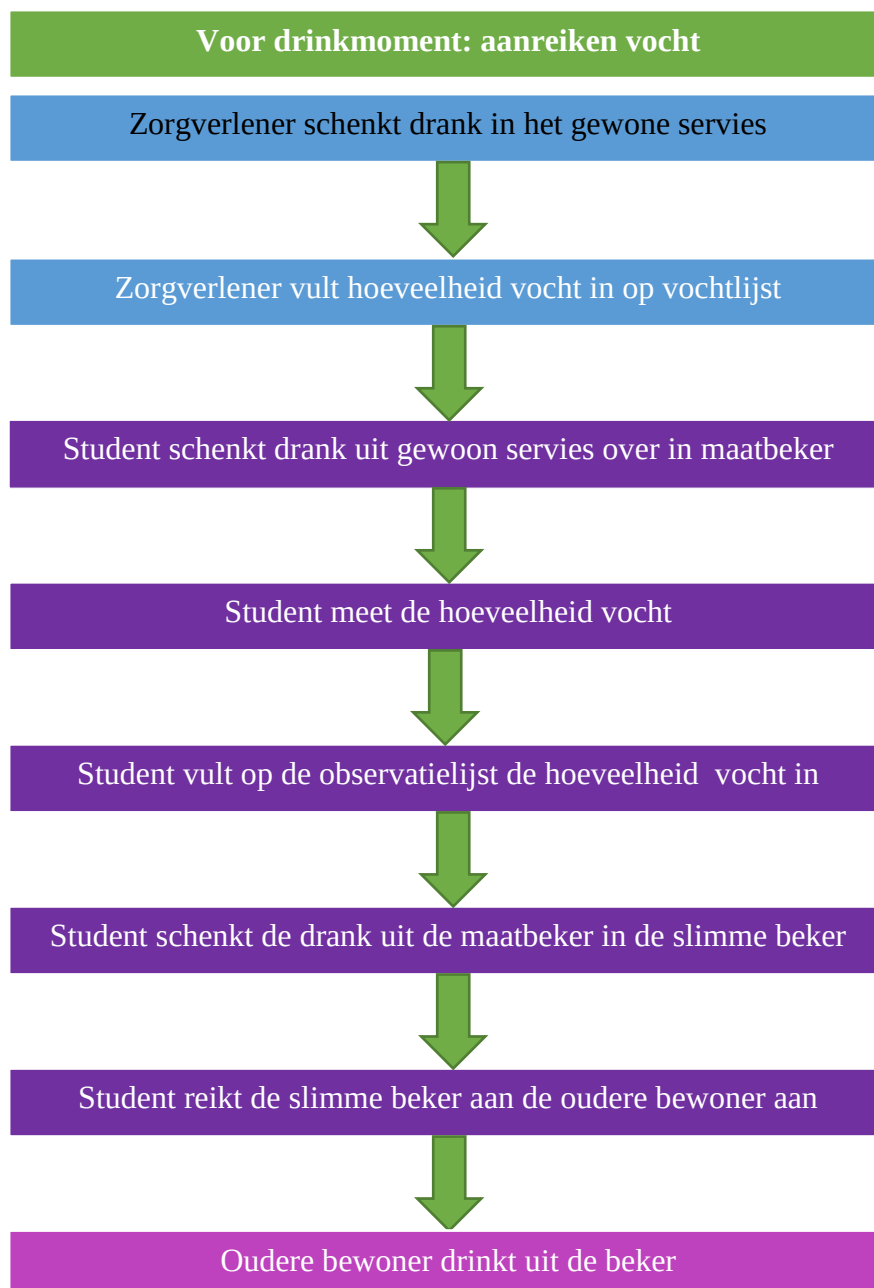
- gewone glazen/kopje waar normaliter het vocht in wordt aangeboden, circa 200ml inhoud.
- een vochtlijst die normaliter wordt gebruikt in het zorgcentrum

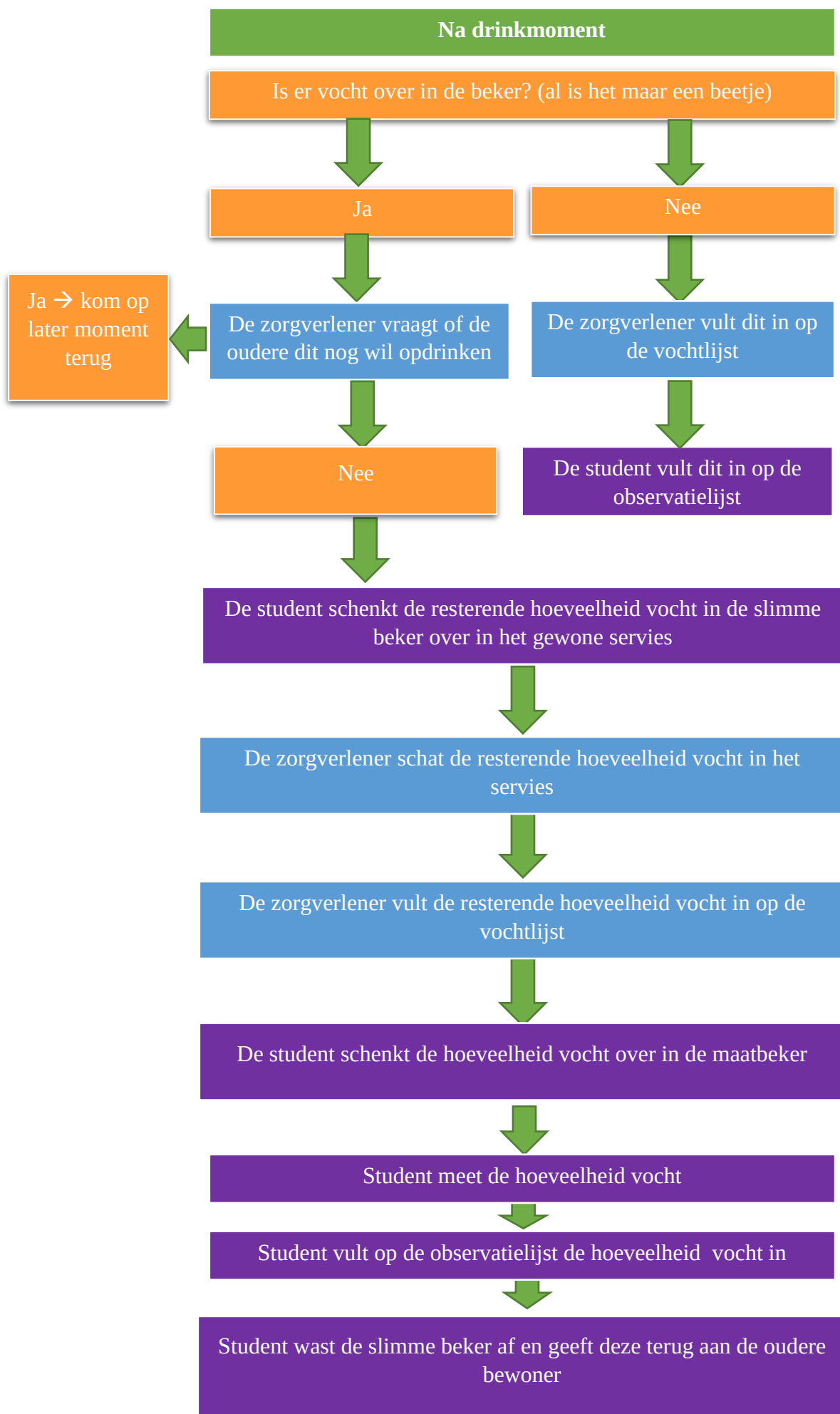
Uitvoering:

1. De oudere krijgt een slimme beker.
2. De oudere kiest de drank naar keuze en geeft de keuze aan de zorgverlener aan.
3. De zorgverlener schenkt de drank naar keuze in een gewoon glas/kopje à 200ml.
4. De zorgverlener vult de aangeboden hoeveelheid vocht in op de vochtlijst.
5. De student schenkt de drank naar keuze in het gewone kopje, over in de maatbeker. Het gewone glas/kopje blijft staan op de kamer van de oudere!
6. De student meet de hoeveelheid vocht door middel van de maatbeker.
7. De student vult op de observatielijst in hoeveel vocht is aangeboden.
8. De student schenkt de hoeveelheid vocht in de maatbeker, over in de "slimme beker".
9. De student reikt de slimme beker met drank naar keuze aan de oudere aan.
10. De oudere drinkt van de drank.
11. De student en zorgverlener gaan op een later tijdstip terug naar de oudere.
12. De zorgverlener vraagt aan de oudere of hij/zij de drank heeft opgedronken of de resterende hoeveelheid in de beker niet meer wil opdrinken.
13. Wanneer er nog een resterende hoeveelheid in de beker zit en de oudere die niet meer wil opdrinken, schenkt de student deze hoeveelheid over in het gewone glas/kopje.
14. De zorgverlener schat de resterende hoeveelheid vocht in het glas/kopje.
15. De zorgverlener vult de resterende hoeveelheid vocht in op de vochtlijst.
16. De student schenkt de resterende hoeveelheid vocht in het gewone glas/kopje, over in de maatbeker.

17. De student meet de hoeveelheid vocht door middel van de maatbeker.
18. De student vult op de observatielijst in hoeveel vocht is teruggenomen, dus de resterende hoeveelheid.
19. De student wast de "slimme beker" af en geeft deze terug aan de oudere.
20. Het gewone glas/kopje dat gebruikt is tijdens het meetmoment, wordt meegenomen met de afwas.
21. Deze procedure herhaalt zich ieder op drinkmoment.

3.2 Stappenschema





3.2 Uitvoeren van interviews

Van de studenten wordt verwacht om interviews te uitvoeren met ouderen en verzorgenden die betrokken waren bij de pilot. Er is gekozen voor een semigestructureerde vorm waarbij reeds een topiclijst voor is gemaakt, zie hiervoor bijlage 3. Voor het uitvoeren van het interview wordt aangeraden om de volgende bron te raadplegen: Baarda, B., Goede, M. de & Hulst, M. van der. (2012) Basisboek interviewen. Groningen: Noordhoff Uitgevers. Dit boek is te vinden in de Zuyd bibliotheek en bevat tips over hoe een mondeling face-to-face interview af te nemen. De interviews worden opgenomen met audioapparatuur. Dit kan met een opnamefunctie op een smartphone. Wanneer een student niet in het bezit is van deze functie op zijn/haar telefoon, graag dit tijdig aan te geven bij de projectgroep zodat wij dit kunnen faciliteren.

3.3 Analyseren van interviews

Het interview wordt na afloop van de testdag geanalyseerd door de studenten. Ten eerste zal de student het interview verbatim uitwerken, dat wil zeggen letterlijk, van woord tot woord overtypen. Afhankelijk van de lengte van het interview gaat hier best wat tijd in zitten. Nadat het interview is uitgetypt, wordt het geanalyseerd. De manier van analyse van kwalitatieve gegevens is duidelijk te vinden in het boek Baarda, B. (2014). Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters Noordhoff, vanaf pagina 156. Dit boek is wederom in de Zuyd bibliotheek te vinden.

De manier van analyseren wordt nu kort toegelicht. De stappen die je in de analyse volgt, zijn:

- Stap 1: het ordenen van de gegevens
- Stap 2: het vaststellen van de relevantie
- Stap 3: het open coderen
- Stap 4: het axiaal coderen
- Stap 5: het selectief coderen

Ten eerste wordt de tekst geordend in informatie-eenheden. Hierbij kijk je wat bij elkaar hoort. Vaak worden deze fragmenten genummerd of gekleurd.

Nadat je alles hebt ingedeeld in fragmenten is de volgende stap het bekijken van alle fragmenten op hun relevantie voor het onderzoek. Hierbij is het van belang om de onderzoeksvraag centraal te stellen, namelijk wat de ervaring en mening van verzorgenden en ouderen over de slimme beker is. Nadat er structuur is aangebracht en irrelevante delen voorlopig zijn geschrapt, is datareductie de volgende stap. Hierbij worden de fragmenten samengevat in labels en worden synoniemen samengevoegd.

Daarna wordt er axiaal gecodeerd, er worden categorieën gezocht in de labels. Bijvoorbeeld wanneer ouderen zeggen dat ze de beker mooi (label: mooi uiterlijk) uit vinden zien, handvatten liggen fijn in de hand (label: fijne handvatten) ect. hoort dit in een categorie gericht op het design van de beker. Bij de laatste stap, het selectief coderen wordt wederom stilgestaan bij de onderzoeksvraag en wordt er naar centrale begrippen gezocht.

Het ordenen van informatie-eenheden kan het makkelijkst gebeuren met het markeren van de tekst in verschillende kleuren. Hiervoor gebruik je onderstaande legenda:

Legenda interview zorgvragers

Eerste indruk

Ervaring drinken uit de beker

Voordelen beker

Bezwaren beker

Verbeteringen voor beker

Legenda interview zorgverleners

Eerste indruk

Ervaring werken met de beker

Ervaring inzicht in het drinkgedrag

Voordelen beker

Bezwaren beker

Verbeteringen voor beker

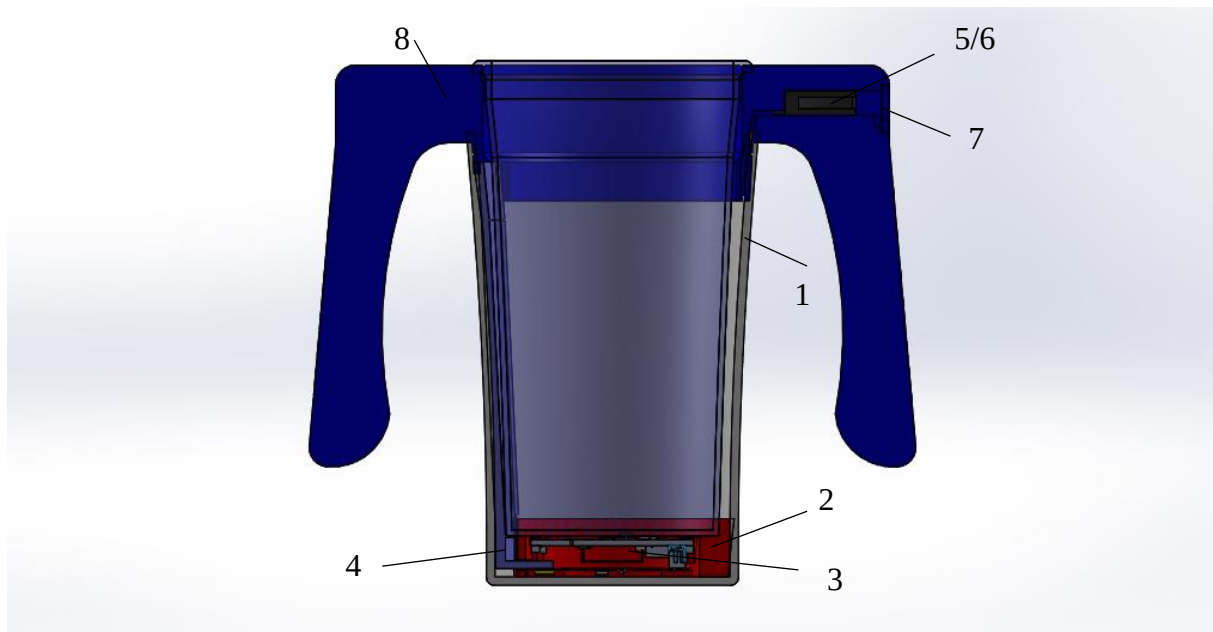
Wanneer er nog andere onderwerpen aan bod komen in het interview waar nog geen label voor is in de legenda, maak je hiervoor een nieuw label.

Bij het onderdeel over axiaal coderen kun je een codeboom opmaken om zicht te krijgen op de onderlinge samenhang van codes(labels) in een concept. Codebomen kunnen een tabel-, een lijst-, of een netwerkstructuur hebben zolang de hiërarchische indeling in concepten en subconcepten maar duidelijk naar voren komt. Op de volgende pagina wordt een voorbeeld weergegeven van een deel van een codeboom.

3.4 Verwerken van resultaten vragenlijst

Nadat de verzorgenden een aantal drinkmomenten met de beker hebben gewerkt, kan een usability vragenlijst ingevuld worden (PSSUQ; Lewis, 2002). Dit gebeurt (net voor) het einde van de dienst. Van een student wordt verwacht om de resultaten van de PSSQ vragenlijsten te verwerken in een tabel. Hierbij is de opdracht om de resultaten uit de verschillende ingevulde vragenlijsten te verwerken in een tabel en je af te vragen, wat valt er op? Dus hier grove conclusies uit te trekken. Een voorbeeld van zo'n verwerking in een tabel is te zien in bijlage 6. De student die dit uitvoert, hoeft een interview minder uit te werken. We zullen dit op de eerste testdag bespreken wie dit gaat doen.

Bijlage A: Beschrijving beker



Hieronder is het ontwerp in kort beschreven:

1. Dubbelwandige beker isoleert en biedt tevens ruimte om de elektronica te huisvesten.
2. Beschermring ter bescherming van de elektronica en zorgt voor stabiliteit van de ruimte in de bodem.
3. Printplaat met elektronische componenten zoals bijvoorbeeld de microprocessor, sensoren, etc.
4. Sensorstrip voor het meten van de hoogte van de vloeistof.
5. Handvatten met daarin stekker waarmee de beker kan worden uitgelezen.
6. Batterij zit op deze plek om mocht deze leeg zijn dat het makkelijk te vervangen is.
7. De stekker is weggewerkt achter een waterdicht klepje weggewerkt.
8. Breekpunt waar de beker als eerste breekt bij een te harde val.

Breekpunt zit op deze plaats in het handvat zodat mochten er dusdanig veel krachten op komen dat de plastic scheurt dan breekt het op dit punt.

Beker aan- en uitzetten



Slaapt

Als de beker 2 minuten op de kop staat, dan schakelt deze uit.



Wakker

Als de beker weer rechtop staat, dan schakelt deze in.

Klaar voor gebruik

In de bodem van de beker is een rood en groen lampje.



Klaar voor inschenken

Knippert groen,
klaar om vloeistof in te schenken.



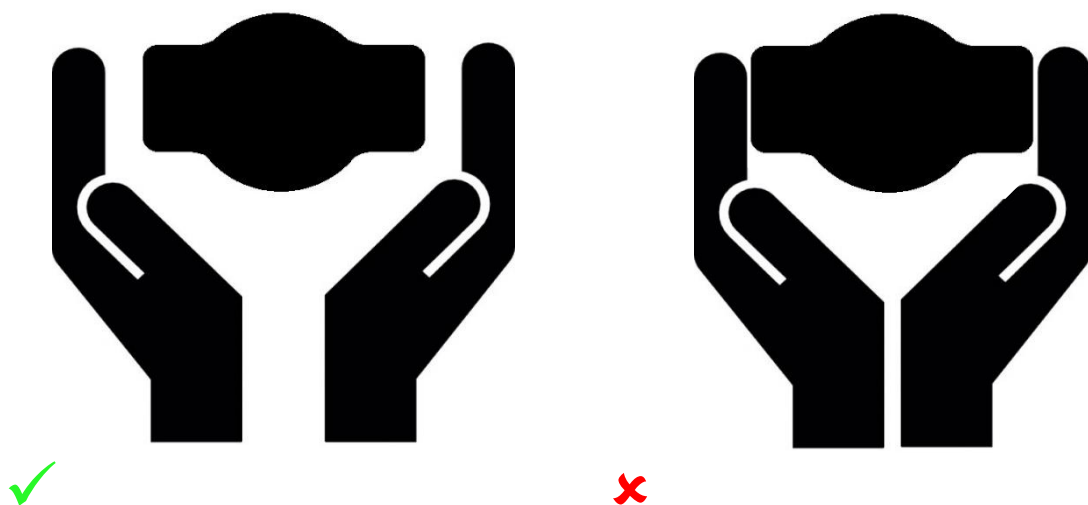
Beker is aan het meten

Knippert rood,
de beker is aan het meten.

**Rood lampje blijft branden als batterij is verwisseld,
dan is de beker aan het opstarten.**

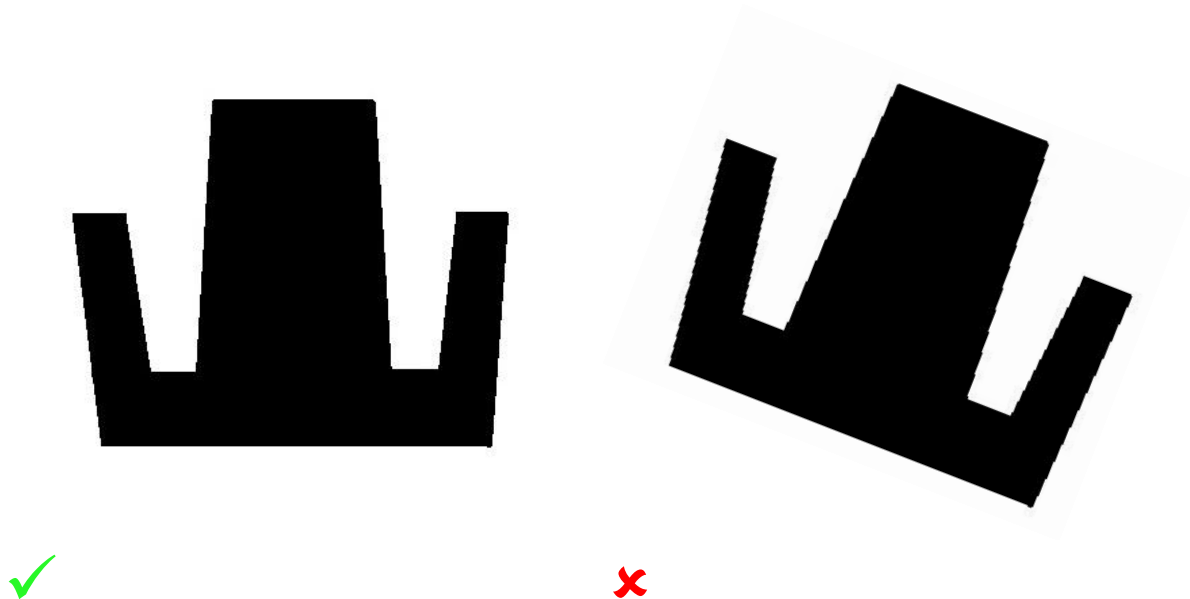
Inschenken

Het is belangrijk dat bij het inschenken de handen los zijn van de beker



Leeggieten van beker

Bij het leeggieten, de beker horizontaal op de kop houden.



Schoon maken

Schoon maken met de hand en sopje



Eigenschappen

Tuitje dat meegeleverd is kan op beker geplaatst worden als hulpmiddel.

Warme en koude dranken kunnen in deze beker geschonken worden. De beker is isolerend, wat betekent dat de warme vloeistoffen langer op temperatuur blijven.

Let op voor verbranding van de tong en mond !

Verkrijgen van de data

De data krijgt u per e-mail toegestuurd.

Mocht u hier vragen over hebben, neem dan contact op via de onderstaande contactgegevens:

Erik Janssen

06-50817445

erikjanssenconsultancy@gmail.com

Bijlage C: Observatielijst studenten

Registratie vochtintake

Drinkmoment tijdstip van aanreiken	Hoeveelheid aangeboden vocht maatbeker	Hoeveelheid resterende vocht maatbeker	Hoeveelheid gedronken

Geobserveerde bijzonderheden:

-
-
-

Voorbeeld registratie vochtintake:

Drinkmoment tijdstip van aanreiken	Hoeveelheid aangeboden vocht maatbeker	Hoeveelheid resterende vocht maatbeker	Hoeveelheid gedronken
9:00	150 ml	30ml	120ml

Geobserveerde bijzonderheden:

- De oudere kan de beker niet goed vasthouden omdat hij te grote handen heeft.

Bijlage D: interview topiclijsten

Interview topiclijst voor ouderen in veldtest 1 en 2:

Wat is uw eerste indruk van de slimme beker (My Beaker)?

Hoe vond u het om uit de beker te drinken? (evt. doorvragen naar gemak of ongemak in het gebruik)

Zou u dagelijks uit deze beker willen en kunnen drinken?

Welke voordelen en bezwaren ziet u?

Wat zou aangepast of veranderd moeten worden?

Wat vindt u van de instructies en informatie rondom het gebruik van de slimme beker?

Heeft u plus en/of minpunten over het verloop van de pilot?

Aanvullende opmerkingen:

Interview topiclijst voor verpleegkundigen/ verzorgenden in veldtest 1 en 2:

Wat is je eerste indruk van de slimme beker (My Beaker)?

Hoe vond u het deze beker te gebruiken?

Zou u de beker en het systeem dagelijks willen en kunnen gebruiken? (evt. doorvragen naar gemak of ongemak in het gebruik)

Wat vond u van de informatie over de vochtintake? (evt doorvragen naar wensen en adviezen over de presentatie van gegevens)

Wat zijn de grootste voordelen en bezwaren voor u?

Wat zou aangepast of veranderd moeten worden?

Wat vindt u van de instructies en informatie rondom het gebruik van de slimme beker?

Heeft u plus en/of minpunten over het verloop van de pilot?

Aanvullende opmerkingen:

Bijlage E: Post-Study System Usability Questionnaire (PSSUQ):

Kies per stelling een score van 1-7. Hoe hoger de score, hoe meer u het eens bent met de stelling. Als u geen mening heeft of geen antwoord kunt geven op een stelling, hoeft u geen score in te vullen. Met het woord 'systeem' wordt bedoeld: de slimme beker, de gebruiksaanwijzing en de uitdraai van gegevens.

1. Over het algemeen, ben ik tevreden met het gebruiksgemak van het systeem.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

2. Het was eenvoudig om het systeem te gebruiken

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

3. Ik kon de opdrachten die ik kreeg, uitvoeren met het systeem.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

4. Ik kon de opdrachten die ik kreeg snel uitvoeren met het systeem.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

5. Ik kon de opdrachten die ik kreeg efficiënt uitvoeren met het systeem.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

6. Ik voelde me op mijn gemak tijdens het gebruik van het systeem.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

7. Het was gemakkelijk om te leren hoe ik het systeem moest gebruiken.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

8. Ik denk dat ik met dit systeem snel in de praktijk kan werken.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

9. Ik kreeg foutmeldingen waaruit bleek hoe ik een probleem kon oplossen.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

10. Als ik een foutje maakte, kon ik dit snel en gemakkelijk recht zetten.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

11. De informatie (zoals online uitleg en berichten op het scherm en andere documentatie zoals de handleiding) was duidelijk.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

12. Het was gemakkelijk om de juiste informatie te vinden.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

13. De informatie in het systeem was gemakkelijk te begrijpen.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

14. De informatie die ik op het scherm kreeg hielp bij het uitvoeren van de opdrachten.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

15. De indeling van de informatie op het scherm was duidelijk.

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

16. De interface zag er aangenaam uit (Met de interface wordt bedoeld alle onderwerpen die je kunt zien die nodig zijn om het systeem te gebruiken. Bijvoorbeeld: de uitdraai, de gebruiksaanwijzing en de taal.)

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

17. Ik vond het fijn om de interface te gebruiken (invullen van gegevens op de diverse schermen).

Helemaal niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7	Helemaal mee eens
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

18. Dit systeem heeft alle functies en mogelijkheden die ik ervan verwacht.

Helemaal									Helemaal
niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7		mee eens

19. Over het algemeen, ben ik tevreden met het systeem.

Helemaal									Helemaal
niet mee eens	1	2	3	4	5	6	7		mee eens

Bijlage F: voorbeeld verwerking vragenlijsten

Vertaalde PSSQ: lab test My Beaker dd 18-2-2016

Deze lijst wordt ingevuld door alle participanten van de laboratoriumtest N=5), als laatste, na het uitvoeren van de opdrachten en het invullen (of mondeling afnemen) van de Heuristic Evaluation.

Elke stelling kan gescoorde worden op een schaal van 1-7, waarbij 1 helemaal oneens betekent en een 7 helemaal eens.

X= missing value

cijfer = score aantal keer gegeven

Nr.	Stelling	1	2	3	4	5	6	7	Missing value
1	Over het algemeen ben ik tevreden over hoe makkelijk het systeem in gebruik is			1	1	3			
2	Het is makkelijk om dit systeem te gebruiken			1	1		2		X
3	Ik kon effectief de taken/opdrachten afronden bij het gebruik van dit systeem					1	1	2	X
4	Ik was in staat om de taken/opdrachten snel af te ronden met het gebruik van dit systeem					1	1	2	X
5	Ik was in staat om de taken/opdrachten efficiënt af te ronden met behulp van van dit systeem					1	1	2	X
6	Ik voel me prettig wanneer ik dit systeem gebruik			1	1	1	1		X
7	Het was makkelijk om dit systeem te leren gebruiken				1	1	2		X
8	Ik geloof dat ik snel productief zou worden door het gebruik van dit systeem			1			1		XXX
9	Het systeem gaf mij 'error berichten' die mij vertelden hoe ik een probleem kon oplossen	2		1					XX
10	Wanneer ik een foutje maakte bij het gebruik van dit systeem, kon ik dat snel en makkelijk herstellen	2			1				XX
11	De informatie (zoals gebruiksaanwijzing etc.) die bij dit systeem hoort was duidelijk				1	1	1	2	
12	Het was makkelijk de informatie die ik nodig had, te vinden		1				1	2	X
13	De informatie die bij dit systeem gegeven wordt, was makkelijk te begrijpen				1	1	1	2	
14	De informatie was effectief om mij te helpen met het volbrengen van de taken/opdrachten					2	1	1	X
15	De organisatie van informatie op het systeem scherm is duidelijk					1	1		XXX
16	De interface (software) van dit systeem was prettig								XXXXX
17	Ik vond het prettig om de interface (software) van dit systeem te gebruiken								XXXXX
18	Dit systeem heeft alle functies en mogelijkheden die ik ervan verwacht	1	1						XXX
19	Over het algemeen ben ik tevreden met dit systeem	1		1	1		1		X

Conclusies:

- vraag 8, 15 en 18 was voor drie personen niet in te vullen
- Vraag 16 en 17 was niet duidelijk voor allen
- Vraag 9 en 10 waren voor 2 personen niet duidelijk
- Er is veel spreiding, met name in de vragen 19, 12 en 6
- Bij een aantal vragen tendeert de gegeven score lager: met name 18 en 9
- Een aantal vragen scoren hoger, namelijk 11 t/m 15, vraag 3 t/5 en 7
- Bij de overige is een tendens naar het midden te zien, namelijk bij 1,2, 6, 13 en 19

Bijlage 11

Veldtestprotocol: handleiding voor verzorgenden



My beaker

1. Achtergrond informatie rondom vochtintake en dehydratie

Inleiding

Nederland telde in 2014 ruim 2,9 miljoen 65-plussers, 17,3% van de bevolking. Dit aantal zal de komende jaren blijven stijgen. In 2060 is 26% van de bevolking 65 plus, dat zijn 4,7 miljoen mensen (CBS, 2014). In 2010 was ongeveer 35 procent van de patiënten opgenomen in het ziekenhuis ouder dan 65 jaar. Gezien de demografische ontwikkelingen zal dit percentage alleen maar stijgen (CBS, 2013). Een van de gezondheidsproblemen bij ouderen is dehydratie. Op jaarbasis wordt meer dan de helft van de 70-plussers in ziekenhuizen opgenomen in een gedehydrateerde toestand of zelfs met dehydratie als hoofddiagnose (Schim van der Loeff- van Veen, 2012). Onder dehydratie verstaan we een tekort aan lichaamswater (De Nijs & de Graeff, 2010). De mortaliteit bij dehydratie is erg hoog en kan oplopen tot 50%, indien er niet adequaat gehandeld wordt (van Duinen, 2013). Dehydratie kan daarnaast andere ernstige gevolgen hebben zoals meer kans op pneumonie en urineweginfecties, obstipatie, vermoeidheid, meer kans op bijwerkingen van medicatie, bewustzijnsdaling en delier (de Nijs, et al., 2010). Wotton, et al. (2008) geeft aan dat dehydratie omkeerbaar en te voorkomen is wanneer het vroeg gesignaleerd wordt, waarbij de verpleegkundige een cruciale rol speelt.

Een belangrijk onderdeel van het voorkomen en het tijdig behandelen van dehydratie is het meten van de vochttoestand. Het monitoren van gewichtsverlies, het bijhouden van vochtlijsten en vragenlijsten (al dan niet op basis van zelfrapportage) lijken het meest geaccepteerd te zijn om de hydratiestatus te meten en kunnen als koperen standaard gezien worden (Nissensohn et al., 2015; Rodrigues et al., 2015). Het bijhouden van een vochtlijst gebeurt in de praktijk echter vaak onnauwkeurig waardoor de mate van (de)hydratie niet goed zichtbaar wordt (Shepherd, 2011). Dit komt door de werkdruk en het gebruik van geschatte hoeveelheden.

In samenwerking met Zuyd Hogeschool, de zorgorganisaties Zuyderland en Proteion wordt door uitvinder Erik Janssen en Frank Hostenbach een slimme beker ontwikkeld. De slimme beker moet gaan detecteren hoeveel gedronken wordt, op welk tijdstip en hoeveel vocht verloren gaat als de beker bijvoorbeeld omvalt. Deze informatie wordt in een software programma ingelezen. Het programma vertaalt deze gegevens automatisch in een overzicht van de vochtintake per dag, per week of langere periode. Met de beker wordt de vochtintake naar verwachting nauwkeuriger gemeten en wordt het makkelijker om een vochtbalans bij te houden.

De slimme beker met de naam 'my beaker' is een nieuwe innovatie. Het eerste prototype van deze slimme beker is ontwikkeld op basis van functionele gebruikseisen opgesteld door verzorgenden, verpleegkundige en behandelaars werkzaam voor Proteion. Deze eisen zijn vastgesteld op basis van twee focusgroep bijeenkomsten met Professionals en participerende observaties in het verzorgingshuis. In een laboratoriumtest is het prototype van de beker door vijf gezonde proefpersonen getest. Hun bevinden zijn gebruikt om het prototype te verbeteren.

Om na te gaan of het prototype van de slimme beker daadwerkelijk meet wat hij moet meten, wordt in test bij Proteion Sterrebosch, de betrouwbaarheid en de (functionele en technische) validiteit in kaart gebracht. Ook wordt nagegaan of de beker hanteerbaar is en voldoet aan de wensen van ouderen en verzorgenden (usability).

Achtergrond informatie

Vocht is van groot belang voor het lichaam en de regulatie van de vochtbalans is een nauwkeurig lichamelijk proces (Bakker, et al., 2015; van Duinen, 2013; Jéquier & Constant, 2010). De aanbevolen hoeveelheid vocht is rond de 1500 tot 2000 ml/dag (Hooper, Bunn, et al., 2014; Wotton, Crannitch et al.,

2008; Schols & van Staveren, 2002), waarvan 70% direct gedronken zou moeten worden (Gezondheidsraad, 2006). Het blijkt dat ouderen om verschillende redenen vaak minder drinken dan deze hoeveelheid (Konings, 2011). Dit komt door verschillende lichamelijke veranderingen zoals afname van het dorstgevoel, afname van de hoeveelheid totaal lichaamswater en afname van het concentratievermogen van de nieren (Hooper, Abdelhamid et al., 2015; Begum & Johnson, 2011; Diesfeldt, 2008; Faes, Spigt, & Olde Rikkert, 2007). Een verminderde vochtintake kan leiden tot dehydratie, een veel voorkomende stoornis bij ouderen.

Er bestaat geen absolute definitie van dehydratie, in de literatuur zijn veel verschillende definities te vinden. In dit document wordt van de definitie 'dehydratie als een tekort aan lichaamswater' uitgegaan, omdat dit concreet het probleem weergeeft en omdat er bij de landelijke richtlijn wordt uitgegaan van deze definitie (De Nijs & de Graeff, 2010). Dehydratie kan veel gevolgen hebben op fysiek en mentaal gebied, zoals delirium, verhoogde kans op trombo-embolische complicaties (bloedvatverstoppingen), urineweginfecties, incontinentie, luchtweginfecties, nierstenen, nierfalen, koorts, obstipatie, hypotensie en geneesmiddelenvergiftiging. Dehydratie maakt tevens de behandeling van veel ziekten moeilijker (Johnstone, Alexander et al., 2015; Campbell, 2011; Konings 2011). Gebleken is dat velen risicofactoren een rol kunnen spelen bij de dehydratie, waarbij veel van deze factoren samenhangen het ouder worden (Johnstone, Alexander et al., 2015; Hooper, Bunn, et al., 2014). Het herkennen en diagnosticeren van dehydratie bij ouderen is lastig omdat klachten en klinische tekenen vaak specifiek en minder duidelijk aanwezig zijn. Er zijn meerdere klinische symptomen te benoemen, maar er is beperkt bewijs voor de diagnostische bruikbaarheid hiervan en er bestaat geen consensus over (Hooper, Abdelhamid et al., 2015). Dehydratie uit zich dus significant anders bij ouderen (Faes, Spigt & Olde Rikkert, 2007).

Het is van belang om de mate van dehydratie te meten om de ernst en het beloop van dehydratie en het effect van de rehydratievorm te meten. Tevens is het van belang om de hydratatiestatus preventief te meten om dehydratie te voorkomen. Er zijn verschillende manieren om dehydratie te meten, dit kan bijvoorbeeld door de vochtintake te monitoren. Het nauwkeurig bijhouden van vochtlijsten wordt beschouwd als de beste aanpak om de vochtintake te monitoren, hoewel er zorgen zijn over de zorgvuldigheid (Reid, 2004). Herhaalde bepaling van het lichaamsgewicht is waarschijnlijk een meer betrouwbare en veel gebruikte methode om de vochtbalans te volgen, mits uitgevoerd onder standaardcondities, zoals het tijdstip (Bunn, Jimoh et al., 2015). Ook hematologische waarden kunnen gebruikt worden als meting, waaronder de osmolariteit van het bloed, welke ook een indicatie van de hydratatiestatus geven (Hooper, Bunn, et al., 2014). Via de urine kan ook een indicatie van de hydratatiestatus verkregen worden: urine-osmolariteit, soortelijk gewicht, 24 uursvolume en de kleur. Het nadeel is dat urineparameters vaak meer een beeld geven van recent gebruikt volume dan de werkelijke hydratatietoestand. Tevens kan het dorstgevoel gemeten worden met een eenvoudige numerieke schaal, dit is echter van beperkte waarde bij oudere personen vanwege een afgestompt gevoel van dorst (Jéquier & Constant, 2010).

Concluderend lijken het monitoren van gewichtsverlies, het bijhouden van vocht- en vragenlijsten (al dan niet op basis van zelfrapportage) het meest geaccepteerd te zijn om de hydratatiestatus te meten en kunnen als koperen standaard gezien worden (Nissensohn et al., 2015; Rodrigues et al., 2015). Het monitoren van vochtintake wordt tevens gepromoot door o.a. ActiZ in een multidisciplinaire richtlijn (Arcare, 2001), het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), de inspectie van volksgezondheid (IGZ) en vele brancheorganisaties (De Nijs & de Graeff, 2010).

Het monitoren van vochtintake gaat meestal via het invullen van een vochtlijst. Het is echter algemeen bekend dat deze vochtmonitoring berucht onnauwkeurig is (Shepherd geciteerd door Campbell, 2012). Vaak wordt de lijst gebaseerd op geschatte hoeveelheden in plaats van gemeten volumes, zoals gesignaleerd een kleinschalig onderzoek (Godfrey, Cloete et al., 2012). Onderzoeken van Reid et al. (2004) in de ziekenhuissetting en van Kayser-Jones et al. (1999) in verzorgingshuizen bevestigden de

zorgen rondom de nauwkeurigheid van de vochtlijsten (Hooper, Bunn, et al., 2014). De standaard vochtlijsten hebben een reputatie van onnauwkeurigheid en zijn dus van weinig klinische waarde (Reid, 2004). Het monitoren van vochtintake gebeurt vaak inadequaats, derhalve dienen veel zorgverleners systematische verbeteringen aan te brengen (Reid, 2004). Een oplossing voor dit probleem moet een verpleegkundige prioriteit krijgen (Campbell, 2012). Slechte monitoring op vochtintake laat patiënten zitten met een risico op het ontwikkelen van chronische dehydratie (Campbell, 2011).

2. Testopzet

2.1 Materialenlijst test

Materialen studenten:

- 5 slimme bekers
- 5 geijkte maatbekers
- 5 formulieren registratie vochtintake

Materialen zorgverleners:

- gewone glazen/kopjes waar normaliter het vocht in wordt aangeboden, circa 200ml inhoud.
- een vochtlijst die normaliter wordt gebruikt in het zorgcentrum.

2.2 Uitvoeringsprotocol

De uitvoering van het protocol gebeurt samen met zorgverleners, studenten en bewoners.

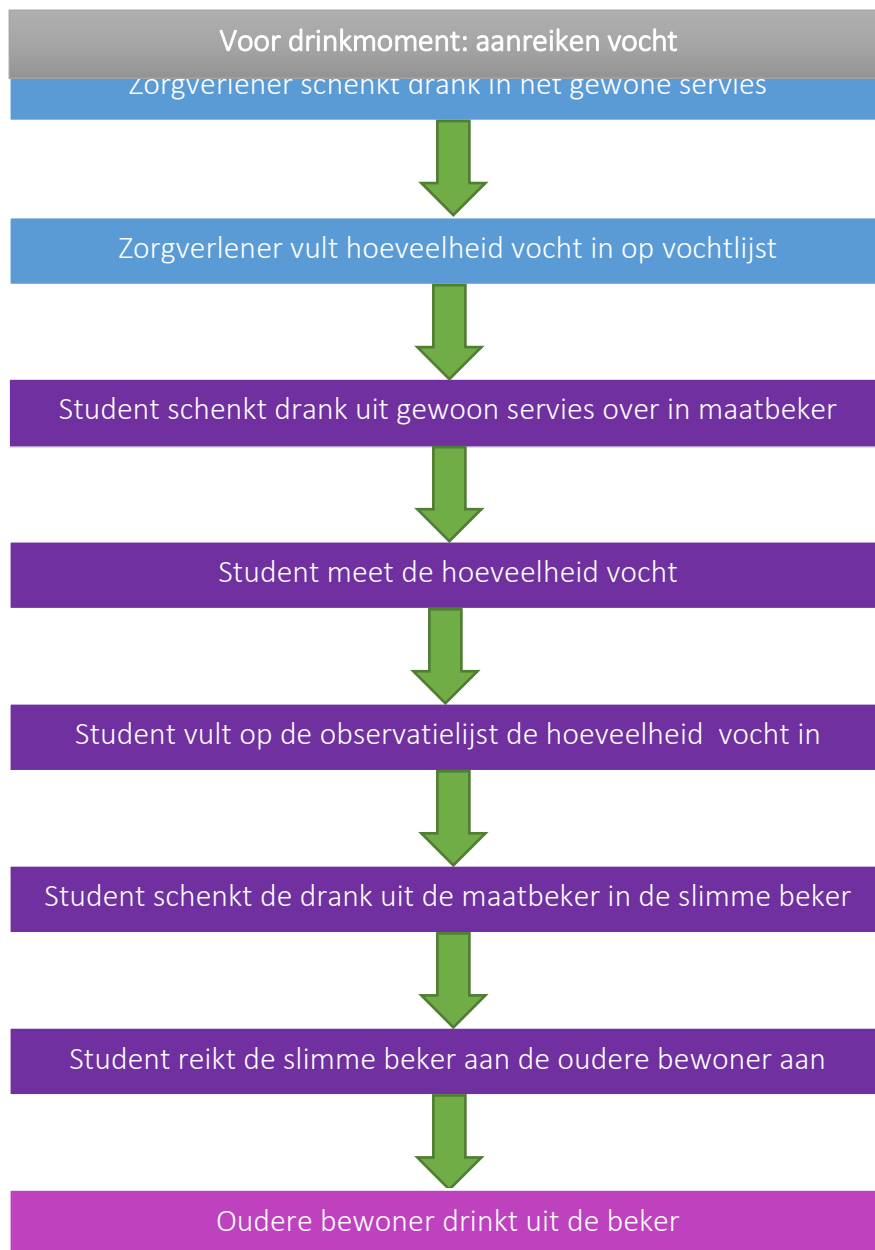
Uitvoering:

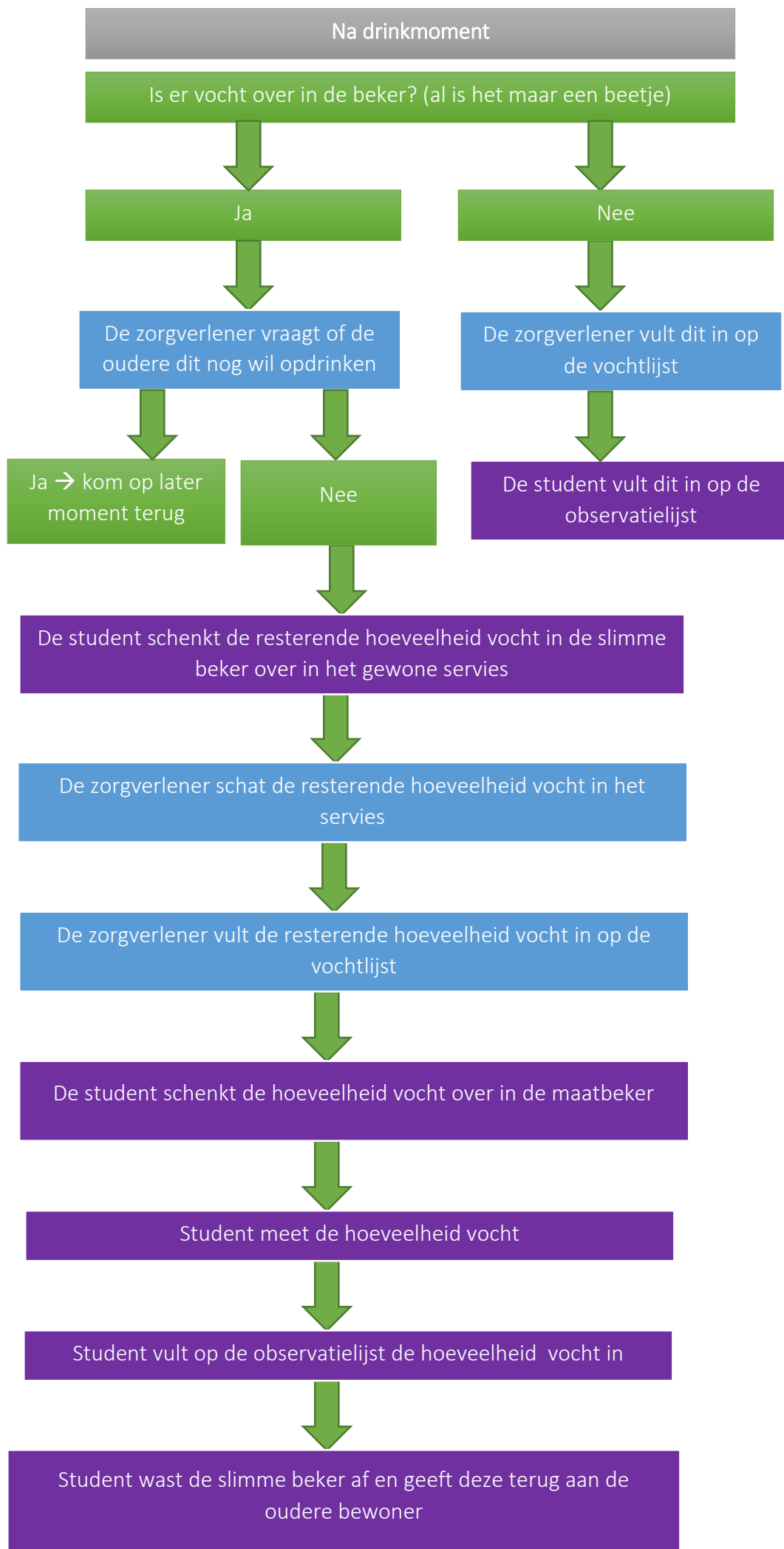
22. De oudere krijgt een slimme beker.
23. De oudere kiest de drank naar keuze en geeft de keuze aan de zorgverlener aan.
24. De zorgverlener schenkt de drank naar keuze in een gewoon glas/kopje à 200ml.
25. De zorgverlener vult de aangeboden hoeveelheid vocht in op de vochtlijst.
26. De student schenkt de drank naar keuze in het gewone kopje, over in de maatbeker. Het gewone glas/kopje blijft staan op de kamer van de oudere! (of in het restaurant).
27. De student meet de hoeveelheid vocht door middel van de maatbeker.
28. De student vult op de observatielijst in hoeveel vocht is aangeboden.
29. De student schenkt de hoeveelheid vocht in de maatbeker, over in de "slimme beker".
30. De student reikt de slimme beker met drank naar keuze aan de oudere aan.
31. De oudere drinkt van de drank.
32. De student en zorgverlener gaan op een later tijdstip terug naar de oudere.
33. De zorgverlener vraagt aan de oudere of hij/zij de drank heeft opgedronken of de resterende hoeveelheid in de beker niet meer wil opdrinken.
34. Wanneer er nog een resterende hoeveelheid in de beker zit en de oudere die niet meer wil opdrinken, schenkt de student deze hoeveelheid over in het gewone glas/kopje.
35. De zorgverlener schat de resterende hoeveelheid vocht in het glas/kopje.
36. De zorgverlener vult de resterende hoeveelheid vocht in op de vochtlijst.
37. De student schenkt de resterende hoeveelheid vocht in het gewone glas/kopje, over in de maatbeker.
38. De student meet de hoeveelheid vocht door middel van de maatbeker.
39. De student vult op de observatielijst in hoeveel vocht is teruggenomen, dus de resterende hoeveelheid.

40. De student wast de “slimme beker” af en geeft deze terug aan de oudere.
41. Het gewone glas/kopje dat gebruikt is tijdens het meetmoment, wordt meegenomen met de afwas.
42. Deze procedure herhaalt zich ieder op drinkmoment.

Deze cyclus moet 5 keer herhaalt worden, dus op vijf drinkmomenten die dag. Na of tijdens de testdag worden interviews gehouden met ouderen en de zorgverleners om hun ervaringen met de drinkbeker te inventariseren. Dit gaat volgens een opgestelde topiclijst en wordt opgenomen middels opname apparatuur. Tevens zullen zij de zorgverleners vragen om ook een vragenlijst in te vullen (PSSUQ; Lewis, 2002). Deze gegevens worden anoniem verwerkt.

2.3 Stappen schema





Bijlage 12

Uitwerking interviews veldtest: Deze zijn uitgevoerd en geanalyseerd door studenten HBO-Vip, welke betrokken waren bij de uitvoering van de veldtest.

Interview met de zorgverlener 1: Mevr. W. verzorgende bij Sterrebosch.

Sarah: “uuhhm..Ik ben Sarah van Dunnegem, student HBOV aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen. Uhh en ik ga nou uhh..”

Verzorgende: “W.....”

Sarah: “W..... uhh interviewen. Is de uhh ja persoon die eigenlijk uhh mee heeft geholpen met het uhh. Met het meten tijdens met de beker enzo. We zijn vandaag negen mei en het is uhh..elf uur geweest. Uhh ja **wat is de eerste indruk van de beker?**”

Verzorgende: “**Ja voor mevrouw Bos vond ik het een onhandige beker eigenlijk als je nagaat. Je hebt het zelf gezien eigenlijk, de deksel gaat eraf omdat ze zo verkrampt is en dat de oortjes ook eigenlijk vrij recht zitten deraan hé.**”

Sarah:”ja. **Ja want het tuitje bleef niet goed..**”

Verzorgende komt tussendoor: “**Nee dat valt eraf die deksel hé**”

Sarah: “**..niet goed zitten.**”

Verzorgende: “ja, ja..”

Sarah:” ja.. uhh ja hoe vond u het om deze beker te gebruiken, dan uhh hebben we dat ook een beetje eigenlijk gedekt. **Zonder tuitje is het misschien inderdaad wat makkelijker uhh ofja wat fijner..**”

Verzorgende:”**Ja dat ligt eraan hoe de mensen met de handeling met de armen doen hé met de polsen.**”

Sarah: “**Ja, ja..Iemand die beperkt is in de handen inderdaad is het niet zo fijn..**”

Verzorgende komt tussendoor: “Dan krijg je meer dit effect hé , da’s beter eigenlijk..” wijst op beker die ze momenteel gebruiken in het verzorgingshuis.

Sarah: “ja..”

Verzorgende: “**als de oortjes een beetje schuiner staan eigenlijk dat we beter..bij de mond gaan.**”

Sarah: “uhu..**Zou je het wel uhhmm.dagelijks willen en kunnen gebruiken? Misschien dan bij mensen inderdaad die geen uh beperking in de handen hebben of die eventueel zelf kunnen drinken om dan..ja..de vochtlijsten zal ik maar zeggen weg te kunnen nemen.**”

verzorgende: “**Ja dan wel ja..Als ze zelf ..me.eh.. mobiel zijn eigenlijk.**”

Sarah: “Ja..”

verzorgende: “ja”

Sarah: “ja..uuhhmm..ja..wat vond u van de informatie over de vochtintake?.. dat weet ik even niet wat ze daar mee bedoelen..Ja. **wat zijn de grootste voordelen?**”

Verzorgende: “**ja Dat we de vochtlijsten niet bij hoeven te houden hé.**”

Sarah: lacht “Dat scheelt he.”

Verzorgende: “**Dat scheelt ja.**”

Sarah: “**Dat scheelt wat in de administratie he.**”

Verzorgende: “ja. Ja”

Sarah: “Dat is waar..ja en **bezwaren hebben we dan ook over gehad.. dat tuitje..dat ehh..**”

Verzorgende komt tussendoor: “eraf valt”

Sarah: “Als het goed vast zit dan is het misschien ehh.minder zwaar.”

Verzorgende komt tussendoor: “Ja en het ligt eraan hoe de client zelf met de polsen eigenlijk..dat is het eigenlijk he..kijk als je niet goed die draaibeweging kunt maken is het een onhandige beker.”

Sarah: “uhuh je zou eigenlijk verschillende standen moeten kunnen vastzetten.”

Verzorgende: “Ja of als je ze kunt klikken misschien, als je dat zou kunnen klikken is misschien ook al een hele optie.”

Sarah: “ja dat is wel een goede..uhh wat vond je van uhh..”

Verzorgende komt tussendoor: “Kijk, als je standen hebt stel je toch vast en als je kunt klikken kun je per bewoner kijken hoe dat.. elke bewoner heeft eigenlijk een andere manier van drinken.”

Sarah: “ja dat je die dan vastzet, dan in een bepaalde stand wat voor die bewoner dan het fijnste is.”

Verzorgende: “Want als je denkt die meneer he..(wijst op bewoner die iets verderop zit) kijk..die drinkt zo bijvoorbeeld (draait polsen andersom..) of drinkt andersom en dan kun je hem wel draaien..”

Sarah: “Ja dan kun je hem weer aan die kant draaien..dat klopt..Uhh ja wat vond je over de instructie en informatie over de beker?.... was het duidelijk of..”

Verzorgende: “Ja, dat was hartstikke duidelijk.” Lacht “van een maatbeker daarin schenken..ja..”

Sarah: “Nou ja oké.. Heb je nog uhh tips of uhh..”

Verzorgende: “Ja, k heb net gezegd misschien dat draaiactie hé.”

Sarah: “ja..”

Verzorgende: “ja”

Sarah: “Oké, naja dan uhh kunnen we het hier eigenlijk bij afsluiten, hoeft het niet langer te duren..Oké dankjewel voor je medewerking.”

Verzorgende: “Ja, graag gedaan hé..”

Legenda interviews met de zorgprofessional

Eerste indruk

Ervaring gebruik van de beker

Voordelen beker

Bezwaren beker

Verbeteringen voor de beker

Analyse van het interview met de zorgprofessional.

Onderverdeling in fragmenten

Eerste indruk

Wat is de eerste indruk van de beker?

Ja voor mevrouw Bos vond ik het een onhandige beker eigenlijk als je nagaat.

Ervaring gebruik van de beker

Je hebt het zelf gezien eigenlijk, de deksel gaat eraf omdat ze zo verkrampt is en dat de oortjes ook eigenlijk vrij recht zitten deraan hé.

Ja want het tuitje bleef niet goed
nee dat valt eraf die deksel hé.
.niet goed zitten.

Zonder tuitje is het misschien inderdaad wat makkelijker uhh ofja wat fijner..

Ja dat ligt eraan hoe de mensen met de handeling met de armen doen hé met de polsen.

Ja, ja..Iemand die beperkt is in de handen inderdaad is het niet zo fijn.

Zou je het wel uhhmm.dagelijks willen en kunnen gebruiken? Misschien dan bij mensen inderdaad die geen uh beperking in de handen hebben of die eventueel zelf kunnen drinken om dan..ja..de vochtlijsten zal ik maar zeggen weg te kunnen nemen?

Ja dan wel ja..Als ze zelf ..me.eh.. mobiel zijn eigenlijk.

Voordelen beker

wat zijn de grootste voordelen?

ja Dat we de vochtlijsten niet bij hoeven te houden hé.

Dat scheelt ja.

Dat scheelt wat in de administratie he.

ja. Ja

Bezwaren beker

bezwaren hebben we dan ook over gehad.. dat tuitje..dat ehh. eraf valt

Als het goed vast zit dan is het misschien ehh.minder zwaar

Ja en het ligt eraan hoe de client zelf met de polsen eigenlijk..dat is het eigenlijk he..kijk als je niet goed die draaibeweging kunt maken is het een onhandige beker.

Verbeteringen voor de beker

als de oortjes een beetje schuiner staan eigenlijk dat we beter..bij de mond gaan.

je zou eigenlijk verschillende standen moeten kunnen vastzetten.

ja of als je ze kunt klikken misschien, als je dat zou kunnen klikken is misschien ook al een hele optie.

Kijk, als je standen hebt stel je toch vast en als je kunt klikken kun je per bewoner kijken hoe dat.. elke bewoner heeft eigenlijk een andere manier van drinken.

ja dat je die dan vastzet, dan in een bepaalde stand wat voor die bewoner dan het fijnste is.

Want als je denkt die meneer he..(wijst op bewoner die iets verderop zit) kijk..die drinkt zo bijvoorbeeld (draait polsen andersom..) of drinkt andersom end an kun je hem wel draaien.

Heb je nog uhh tips of uhh

Ja, k heb net gezegd misschien dat draaiactie hé.

Samenvatting van de fragmenten

Eerste indruk

De verzorgende vond de beker niet geschikt voor de mevrouw die meegedaan heeft met de metingen. De beker was onhandig in gebruik bij deze mevrouw.

Ervaring gebruik van de beker

Het deksel met tuitje valt van de beker omdat mevrouw zo verkrampd in de polsen en doordat de oortjes ook eigenlijk vrij recht zitten aan de beker moet meer kracht gebruikt worden om de

beker naar de mond van mevrouw te kunnen begeleiden.

Als iemand beperkt is in de handen waardoor de handeling van het drinken stroef verloopt is de beker niet fijn. Bij mensen die geen beperking in de handen hebben of die mobiel genoeg zijn om zelf te kunnen drinken zou ik de beker wel dagelijks willen gebruiken om de vochtlijsten te kunnen vervangen.

Voordelen beker

Het grootste voordeel van de beker is dat we de vochtlijsten dan niet hoeven bij te houden. Dit scheelt in de administratieve werkzaamheden.

Bezwaren beker

Het tuitje valt eraf doordat dit niet goed vast zit en doordat bij deze mevrouw wat meer kracht gebruikt moet worden omdat zij de polsen verkrampst. Als je niet goed die draaibeweging kunt maken is het een onhandige beker.

Verbeteringen voor de beker

Als de oortjes een beetje schuiner staan is dat eigenlijk wel wat beter. Je zou eigenlijk verschillende standen moeten kunnen vastzetten, of als je ze kunt klikken misschien is ook al een hele optie. Als je de handvaten in verschillende standen kunt klikken kun je per bewoner kijken hoe de handvaten moeten staan en aanpassen, elke bewoner heeft namelijk een andere manier van drinken.

Mening van de zorgprofessional over de My beaker.

De verzorgende vond de beker niet geschikt voor mevrouw B. die meegedaan heeft met de metingen. De beker was onhandig in gebruik bij deze mevrouw.

De deksel met tuitje valt van de beker omdat mevrouw zo verkrampst in de polsen en doordat de oortjes ook eigenlijk vrij recht zitten aan de beker, hierdoor moet er meer kracht gebruikt worden om de beker naar de mond van mevrouw te kunnen begeleiden.

Als iemand beperkt is in de handen waardoor de handeling van het drinken stroef verloopt is de beker niet fijn. Bij mensen die geen beperking in de handen hebben of die mobiel genoeg zijn om zelf te kunnen drinken zou de verzorgende de beker wel dagelijks willen gebruiken om de vochtlijsten te kunnen vervangen.

Het grootste voordeel van de beker vindt de verzorgende dat de vochtlijsten dan niet bijgehouden hoeven te worden. Dit scheelt in de administratieve werkzaamheden.

Het grootste bezwaar tegen de beker vond de verzorgende dat het tuitje eraf viel doordat dit niet goed vast zit en doordat bij deze mevrouw wat meer kracht gebruikt moet worden omdat zij de polsen verkrampst. Voor cliënten die niet goed die draaibeweging kunnen maken vindt de verzorgende het een onhandige beker.

De verzorgende geeft als verbeterpunt aan om de handvaten verstelbaar te maken. Als de oortjes een beetje schuiner staan is dat eigenlijk wel wat beter. Je zou eigenlijk verschillende standen moeten kunnen vastzetten, of als je ze kunt klikken misschien is ook al een hele optie. Als de handvaten in verschillende standen kunnen klikken kan per bewoner gekeken worden hoe de handvaten moeten staan en aanpassen, elke bewoner heeft namelijk een andere manier van drinken.

Interview met de oudere cliënt nr.1: Mevrouw B.

Sarah: “uhh Dit interview uhh wordt gedaan met mevrouw B. he? Die woonachtig is in uhh..in sterrebosch in Proteion. Uhh ..ik ben Sarah van Dunnegem. Ik ben uhh student HBOV. Uhh aan de hogeschool Zuyd in Heerlen. Uhh het is vandaag uhh negen mei en het is nou vijf voor elf. Uhh we hebben nou drie keer gedronken uit de uhh My beaker en uhh nou gaan we het interview afnemen. **Mevrouw, wat is de eerste indruk van de slimme beker, dus van die beker, wat is uw eerste indruk daarvan?**”

Mevrouw Bos: Schraapt keel. “Nou, ik had daar héélemaal geen gedacht van dat dat nu was. Zo je ogen open en nou ...(mompelt iets onverstaanbaars). **Ik weet het ook niet.**”

Sarah: “**Wat vindt u van het gebruik van de beker? Vindt u dat u hem goed kunt vasthouden? Vi..Hoe vindt u hem uitzien? Dat u daar iets van verteld misschien.**”

Mevrouw Bos: “ja, leuk denk ik.”

Sarah: “**Vond u het wel leuk?**”

Mevrouw Bos: “**Op zich, vond ik die hele beker...nou ze hebben allemaal van die bekers hé.**”

Sarah: “ja, die zijn iets anders als deze hé. Die zijn wat schuiner ook hé, die wat u normaal heeft. **Vond u het wel fijn ? uhh ..om deruit te drinken? Of vond u het toch wat lastiger, als die andere?**”

Mevrouw Bos: stilte...”ja...nee..”

Sarah: lacht “**Vond u het wel fijn om uit de beker te drinken?**”

Echtgenoot mevrouw Bos: komt tussedoor “**Ze had daar nooit aan moeten beginnen.**”

Mevrouw Bos: “**Nee meisje, het is gewoon niks, niks geworden.**”

Echtgenoot mevrouw Bos: “nee maar, het is niet aan jouw positie om het daar nou over te hebben.”

Sarah: tegen verzorgende die aan tafel bij het gesprek aanwezig was: “Gaat een beetje lastiger hé..” Tegen mevrouw: “**Zou u vaker uit de beker willen drinken? Of hebt u toch liever het oude uhh waar u normaal uit drinkt?**”

Verzorgende: in dialect. “**wat vind je fijner drinken, de gewone beker of deze? (wijst hierbij op my beaker)** die dop..wacht zal hem even erbij halen anders snapt ze het niet..” staat op om tuitje van oude beker te halen.

Sarah: “We gaan even de beker erbij halen.”

Echtgenoot mevrouw Bos: “Laat je niet gek maken door die beker hoor.”

Verzorgende: komt terug met oude beker van mevrouw. “**zeg, welke beker vind je fijner drinken, deze beker of die andere?**”

Mevrouw Bos: “**ja, daar ben ik aan gewend.**” wijst op oude beker.

Verzorgende: “joaa..daar ben ik ook aan gewend..”

Sarah: “**Aan gewend ja, aan die oude natuurlijk..**”

Verzorgende: “**Ja en daar staan die oren, die handvaten staan wat lager.**”

Sarah: “**die staan wat schuiner hé ja..das waar.**”

Verzorgende: “**want je hebt toenstraks gezien dat die deksel eraf viel hé**”

Sarah: “ja..ja..uuhhm..jah.. het is een beetje lastig denk ik”

Verzorgende: “uhu..”

Sarah: “Ik ga het hierbij afsluiten, dan uhhh..vermeld ik het zo hé..”

Mevrouw Bos: “ja”

Sarah: “uhh..vond u het uhh..”lacht..”**Vond u het wel fijn om hieraan mee te werken?**”

Mevrouw Bos: “Och jaa, als het niet zo lang duurde..”

Sarah: “ja..duurt de hele dag natuurlijk he..”lacht.

Mevrouw Bos: vol ongeloof “De héle dag?”

Sarah: lacht “officieel tot half vier..” lacht.

Mevrouw Bos: “oh mensen Christenen..” lacht..

Sarah: lacht. “Nou, dankjewel mevrouw voor uw tijd en voor uw medewerking. Goed?”

Legenda interview met zorgvrager

Eerste indruk

Ervaringen drinken uit de beker

Vergelijking met oude beker

Bezwaren beker

Analyse van het interview met de zorgvrager

Onderverdeling in fragmenten

Eerste indruk

Mevrouw, wat is de eerste indruk van de slimme beker, dus van die beker, wat is uw eerste indruk daarvan?

Ik weet het ook niet.

Vi..Hoe vindt u hem uitzien? Dat u daar iets van verteld misschien.

ja, leuk denk ik.

Vond u het wel leuk?

Op zich, vond ik die hele beker...nou ze hebben allemaal van die bekere hé.

Ervaringen drinken uit de beker

Wat vindt u van het gebruik van de beker? Vindt u dat u hem goed kunt vasthouden?

Vond u het wel fijn ? uhh ..om deruit te drinken? Of vond u het toch wat lastiger, als die andere? ja...nee..

Vond u het wel fijn om uit de beker te drinken?

Ze had daar nooit aan moeten beginnen.

Nee meisje, het is gewoon niks, niks geworden.

Zou u vaker uit de beker willen drinken? Of hebt u toch liever het oude uhh waar u normaal uit drinkt?

vond u het wel fijn om hieraan mee te werken?

Och jaa, als het niet zo lang duurde.

Vergelijking met oude beker

wat vind je fijner drinken, de gewone beker of deze? (wijst hierbij op my beaker)

Zeg, welke beker vind je fijner drinken, deze beker of die andere?

ja, daar ben ik aan gewend. wijst op oude beker.

Aan gewend ja, aan die oude natuurlijk.

Ja en daar staan die oren, die handvaten staan wat lager.

die staan wat schuiner hé ja..das waar.

Bezwaren beker

want je hebt toenstraks gezien dat die deksel eraf viel hé.

Samenvatting van de fragmenten

Eerste indruk

Mevrouw geeft aan dat ze het niet goed weet wat ze van de beker moet vinden. Mevrouw vindt de beker wel leuk uitzien, maar vindt hem op het eerste gezicht niet anders dan de andere bekers die gebruikt worden.

Ervaringen drinken uit de beker

Mevrouw geeft geen duidelijk antwoord over de ervaring en het gebruik van de beker. Door haar cognitieve beperkingen worden antwoorden gegeven die niet volledig aansluiten bij de vraagstelling. De echtgenoot die eveneens cognitief beperkt is geeft aan dat de hele test met de beker niets voor mevrouw was. Mevrouw geeft aan dat een hele dag meten te lang duurt.

Vergelijking met oude beker

Mevrouw geeft aan dat ze het fijner vindt om uit haar oude beker te drinken. Ze is aan die beker gewend. De verzorgende geeft aan dat de oude beker schuine handvaten heeft waardoor de draai naar de mond toe minder groot is en dat is fijner voor mevrouw.

Bezwaren beker

Mevrouw geeft hier geen antwoord op. De verzorgende die bij het gesprek aanwezig was geeft aan dat het deksel met tuitje eraf viel tijdens het aanbieden van drinken.

Mening van de cliënt over de My beaker

Het interview met de patiënt verliep wat moeizaam doordat mevrouw cognitief niet heel goed is. Mevrouw begreep de vraagstelling hierdoor vaak niet of gaf antwoorden die niet passend waren voor de gestelde vraag.

Mevrouw weet niet goed wat ze van de beker moet vinden. Mevrouw vindt de beker wel leuk uitzien, maar vindt hem op het eerste gezicht niet anders dan de andere bekers die gebruikt worden. Mevrouw geeft geen duidelijk antwoord over de ervaring en het gebruik van de beker. De echtgenoot die eveneens cognitief beperkt is geeft aan dat de hele test met de beker niets voor mevrouw was. Mevrouw geeft aan dat een hele dag meten te lang duurt.

Mevrouw geeft aan dat ze het fijner vindt om uit haar oude, beker te drinken. Ze is aan die beker gewend. De verzorgende geeft aan dat de oude beker schuine handvaten heeft waardoor de draai naar de mond toe minder groot is en dat is fijner voor mevrouw.

De verzorgende die bij het gesprek aanwezig was geeft aan dat het deksel met tuitje eraf viel tijdens het aanbieden van drinken. Dit is een minpunt van de my beaker.

Interview met de oudere cliënt nr.2: Mevrouw S.

M: Mevrouw S. mijn naam is Milou Koetje het is dinsdag 10 mei en het is 13.00 uur

S: 13 uur ja

M: Wat was u eerste indruk van de beker

S: Ja nou ik had hem gister al gezien van mw. uh.. Even kijken hoor hoe heet ze ook alweer ik dacht ik noem ze altijd Tine. Kirsma en daar moest ik even over nadenken. Dat geheugen werkt niet allemaal heel goed meer, maar ik had het gister al gezien en ik vond het heel vreemd dat ze zelf al de koffie erin moest doen. En uhh jaa

M: Die mw zelf?

S: Die had de beker en was klaar met eten en toen hebben we nog een cappuccino gedronken en toen zegt zei die moet ik ook uit de beker doen, en toen zei ik dat smaakt toch niet uit die beker. Weet je wel.. nou en en ze antwoorde

M: daar niet op dus uh ja...

M: mm oke

S: Maar hij smaakt er wel uit mijn koffie was lekker vanmiddag.

M: Oke gelukkig

M: Hoe vond u het om uit de beker te drinken?

S: Oh dat viel best mee

M: Oke

S: Ja dat viel best mee

M: maar dat ging wel

S: Ja dat ging wel

M: Was het gemakkelijk in het gebruik of..

S: Ja je kunt het met twee handen vasthouden... Uuh ja als je moeilijk Uuh ja iets vast kunt houden dan kun je het in ieder geval met twee handen gebruiken. Ja Dat vind ik toch wel..

M: Dat vindt een voordeel of..

S: ja dat vind ik een voordeel hij is een beetje zwaar maar ik vind het wel een voorbeeld dat je uhm goed kunt vasthouden vooral omdat er mensen ook zijn die niet zo handig meer zijn in de greep zal ik maar zeggen de houvast.

M: Ja ja

M: Zou u dagelijks uit deze beker willen en kunnen drinken?

S: Nou kunnen wel maar of ik zou willen dat weet ik niet

M: haha Ja dat is een ander verhaal

S: Ja dat is een ander verhaal.

M: En waarom zou u dat niet willen

S: Ik vind het niet gezellig

M: Oke

S: De gezelligheid gaat van de de sfeer gaat dan een beetje weg he.. vind ik.. net of je in het ziekenhuis bent of weet ik het wat aparte dingen en ik ben het liefste maar heel gewoon

M: Ja oke duidelijk

S: Ja

M: Ja

M: welke voordelen ziet u aan de beker

S: nou ik zeg als ze moeilijk iets vast kunnen houden dan heeft dat met 2 oortjes want er zijn hier veel mensen in in huis die onzeker zijn met vasthouden eigenlijk vooral met drinken

M: ja ja

S: want dan zie ik nog weleens dat ze ze moeten helpen enzo en kijk dat is wel handig met twee handen dat ze kan kunnen gebruiken

M: ja ja

M: en de bezwaren

S: Ja... bezwaren wat moet ik daarvan zeggen

M: Nadelen van de beker wat u niet..

S: Ja hij is een beetje zwaar dat is het enigste wat..

M: Voor u..?

S: Ja voor mij ja dan

M: Ja

S: Ja

M: Ja ja.. Wat zou er veranderd... moet worden aan de beker als het aan u lag?

S: Ik zou het niet weten.... Ik zou het niet weten nee echt niet

M: Nee

S: Daar kan ik geen antwoord op geven.

M: Oke uhmm..

M: Wat vind u van de instructies en de informatie die u heeft gekregen over de beker?..

S: Dat was heel goed uuh maar omdat ik slecht kan zien

M: Uhmmm

S: Was het heel moeilijk te lezen eigenlijk ja en van die hele kleine lettertjes want ik, dacht dan moet je toch eens vragen als het weekend voorbij is of ze die kunnen vergroten voor mij

M: Oke

S: he dan heb ik wel een beetje grote letters uhh

M: Oke ja ja

S: voor te schrijven..

M: Oke ja

S: ja niet iedereen wij kunnen hier nog eens vragen kunnen jullie dat vergroten maar dat hebben niet alle mensen natuurlijk.

M: nee dat klopt dat is een hele goeie

M: en heeft u plus of minpunten over het verloop van dit onderzoek van de test die we hier hebben uitgevoerd?

M: wat vond u daar..

S: nou kijk

M: goed aan

S: geen minpunten geen minpunten jullie hebben mij goed verzorgd.

M: gelukkig

S: ja jullie hebben me echt goed verzorgd

M: oke

S: Ik vond het gisteren bij die mevrouw eerst wel een beetje eng, jullie hadden de koffie al bij mij al in in en zei had gewone koffie gevraagd

M: mmm

S: Nou en toen moest ze het er zelf ingieten weet je wel

M: Oke

S: Nou en dat uh

M: Ja dat snap ik

S: Dat vond ik niet zo zo fijn, ja ze knoeide nou wel niet maar niet iedereen kan dat eigenlijk he

M: Nee dat klopt

S: En anders doen ze het onder het machine invullen, ik denk dat jullie dat zo hebben laten doen

M: Ja wij moesten het uh.. uhhh met de maatbeker nog meten

S: Oh zo

M: daarom is die eerst in het kopje gegaan en toen hebben we uhm gemeten

S: Ja ja

M: en toen in de beker voor dit onderzoek

S: Ja ja

M: Ja

M: Nee oke duidelijk

S: ja

M: ja

M: dat wil ik u heel erg bedanken voor mee te doen

S: graag..ik heb het graag gedaan

M: gelukkig

S: Ondanks dat ik er eerst tegenop zag maar jullie hebben me zo goed over de streep geholpen

M: Oke

S: dat ik

M: Oke gelukkig dan

S: Ja gelukkig

Legenda Interview met zorgvrager.

- Eerste indruk
- Ervaringen drinken uit de beker
- Vergelijking met oude beker
- Bezwaren beker
- Ervaring onderzoek

Analyse van het interview met de zorgvrager.

Onderverdeling in fragmenten

Eerste indruk:

M: Wat was u eerste indruk van de beker

S: Ja nou ik had hem gister al gezien van mw. uh.. maar ik had het gister al gezien en ik vond het heel vreemd dat ze zelf al de koffie erin moest doen. En uhh jaa

M: Die mw zelf?

S: Die had de beker en was klaar met eten en toen hebben we nog een cappuccino gedronken en toen zegt ze die moet ik ook uit de beker doen, en toen zei ik dat smaakt toch niet uit die beker.

Weet je wel.. nou en en ze antwoorde

M: daar niet op dus uh ja...

M: mm oke

S: De gezelligheid gaat van de de sfeer gaat dan een beetje weg he..

S: Ik vond het gisteren bij die mevrouw eerst wel een beetje eng, jullie hadden de koffie al bij mij al in in en zei had gewone koffie gevraagd

M: Ja dat snap ik

S: Dat vond ik niet zo zo fijn, ja

S: En anders doen ze het onder het machine invullen, ik denk dat jullie dat zo hebben laten doen

Ervaringen drinken uit de beker:

S: Maar hij smaakt er wel uit mijn koffie was lekker vanmiddag.

M Oke gelukkig

M: Hoe vond u het om uit de beker te drinken?

S: Oh dat viel best mee

M: Oke

S: Ja dat viel best mee

M. maar dat ging wel

S:Ja dat ging wel

M: Was het gemakkelijk in het gebruik of..

S: Ja je kunt het met twee handen vasthouden... Uuh ja als je moeilijk Uuh ja iets vast kunt houden dan kun je het in ieder geval met twee handen gebruiken. Ja Dat vind ik toch wel...

M: Dat vindt een voordeel of...

S: ja dat vind ik een voordeel uhm goed kunt vasthouden vooral omdat er mensen ook zijn die niet zo handig meer zijn in de greep zal ik maar zeggen de houvast.

M: Ja ja

Vergelijking met oude beker

S: nou ik zeg als ze moeilijk iets vast kunnen houden dan heeft dat met 2 oortjes want er zijn hier veel mensen in in huis die onzeker zijn met vasthouden eigenlijk vooral met drinken

M: ja ja

S: want dan zie ik nog weleens dat ze ze moeten helpen enzo en kijk dat is wel handig met twee handen dat ze kan kunnen gebruiken

M: ja ja

Bezwaren beker

S:hij is een beetje zwaar

M: Zou u dagelijks uit deze beker willen en kunnen drinken?

S: Nou kunnen wel maar of ik zou willen dat weet ik niet

M: haha Ja dat is een ander verhaal

S: Ja dat is een ander verhaal.

M: En waarom zou u dat niet willen

S: Ik vind het niet gezellig

M: Oke

S:vind ik.. net of je in het ziekenhuis bent of weet ik het wat aparte dingen en ik ben het liefste

maar heel gewoon

M: Ja oke duidelijk

S: Ja

Ervaring onderzoek:

M: Wat vind u van de instructies en de informatie die u heeft gekregen over de beker?..

S: Dat was heel goed uuh maar omdat ik slecht kan zien

M: Uhm

S: Was het heel moeilijk te lezen eigenlijk ja en van die hele kleine lettertjes want ik, dacht dan moet je toch eens vragen als het weekend voorbij is of ze die kunnen vergroten voor mij

M: Oke

S: he dan heb ik wel een beetje grote letters uhh

M: Oke ja ja

S: voor te schrijven..

M: Oke ja

S: ja niet iedereen wij kunnen hier nog eens vragen kunnen jullie dat vergroten maar dat hebben niet alle mensen natuurlijk.

M: nee dat klopt dat is een hele goeie

M: en heeft u plus of minpunten over het verloop van dit onderzoek van de test die we hier hebben uitgevoerd?

M: wat vond u daar..

S: nou kijk

M: goed aan

S: geen minpunten geen minpunten jullie hebben mij goed verzorgd.

M: gelukkig

S: ja jullie hebben me echt goed verzorgd

M: oke

Samenvatting van de fragmenten.

Eerste indruk

De eerste indruk van mw. was dat ze het vreemd vond dat de buurvrouw zelf de koffie in moest schenken en waarom dit niet gewoon direct vanuit de machine kon. Daarnaast koffie uit een beker drinken smaakt niet. Het ziet er in gezelschap ook niet gezellig uit. Mw. zag er in het begin een beetje tegenop om de beker te gaan gebruiken.

Ervaringen drinken uit de beker

Bij het drinken uit de beker bleek dat de koffie goed smaakt, het drinken uit de beker ging wel. Dit viel best mee volgens mw. een voordeel aan de beker was dat er 2 oortjes aanzaten waardoor mw. hem goed kon vasthouden, in ieder geval kun je de beker altijd met 2 handen vasthouden.

Vergelijking met oude beker

Mevrouw gaf aan dat het handig was dat er twee handvaten aan de beker zaten dit zou voor medebewoners makkelijker zijn die het moeilijk vinden om een beker of glas zelfstandig vast te houden. De handvaten zouden ervoor zorgen dat dit makkelijker word waardoor ze zelfstandiger zouden kunnen drinken zonder hulp van een zorgverlener.

Bezwaren beker

Als minpunt (bezwaar) gaf mw. aan dat de beker erg zwaar is om vast te houden. Zo ook geeft

mw. aan dat het uiterlijk van de beker lijkt op een ziekenhuis beker, en dat dit in een gezelschap toch de sfeer zal beïnvloeden. Het word gezien worden als apart. Mw. omschrijft zichzelf als gewoon, dit is ze het liefste. De beker ziet ze als iets aparts uit geeft ze aan.

Wat betreft het inschudden van de koffie acht ze de kans op knoeien groot en vind het dan ook niet handig voor een warme drank. Verbeteringen zou zijn als de beker gewoon onder het apparaat van de koffie past.

Ervaring onderzoek

Mw. geeft aan dat de instructie die ze vooraf heeft gekregen op papier erg klein van lettertype was, dit was te klein voor haar, vanwege haar slechte zicht kon ze dit jammer genoeg niet lezen. Daarnaast is het fijn als de instructie van het onderzoek op papier staat in een groter lettertype voor de mensen die slecht kunnen zien.

Ondanks dat mw. tegen het onderzoek heeft opgezien heeft ze het positief ervaren en geeft ze aan dat wij haar over de streep hebben getrokken. Mw. geeft aan dat ze het een pluspunt van dit onderzoek vind dat de verzorging rondom (begeleiding tijdens onderzoek) erg prettig is.

Mening van de patiënt over de My beaker

Mevrouw weet niet goed wat ze van de beker moet vinden. Haar eerste indruk was dat de koffie uit de my beaker anders zou smaken (niet lekker). Bij het drinken uit de beker merkte mevrouw als snel dat het wel smaakte. Mevrouw vindt de beker er apart uitzien en niet uitnodigend om de beker te gaan gebruiken. Ze geeft aan dat het lijkt op een ziekenhuis beker, en met die associatie vindt mw. dat het geen sfeer en gezelligheid uitstraalt. Daarnaast geeft ze wel aan dat voor mensen die het lastig vinden om een beker goed te kunnen vasthouden dit bij de my beaker wel fijn is omdat er twee oortjes aanzitten, zo kun je de beker goed vastpakken met beide handen. Dit hebben niet alle bekera's. Dit vergemakkelijkt het voor mensen om zelfstandig zonder ondersteuning te kunnen drinken. Mw. geeft aan dat de beker erg zwaar is in de hand, en dat bij het inschenken de kans om te knoeien erg groot is. Dit vindt ze wel bij warme drank gevaarlijk. De instructie/uitleg die mevrouw voorafgaande aan het onderzoek heeft gekregen op papier was voor haar onduidelijk omdat het lettertype van de brief te klein was. Mevrouw geeft aan dat ze slecht ziet en dat ze het prettiger zou vinden dat hier bij een informatiebief rekening mee zou worden gehouden. Het onderzoek heeft ze als prettig ervaren. Bij de vraag of ze in de toekomst de beker zelf zou willen gaan gebruiken geeft ze aan dit wel te kunnen maar niet te willen.

Interview met de oudere cliënt nr.3: Mevrouw L.

Madelon: De bewoonster die vandaag wordt geïnterviewd is Mevrouw L. door Madelon Breukers, de datum is vandaag 9 mei 2016 en het tijdstip van afname is kwart voor 1.

Goed U heeft vandaag gebruik gemaakt van de beker door ons aangereikt, **wat is uw eerste indruk van de beker?**

Mvr L: Ja wat moet ik daarvan zeggen, een beetje vreemd, die beker naja is gewoon een beker om uit te drinken, maar het is alsof je uit een glas drinkt of een beker drinkt, het is voor mij hetzelfde.

Madelon: Dus u vindt het eigenlijk een beetje overeenkomen met uit een gewone beker drinken of uit deze beker drinken?

Mvr: Ja, ja, dat dacht ik wel.

Madelon: Vond u het fijn om uit de beker te drinken?

Mevrouw: Dat zegt me niks.

Madelon: Nee?

Mevrouw: Nee.

Mevrouw: Ik heb van die grote koppen he, van die dikke kommen, dikke porselein. Ik heb niet dat fijne porselein he. Dus een beker of zo'n kop is voor mij het zelfde.

Madelon: dat is voor u het zelfde

Mevrouw: Dat maakt voor mij niet veel uit.

Madelon: Ja, dus u zou dagelijks uit deze beker kunnen drinken? Als dat noodzakelijk zou zijn?

Mevrouw: Ja, dat zou ik kunnen, maar niet graag natuurlijk.

Madelon: Nee?

Mevrouw: Ik drink liever uit een glas, als uit een kopje.

Madelon: Ja en euhm welke voordelen ziet u aan de beker?

Mevrouw: Eigenlijk geen.

Madelon: Geen? Nee?

Mevrouw: Nee.

Madelon: Het heeft voor u geen voordelen dat...

Mevrouw: Nee.. Nee..

Madelon: Het heeft voor u geen voordelen dat gemeten word..

Mevrouw: Nee ik kan niet zeggen dat ik drink, ik drink of ik uit die beker drink of uit een glas dat zegt mij weinig.

Madelon: Ja, ma...

Mevrouw: Maar wat ik drink en hoe ik drink, uit welk ding ik drink, dat zegt me niks.

Madelon: Okee. En als u naar de beker kijkt he, wat zou dan bijvoorbeeld, wat zou aangepast kunnen worden aan de beker zodat die wat gebruiksvriendelijker zou worden voor u? Of dat u er misschien..

Mevrouw: Nee de beker is goed.

Madelon: Dus u zou daar verder niks aan willen aanpassen?

Mevrouw: Nee als je, ik stel me voor, hee, daar hoeft voor mij niks aan te veranderen. Hij houdt zich goed vast, hij zit goed in de hand, een beker daar moet je ja dat weer anders natuurlijk. Dit is per se meer voor mensen die hulpbehoevend zijn, zou ik zeggen.

Madelon: Ja

Mevrouw: he

Madelon: Ja dat is een hele goede.

Mevrouw: voor iemand die hulpbehoevend is, maar iemand die nog lopen kan en zichzelf nog kan redden, maakt het voor mij niet veel verschil. En aan de beker zou ik niks hoeven te veranderen. Hij is goed, hij ligt goed in de hand, en met drinken ook.

Madelon: Ja.

Mevrouw: je zou er niet makkelijk uit morsen.

Madelon: Ja, dat is ook een hele goede.

Mevrouw: zet je hem op tafel, ik heb heel vaak dat ik doordat ik niet zie

Madelon: Ja.

Mevrouw: Misgrijp en in plaats van dat ik hem pak, stoot ik het om.

Madelon: okee,

Mevrouw: En dat gebeurt mij heel vaak, dat ik het omstoot.

Madelon: Ja

Mevrouw: en een glas in schenken kan ik ook niet, want ik zie niet hoeveel erin zit.

Madelon: Ja.

Mevrouw: Nee dat zie ik niet.

Madelon: Nee.

Mevrouw: want aan de tafel ook, ik hoef mezelf geen glas water in te schenken, want dat gaat onherroepelijk naast of erover heen.

Madelon: Ja, maar denkt u dat zo'n beker zou daar wel bij kunnen helpen?

Mevrouw: Ja die zou je niet zo makkelijk omstoten.

Madelon: Ja, dus dat is een voordeel van de beker?

Mevrouw: Ja dat wel.

Madelon: Ja

Mevrouw: Ik zou niet makkelijk omstoten, kijk die ligt heel anders. Die staat vast en als ik hem pak ook daarheen glijdt die niet. Ja een glas moet je anders pakken, zo.

Madelon: Ja.

Mevrouw: Dit is handig, je zal niet gauw misgrijpen.

Madelon: Ja.

Mevrouw: Ja.

Madelon: Goed, wat vind u van de instructies die u van ons heeft gekregen rondom de hele beker en het gebruik van de beker?

Mevrouw: Ja daar kan ik ook niet veel op zeggen. Ik zie het hele geval meer voor mensen die niet in staat zijn zelf te drinken

Madelon: Ja

Mevrouw: Die geholpen moet worden met drinken, anders zullen ze niet drinken he

Madelon: Ja

Mevrouw: mensen drinken dat is al te moeilijk he,

Madelon: hmm

Mevrouw: en dat is meer een beker zou ik zeggen voor iemand die zich niet helpen kan. Ik zelf zou die beker niet nemen.

Madelon: Nee?

Mevrouw: Nee. Nee. Maar voor iemand die hulpbehoevend is, ik weet niet in wat voor een

toestand ofzo en ook mensen die dement zijn, die weten toch niet, ze moeten drinken.

Madelon: Jaa hmm... **En wat vind u van de instructies die u van ons gekregen heeft over het gebruik? Was dat goed, was dat wat weinig?** Was dat...

Mevrouw: Neee, dat is goed. Dat is goed.

Madelon: Ze hebben u goed ingelicht over wat er gaat gebeuren?

Mevrouw: Jaa, jaa...

Madelon: Ja.

Mevrouw: Maar ik zie het nogmaals meer voor mensen, ik zou, **aan mij is het niet besteed**. Laat ik het zo zeggen.

Madelon: **Heeft u dan ook nog, euhm, min punten of pluspunten over het hele verloop van het hele proces?**

Mevrouw: Daar kan ik niks op zeggen.

Madelon: Okee.

Mevrouw: Nee daar kan ik echt niks op zeggen.

Madelon: Is niet erg.

Mevrouw: **het heeft voor mij geen voordeel en ook geen nadeel.**

Madelon: Ja.

Mevrouw: Daar kan ik niks op zeggen.

Madelon: Okee, nou dan hebben we alle vragen beantwoord en ik wil u heel erg bedanken voor het interview...

Mevrouw: Ik weet niet of u er wat aan hebt.

Legenda interviews met de zorgprofessional

Eerste indruk

Voordelen beker

Verbeteringen voor beker

Instructie rondom de beker

Eigen ervaring met een gewoon glas/beker

Ervaring drinken uit de beker

Bezwaren beker

Voor wie zal de beker handig in gebruik zijn

Min/plus punten rondom proces

Analyse van het interview met de zorgprofessional.

Onderverdeling in fragmenten

Eerste indruk

- een beetje vreemd
- gewoon een beker
- het is alsof je uit een glas drinkt of een beker drinkt, het is voor mij hetzelfde.
- een beetje overeenkomen met uit een gewone beker drinken of uit deze beker drinken

Ervaring drinken uit de beker

- Dus een beker of zo'n kop is voor mij het zelfde.
- Dat maakt voor mij niet veel uit.
- u zou dagelijks uit deze beker kunnen drinken? Als dat noodzakelijk zou zijn? Ja, dat zou ik kunnen, maar niet graag natuurlijk.
- of ik uit die beker drink of uit een glas dat zegt mij weinig.

Voordelen beker

- de beker is goed
- houdt zich goed vast
- zit goed in de hand
- Hij is goed, hij ligt goed in de hand, en met drinken ook.
- je zou er niet makkelijk uit morsen
- denkt u dat zo'n beker zou daar wel bij kunnen helpen? :Ja die zou je niet zo makkelijk omstoten
- dus dat is een voordeel van de beker
- Ik zou niet makkelijk omstoten
- Die staat vast en als ik hem pak ook daarheen glijdt die niet
- Dit is handig, je zal niet gauw misgrijpen

Bezwaren beker

Dat zegt me niks.

- Eigenlijk geen
- Ik drink liever uit een glas, als uit een kopje
- Het heeft voor u geen voordelen dat gemeten word.. Nee ik kan niet zeggen
- maar iemand die nog lopen kan en zichzelf nog kan redden, maakt het voor mij niet veel verschil.
- Ik zelf zou die beker niet nemen.
- aan mij is het niet besteed

Verbeteringen voor beker

- Dus u zou daar verder niks aan willen aanpassen, nee, daar hoeft voor mij niks aan te veranderen
- En aan de beker zou ik niks hoeven te veranderen

Voor wie zal de beker handig in gebruik zijn

- Dit is per se meer voor mensen die hulpbehoevend zijn, zou ik zeggen.
- voor iemand die hulpbehoevend is
- Ik zie het hele geval meer voor mensen die niet in staat zijn zelf te drinken
- Die geholpen moet worden met drinken, anders zullen ze niet drinken he
- voor iemand die zich niet helpen kan
- voor iemand die hulpbehoevend
- mensen die dement zijn die weten toch niet, ze moeten drinken

Instructie rondom de beker

- daar kan ik ook niet veel op zeggen
- Neee, dat is goed. Dat is goed.
- Ze hebben u goed ingelicht over wat er gaat gebeuren?Jaa

Min/plus punten rondom proces

- Daar kan ik niks op zeggen
- het heeft voor mij geen voordeel en ook geen nadeel.
- Daar kan ik niks op zeggen.

Eigen ervaring met een gewoon glas/beker

want aan de tafel ook, ik hoef mezelf geen glas water in te schenken, want dat gaat onherroepelijk naast of erover heen.

en een glas in schenken kan ik ook niet, want ik zie niet hoeveel erin zit.

n dat gebeurt mij heel vaak, dat ik het omstoot.

Misgrijp en in plaats van dat ik hem pak, stoot ik het om.

: zet je hem op tafel, ik heb heel vaak dat ik doordat ik niet zie

Samenvatting van de fragmenten

Eerste indruk
Beetje vreemd
Gewoon een beker
Komt overeen met drinken uit een gewone beker
Het is alsof je uit een glas drinkt, het is hetzelfde

De eerste indruk van mevrouw over de “slimme beker” is dat hij een beetje vreemd is, maar uiteindelijk blijft het toch een gewone beker. Het drinken uit de “slimme beker” is voor mevrouw hetzelfde als drinken uit een glas of een beker.

Ervaring drinken uit de beker
Alsof je uit een normaal glas/beker drinkt
Zou dagelijks uit de beker kunnen drinken, maar niet graag
Het is voor mij hetzelfde
Of ik uit die beker drink of uit een glas dat zegt mij weinig.
Het maakt voor mij niks uit,
Als het noodzakelijk zal zijn

De ervaring die mevrouw heeft met uit de “slimme beker” drinken, voelt voor haar hetzelfde als drinken uit een normaal glas of beker. Ze zou alleen uit de “slimme beker” drinken als het noodzakelijk mocht zijn, anders liever niet.

Voordelen beker
Beker is goed
Houdt zich goed vast

Zit goed in de hand
Zou er niet makkelijk mee kunnen morsen
Zou hem niet makkelijk kunnen omstoten/stevig
Niet snel misgrijpen
Die staat vast als ik hem pak
Zou hem niet makkelijke omstoten
Dit is handig

Mevrouw vind de beker goed, hij zit goed in de handen en houdt zich daarom ook goed vast. Doordat de beker stevig is zou ze hem niet makkelijk kunnen omstoten, ook vind ze het prettig dat je er niet mee kunt morsen of misgrijpen als ze uit de beker wilt drinken.

Bezwaren beker
Dat zegt me niks.
Drink liever uit een eigen glas of kopje
Ze zou de beker niet zelf nemen/gebruiken.
Iemand die nog kan lopen en zichzelf kan redden maakt het geen verschil
Aan mij is het niet besteed
Het heeft geen voordelen dat het gemeten word, dat kan ik niet zeggen

Mevrouw heeft geen bezwaren tegen de beker, al drinkt ze zelf liever uit een eigen glas of kop. Het heeft voor haar geen voordelen om de drank te meten en ze zou de beker zelf niet willen gebruiken. Ook geeft ze aan dat het voor iemand die zelfstandig is, niet nodig is om deze beker te gebruiken.

Verbeteringen voor beker
Aan de beker hoeft niks veranderd te worden
Nee, daar hoeft niks aan te veranderen

Volgens mevrouw zijn er geen verbeteringen nodig aan de “slimme beker”

Voor wie zal de beker handig in gebruik zijn
Voor mensen die hulp behoevend zijn
Dementerende mensen
Voor iemand die niet meer zelf in staat is om zelfstandig te drinken
Die geholpen moeten worden met drinken

Mevrouw vind dat de beker vooral nodig zal zijn voor mensen die hulp behoevend zijn, voor bijvoorbeeld dementerende bewoners. Ze vind de beker meer geschikt voor iemand die niet meer zelfstandig kan drinken en dus hulp nodig heeft hierbij.

Instructie rondom de beker
Goed ingelicht over het gebruik van de beker

Mevrouw heeft de juiste instructies gekregen rondom het gebruik van de “slimme beker”

Min/plus punten rondom proces
Het heeft geen voor of nadelen

Ik kan er niks over zeggen

Mevrouw geeft aan dat ze geen voor of nadelen aan het proces heeft beleefd.

Eigen ervaring met een gewoon glas/beker
--

want aan de tafel ook, ik hoef mezelf geen glas water in te schenken, want dat gaat onherroepelijk naast of erover heen

en een glas in schenken kan ik ook niet, want ik zie niet hoeveel erin zit.

n dat gebeurt mij heel vaak, dat ik het omstoot.
--

Misgrijp en in plaats van dat ik hem pak, stoot ik het om.
--

zet je hem op tafel, ik heb heel vaak dat ik doordat ik niet zie
--

Mevrouw geeft aan dat ze een normaal glas/kopje/beker niet ziet staan. Ze heeft moeite met inschenken van drinken omdat ze niet kan zien hoeveel ze erin schudt. Ook stoot ze regelmatig een glas om of grijpt ze mis als ze hem wilt oppakken om te drinken.

Mening van de cliënt over de My beaker:

De eerste indruk van mevrouw geeft vooral weer dat ze de “slimme beker” niet veel vindt verschillen met een gewone beker waar ze normaal uit drinkt, maar ze vindt hem ook een beetje vreemd.

Haar ervaring is dan ook dat het lijkt alsof ze uit een gewone beker drinkt en als het noodzakelijk mocht zijn zou ze het niet erg vinden om uit de “slimme beker” te drinken, maar liever niet.

De voordelen van de “slimme beker” zijn: je kan hem goed vast houden, ligt goed in de hand en je zou er niet mee morsen. Je zou hem niet makkelijk kunnen omstoten en ook niet mis kunnen grijpen bij het pakken van de beker. Er hoeft niks meer aan de beker veranderd te worden volgens mevrouw. Uit eigen ervaring verteld ze dat ze normaal zelf geen drinken kan inschenken in een glas, omdat ze dit moeilijk ziet. Ook stoot ze regelmatig een glas/kop om of ze grijpt mis als hem wilt oppakken om te drinken.

Mevrouw heeft geen bezwaren tegen de “slimme beker”, echter geeft ze ook aan dat ze zelf toch liever uit een eigen glas/kop zou drinken, dit komt omdat het voor haar geen voordelen zou hebben of gemeten wordt hoeveel ze drinkt. Ook zou het niet nodig zijn om de “slimme beker” te gebruiken als iemand zelfstandig nog alles kan doen.

De “slimme beker” zou vooral handig zijn voor mensen die meer hulpbehoevend zijn, die sturing en hulp nodig hebben bij het drinken.

De instructies rond om de “slimme beker” zijn goed, mevrouw werd hierover goed ingelicht.

Over de plus en minpunten rondom het proces kan mevrouw geen duidelijk antwoord geven, het heeft voor haar geen voor of nadelen gehad.

Interview met de oudere cliënt nr.4: Mevrouw S.

10 mei 2016

12.45uur

Er zijn in het interview gedeeltes in het dialect gesproken, dit wordt in de analyse in het Nederlands getypt.

M = Milou

P = Patiënt > mw. S.

M: Mevrouw s.... en mijn eigen naam is milou koetje. Het is vandaag dinsdag 10 mei om kwart voor 1. Uhm Wat is uw eerste indruk van de beker? Toen u hem zo zag ?

P: Alleen op het oog?

M: Ja

P: Heel leuk

M: Heel leuk

P: Ja, ik had eigenlijk gedacht dat hij wat ruimer, wat wijder was.

M: Oke

P: Het is maar zo'n klein, je kunt hem moeilijk helemaal leeg drinken.

M: Oke

P: je moet hem echt heel heel goed omschudden, vond ik tenminste

M: Ja Ja oke. Duidelijk.

P: Ja Ja

M: Ja dan is de volgende vraag eigenlijk al beantwoord, Hoe vond u het om uit de beker te drinken?

P: Beetje lastig

M: Ja

P: ja

M: omdat ?

P: Omdat het zo'n zo'n uh zo'n klein klein ringetje maar was omdat die zo'n smal

M: opening?

P: zo'n smalle opening ja

M: oke. Zou u dagelijks uit deze beker willen en kunnen drinken?

P: als het als het moet maarre eigenlijk niet graag

M: nee

P: nee

M: en waarom niet graag?

P: omdat je..

M: vanwege dat...

P : ja je hebt zo'n zo'n gevoel dat je je dat je je dat je ja je kunt er geen flinke slok uit drinken. Je moet een kleine mond maken. Ik vind het een beetje lastig of ik anders zo zo... beetje open doen.

M: hmmhh

P: ja ik vind het erg, waardoor precies doordat het zo'n zo'n smalle beker is.

M: ja oke. En de voordelen ervan? Of als die er zijn ?

P: ja ik kan zelf uhm kan uhm om altijd gewoon zonder op op de hoeveelheid te letten zo'n zo'n beker te hebben bedoelt u

M: ja. De voordelen van de beker, wat zou voor u een voordeel kunnen zijn?

P: dat je met twee handen kunt

M: vastpakken ja

P: kunt vastpakken of met 1 hand als de ander niet graag wil ja.

M: ja

P : een gewone gladde beker daar daar uhm die moet je met twee handen deze hand gaat allemaal heel goed maar deze heb ik niet niet zo'n kracht meer in

M: ja

P: en daar neem ik nooit nooit een beker in het restaurant

M: ja

P: nu voor een kopje een vinger effe in het ringetje heb je het vaster in je handen

M: ja wat zou er verandert moeten worden aan de beker?

P: ja dat je je beetje beetje groter beetje ruimer is hoe moet je dat zeggen

M: de bovenkant bedoelt u dan?

P: ja ja

M: ja

P: zou ik fijn vinden ja

M: ja wat vind u van de instructies en de informatie over de beker over het gebruik? Heeft u voldoende informatie gekregen?

P: ja dat is wel duidelijk ja

M: was duidelijk?

P: ja

M: ja. En uhm..

P: het kan toch niet zo zijn dat dat uhm mensen dat zelf kunnen kunnen meten en dingen moet toch

M: in principe zou uh nee uh hij moet altijd door de computer uh uitgelezen worden

P: ja

M: ja

P: wou zeggen dat moet toch altijd iemand zijn die dat opneemt

M: ja ja de computer in dit geval ja. En heeft u nog plus of minpunten over dit onderzoek over deze proef? Wat vond u fijn aan aan dit onderzoek wat wij doen? Of juist niet fijn?

P: ja je moet een beetje rekening houden met uhm wie komt er naar binnen hoelaat uhm maar voor de rest uhm was het heel best heel plezierig.

M: oke

P: ja

M: goed. Wilt u nog iets daarover zeggen?

P: ik vind het knap dat zoiets uitgedacht wordt

M: ja ja dat is het ook ja. Nou dan wil ik u heel erg bedanken voor uw medewerking

P: graag gedaan.

Legenda interviews met de zorgprofessional

Eerste indruk

Ervaring drinken uit de beker

Voordelen beker

Bezwaren beker

Verbeteringen voor beker

Ervaringen onderzoek

Samenvatting van de fragmenten

Eerste indruk

Alleen op het oog. Heel leuk. Heel leuk. Ik had eigenlijk gedacht dat hij wat ruimer, wat wijder was.

Ervaringen drinken uit de beker

Het is maar zo'n klein, je kunt hem moeilijk helemaal leeg drinken. Je moet hem echt heel heel goed omschudden, vond ik tenminste. Hoe vond u het om uit de beker te drinken? Zou u dagelijks uit deze beker willen en kunnen drinken?

Voordelen beker

En de voordelen ervan? Of als die er zijn? Dat je met twee handen kunt. Kunt vastpakken of met 1 hand als de ander niet graag wil ja. Ik vind het knap dat zoiets uitgedacht wordt.

Bezwaren beker

Beetje lastig. Omdat het zo'n zo'n uh zo'n klein klein ringetje maar was omdat die zo'n smal. opening? zo'n smalle opening ja. Als het als het moet maarre eigenlijk niet graag. Waarom niet graag? ja je hebt zo'n zo'n gevoel dat je je dat je je dat je ja je kunt er geen flinke slok uit drinken. Je moet een kleine mond maken. Ik vind het een beetje lastig of ik anders zo zo... beetje open doen. Ja ik vind het erg, waardoor precies doordat het zo'n zo'n smalle beker is.

Verbeteringen voor de beker

Wat zou er verandert moeten worden aan de beker? Ja dat je je beetje beetje groter beetje ruimer is hoe moet je dat zeggen. De bovenkant bedoelt u dan? ja ja. Zou ik fijn vinden ja.

Ervaringen onderzoek

Ja wat vind u van de instructies en de informatie over de beker over het gebruik? Heeft u voldoende informatie gekregen? Ja dat is wel duidelijk ja. Was duidelijk? Ja. En heeft u nog plus of minpunten over dit onderzoek over deze proef? Wat vond u fijn aan aan dit onderzoek wat wij doen? Of juist niet fijn? Ja je moet een beetje rekening houden met uhm wie komt er naar binnen hoelaat uhm maar voor de rest uhm was het heel best heel plezierig.

Mening van de cliënt over de My beaker

Op het oog is het een leuke beker. De verwachting was dat de beker wat wijder in omtrek zou zijn, dit viel anders uit. In het gebruik vond ik de beker wat lastig, voor het gevoel was de beker moeilijk volledig leeg te drinken. Daar in tegen een voordeel van de beker is dat deze twee handvaten heeft, waardoor deze makkelijk vast te pakken is met twee handen maar ook met een hand. Een nadeel wat ervaren wordt is dat de beker een smalle opening heeft, het lijkt alsof er geen flinke slok uit gedronken kan worden. Dit zou ook wel een verbeterpunt kunnen zijn. Wat betreft het mee doen aan dit onderzoek heb ik als zeer prettig ervaren. De informatie was van tevoren helder en duidelijk. Het enige minpunt wat ik kan benoemen is dat ik toch telkens rekening moest houden met het tijdstip van drinken dat er weer gemeten werd door de onderzoekers.

Interview met de oudere cliënt nr.5: Mevrouw G.

Dit interview is uitgevoerd door Swen Derks.

Alles wat Swen zegt wordt achter S: weergegeven.

Voor mevrouw G... is de G: van toepassing.

Dit is een letterlijke transcriptie (Light) waarbij gestotter en tussenwerpsels zijn weggelaten om het leesbaarder te maken. De spreektaal van de sprekers is volledig aangehouden en taalfouten van de sprekers zijn niet gecorrigeerd.

Legenda interview zorgvragers

Eerste indruk

Ervaring drinken uit de beker

Voordelen beker

Bezwaren beker

Verbeteringen voor beker

Ervaringen Interview

Start transcriptie

Interview Mevrouw G..... met Swen Derks

S: Goed ik ben Swen Derks en ik interview hier mevrouw G..... Op negen mei om, hoelaat hebben we het vandaag? Vijf voor een.

G: Ja

S: het interview gaat over het gebruik over de slimme beker, ook wel de my Beaker. Mevrouw Geertsma wat is zo uw eerste indruk van de slimme beker?

G: un beetje, un klein beetje onhandig om ik ben nog niet zo oud, ik kan mijn handen nog goed gebruiken en dan vind ik zo die twee handvaten, ja, een beetje overbodig. Maar ja.

S: Maar in gebruik zijn de handvaten, lomp of?

G: Ja dan zal het natuurlijk, he, als ik meer ga beven en dan zal het heel fijn zijn. Maar dat heb ik nu eigenlijk nog niet nodig.

S: Nu om het moment nog niet nodig. U zegt voor de mensen die goed, goed met de handen kunnen.

G: Ja nog goed zijn, dan is een genoeg

S: Ja, of eigenlijk geen zegt u ook.

G: of een dat kan ook.

S: Oké dat is mooi. Hoe vond u het tot dusver om deze beker te gebruiken?

G: Euh, prima. Alleen mag ik al een ding zeggen wat me nog?

S: natuurlijk wat u op u hart ligt.

G: Dat het boven aan heel smal is en als je dan het onderste uit die lange beker moet drinken, he, dan, euh, dan gaat ie tegen je neus aan.

S: jaja

G: En ik heb nogal een kwetsbare neus. (er wordt naar de neus gekeken)

S: Ja ik zie u (2 onduidelijke woorden). Ja dat klopt, maar dus u wat u bedoeld te zeggen is dat het moeilijk is om ut onderste uit de beker te halen.

G: ja, het onderste uit de kan.

S: en komt ut dan omdat hij lang is of omdat hij te smal is waardoor de neus er niet goed in kan.

G: Smal, Smal, Smal. Ja, ja, nee de lengte geeft niet.

S: Prima, de lengte is niet erg. En is ie ook qua, is hij goed te tillen?

G: Jawel, Jawel heel goed, ook zo zou die goed te tillen zijn.

S: hij is niet te zwaar dus ofzo.

G: Nee, Nee.

S: Zou u de beker en het systeem wat er dan inzit willen gebruiken in het dagelijkse praktijk als u dat nodig zou hebben?

G: Jawel, Jawel. Als ik het nodig zou hebben zou ik hem best willen gebruiken.

S: Maar nu niet?

G: Nu eigenlijk nog niet nee. Dan is het nog een beetje, jah onhandig in plaats van handig.

S: Ja, dit is ook een stuk groter als wat het normaal is in dat opzicht. U vertelde net, in de lift vertelde u ook dat de koffie.

G: Dat de koffie niet zo lekker was in de beker.

S: Nee in een plastic beker, oke.

G: nee.

S: Maar ut kan ook. Het is ook nog niet gemaakt om uh ja, dus, een mok is ook met met met normaal drinken. In een glas is het vaak ook lekkerder als een plastic beker he om het zo maar te zeggen.

G: Ja, ja, ja. Koffie in een stenen kopje dat ja, dat smaakt beter. Maar de koffie, de koffie verder smaakte me goed. Ik heb het allemaal uitgedronken dus.

S: gelukkig, maakt het verschil of het nu warm of koud is in het gebruiksgemak? Merkt je er wat van?

G: nee hoor, nee.

S: nee, Oke.

G: Ja, koud water is in deze tijd nu lekkerder he. Maar eh, nee de koffie was heerlijk der in.

S: Oke, even kijken. Wat vond u van het kijken van het informatie over de vocht intake?

G: Euhm, heel, heel goed. Heel goed. Ook dat je zowat kon vragen en mocht vragen. Jah. Ut, want er zijn natuurlijk altijd punten die je niet zo gauw begrijpt. Ouwe mensen he, maar altijd en duidelijk antwoord en vriendelijk.

S: Oke, dus u zegt dat euh, dat de onduidelijkheden dat die snel verholpen werden.

G: Oh ja hoor, ja gelijk in het gesprek.

S: en dat die, En de informatie brief die u hebt gekregen over ut onderwerp zo als het uitdrogen en het gebruik van de beker, dat was ook duidelijk?

G: Ja dat was duidelijk, ik heb het goed gelezen, ja.

S: Kijk aan dat is mooi, Gaan we naar de volgende vraag: Wat zijn de grootste voordelen en bezwaren voor u met het gebruik. Beginnend met de voordelen?

G: Euhm, de voordelen als je duk niet meer veel kan, dat je er goed houvast aan heb he. Enne dat ie stevig, hij staat ook stevig. Hij is me nog niet omgevallen. Ne niet met niets erin ofzo.

S: Gelukkig

G: Dus, heb ik dat gedaan?

S: Nee dat is euh.

G: Dat is plastic

S: Nee dat is op een bepaalde manier gemaakt.

G: Nee dus wat dat betreft, en zeker ik ben eigenlijk al oud, maar nog niet helemaal hulpbehoevend. Dan lijkt het me een heerlijke beker, waar je houvast aan heb he. Ja

S: jaja

G: en ook dat hij niet gauw omvalt, kijk maar ik kan gewoon hup, neer zetten en hij blijft staan.

S: Das mooi.

G: Ja

S: en heeft u nog wat te vertellen over het uiterlijk? Vind u het een mooie beker?

G: Ik vind het een leuke beker, maar ik ben voor blauw he. Lachen

S: Lachen, Oke

G: dat mag je toch zeggen he?

S: ja natuurlijk mag dat.

G: ik vind het ook een vrolijke beker.

S: Gelukkig.

G: Vrolijk, dat hebben wij ouwe mensen nodig.

S: Want het heeft, u zegt dan ook dat u zich, dat u het niet erg vindt om hem te gebruiken waar andere mensen bij zijn.

G: nee hoor, oo nee daar ben ik kei hard in. Nee.

S: Oke

G: nee, keihard.

S: En als we het dan over de bezwaren gaan hebben. Heeft u die ook over het gebruik van euh, van euh deze beker.

G: eigenlijk niet het enige wat ik al gezegd heb is, dat ie boven aan wat k, wat krap is.

S: ja wat smal.

G: Als ik helemaal het onderste moet drinken, en ja, en als ik nog goed kon zou een oor genoeg zijn. Of helemaal geen oor. Maar ik vind het een vrolijke beker.

S: ah oke. Oke. Als u zo kijkt he. Met uw oog erna en vooral gezien het gebruiksgemak. Denk maar dat dit toch het belangrijkste is voor de mens die dit moet gebruiken. Heeft u dan misschien nog veranderingen die der aan de beker, op ja, de rand is dan bekend dat deze wat te smal is van boven. Maar misschien nog andere veranderingen die voor u wellicht ut toch nog een stukje gemakkelijker zouden maken.

G: nee, nee zover ik ut kan bekijken. Maar ja, ik, ik kan nog redelijk goed he. Dus dat kan ik nog niet zo, nee dat zou ik eigenlijk niet weten. Maar van mij dan de kleur blauw.

S: jaja, dan hebben, volgens mij hebben ze op de foto de kleur blauw.

G: ja die is de kleur blauw.

S: dan heeft u pech gehad vandaag denk ik (haha). Met het uit delen van de beker.

G: dat vind ik leuk ja.

S: even kijken, wat vindt u van de instructies en de informatie die we hebben gegeven rondom het gebruik van die beker?

G: Heel goed, want als er wat was kon ik het vragen. Mocht ik het vragen en dat is ook fijn. He bijvoorbeeld ook met koffie, mag ik er koffie in doen en ja en dat hoeft ik niet uit te wassen. Ik kon dat gewoon laten zitten. Dus ik, ik voelde me vrij om er mee om te gaan. Ook door de informatie

S: Gelukkig

G: Ja, was heel fijn. Op een vriendelijke manier, Jah.

S: Gelukkig, dat is een compliment voor ons en voor de makers dan dat het zo goed, en duidelijk is zeg maar.

G: Ja echt waar hoor, ja, ja. Niet stug of streng of euh, een beetje van boven af ach die ouwe mensen en wat moeten we daar mee. Helemaal niet nee. We hebben kunnen lachen en dat is ook

veel waard.

S: dat is belangrijk denk ik he.

G: Ja, Ja

S: plus en min punten over het verlopen van, wat is uw algemeen uw ervaring. U heeft het net al even gezegd dat het heel laag drempelig is, dat het gezellig is, niet moeten en gewoon heel gemoedelijk om het zo maar te zeggen.

G: om daar een punt voor te geven?

S: Nee of u plus of min punten heeft zeg maar. Positief of negatieve dingen.

G: Nee positieve.

S: alleen maar positieve

G: ja alleen maar positieve

S: Kunt u er nog een aantal benoemen dan in het kort?

G: Moet ik is even bedenken ja, natuurlijk de omgang met elkaar. Het benaderen van de oude mens. Vriendelijk niet uit de hoogte. Dat is voor mij een heel plus punt.

S: Gelukkig.

G: Heerlijk, ja ja, Want er lopen der rond, nou ja. Die kijken gewoon op je neer he. We hebben, we zijn te duur. We hebben nooit wat gedaan. We weten niks meer, zo worden we ook af en toe behandeld.

S: Dat is niet mooi.

G: Dat is in dit geval, was dat prima. Leuk.

S: Oké, en als we dan toch kritisch moeten kijken. Hebt u dan nog un min puntje over de opzet hiervan?

G: Nou van, van de mensen die het gebracht hebben niet. Helemaal geen min punt niks. Ja. Nee eigenlijk niet, ik vond het nog leuk ook.

S: Oke, nou dat hebben we dan mooi mee genomen

G: Ja, ja.

S: Dus als ik het dan eventjes kort samenvat. Dan is de indruk goed, u zou hem gebruiken als u hem nodig zou hebben.

G: Ja hoor.

S: Maar omdat u nu in principe goed mobiel bent met de handen hoeft dat niet.

G: hoeft nog niet, maar dan zou ik het een fijne beker vinden, heerlijk.

S: Gelukkig. En het geen wat er qua gebruik wat niet zo lekker loopt is dan de smalle opening aan de bovenkant die zorg dat er eigenlijk te veel tegen de neus aan komt en dat is vervelend.

G: Ja, ja

S: En de omgang vanuit ons uit en de mensen die het hebben uitgevonden, want die twee mannen die er net zaten hebben het zeg maar bedacht.

G: oh, uitgevonden

S: en ook gemaakt zeg maar.

G: En knap want dat lichtje dat brand, dat vind ik hartstikke leuk. En hij gaat iedere keer aan.

S: ja

G: Het is natuurlijk kinderachtig maar ik, ik vind het leuk.

S: Het is ook een beetje, zo kunnen wij ook zien dat het ding werkt om het zo maar te zeggen.

G: en dat hij werkt ja, ja.

S: Dus ja ik, alleen maar lof.

G: Ja
 S: dat is goed
 G: Ja alleen maar lof werkelijk.
 S: Oke, dan.
 G: En ik hoop dat ik nog een poosje mee ga. Dat ik hem nog kan gebruiken en mag gebruiken.
 S: Als ie dan helemaal klaar is.
 G: Als hij helemaal klaar is en ik ben er nog, he, dan komt u mij er een brengen. Een blauwe.
 S: Ja, ik, ik ga, dat kan ik wel doen er een brengen dan.
 G: nee dat is ondeugend natuurlijk.
 S: Nee dat maakt niks. Goed mevrouw G... dan wil ik u bedanken.
 G: Ja, ik heb het graag gedaan werkelijk
 S: Gelukkig.
 G: en ik hoop met jullie studie dat dit allemaal goed gaat, en dat je goeie mensen wordt in de maatschappij wordt.
 S: Ik hoop het ook, is wel de bedoeling he.
 G: Dat is de bedoeling natuurlijk, je hebt het leven nog voor u. Heerlijk. Maak er wat van.
 S: Doen we.
 G: je komt ook tegenslag
 S: Dat blijf je toch houden.
 G: en dan de schouders er onder, ja daar wordt je alleen maar sterk van.
 S: Oké, Dank je wel mevrouw G.....
 G: Ik heb het graag gedaan, jullie waren leuke, leuke mensen. Leuke studenten allemaal.
 S: Ja haha, Nog wel.
 G: Ja nog wel, natuurlijk. Daar moet je ook doorheen he.

Open Codering

Tekst	Label
un beet, un klein beetje onhandig om ik ben nog niet zo oud, ik kan mijn handen nog goed gebruiken en dan vind ik zo die twee handvaten, ja, een beetje overbodig. Maar ja.	- Grote beker - Overbodig bij zelfstandigheid
Ja dan zal het natuurlijk, he, als ik meer ga beven en dan zal het heel fijn zijn. Maar dat heb ik nu eigenlijk nog niet nodig.	Hulpbehoevend
Ja nog goed zijn, dan is een genoeg	handvaten
Euh, prima. Alleen mag ik al een ding zeggen wat me nog	Gebruiksgemak
Dat het boven aan heel smal is en als je dan het onderste uit die lange beker moet drinken, he, dan, euh, dan gaat ie tegen je neus aan.	Smalle drink opening

Ja ik zie u(2 onduidelijke woorden). Ja dat klopt, maar dus u wat u bedoeld te zeggen is dat het moeilijk is om ut onderste uit de beker te halen.	• Lastig leegdrinken
en komt ut dan omdat hij lang is of omdat hij te smal is waardoor de neus er niet goed in kan.	• Botst tegen neus
Prima, de lengte is niet erg. En is ie ook qua, is hij goed te tillen?	• Goede lengte
Jawel, Jawel heel goed, ook zo zou die goed te tillen zijn	• Adequaat gewicht
Jawel, Jawel. Als ik het nodig zou hebben zou ik hem best willen gebruiken.	• Gebruik bij noodzaak
Nu eigenlijk nog niet nee. Dan is het nog een beetje, jah onhandig in plaats van handig.	• Onhandig • Niet nodig
Dat de koffie niet zo lekker was in de beker.	• Smaakt beleving
Ja, ja, ja. Koffie in een stene kopje dat ja, dat smaakt beter. Maar de koffie, de koffie verder smaakte me goed. Ik heb het allemaal uitgedronken dus.	• Materiaal gebruik • Gangbare smaak •
gelukkig, maakt het verschil of het nu warm of koud is in het gebruiksgemak? Merkt je er wat van? Nee hoor, nee.	• Verschillende vloeistoffen • Verschillende temperaturen
Oke, even kijken. Wat vond u van het kijken van het informatie over de vocht intake? Euhm, heel heel goed. Heel goed. Ook dat je zowat kon vragen en mocht vragen. Jah. Ut, want er zijn natuurlijk altijd punten die je niet zo gauw begrijpt. Ouwe mensen he, maar altijd en duidelijk antwoord en vriendelijk.	• Goede info overdracht • nieuwsgierig
Euhm, de voordelen als je duk niet meer veel kan, dat je er goed houvast aan heb he. Enne dat ie stevig, hij staat ook stevig. Hij is me nog niet omgevallen. Ne niet met niets erin ofzo.	• Houvast • Stevig staan • Niet omvallen

Nee dus wat dat betreft, en zeker ik ben eigenlijk al oud, maar nog niet helemaal hulpbehoevend . Dan lijkt het me een heerlijke beker, waar je houvast aan hebt he. Ja	• Mate hulpbehoevendheid • Goede houvast
Ik vind het een leuke beker , maar ik ben voor blauw he. Lachen ik vind het ook een vrolijke beker .	• Leuk • Verschillende kleuren • Vrolijk
Want het heeft, u zegt dan ook dat u zich, dat u het niet erg vindt om hem te gebruiken waar andere mensen bij zijn .	• Niet schamen • gebruiksgemak
En als we het dan over de bezwaren gaan hebben. Heeft u die ook over het gebruik van euh, van euh deze beker. eigenlijk niet het enige wat ik al gezegd heb is, dat ie boven aan wat k, wat krap is	• Geen bezwaren
Heel goed, want als er wat was kon ik het vragen. Mocht ik het vragen en dat is ook fijn . He bijvoorbeeld ook met koffie, mag ik er koffie in doen en ja en dat hoeft ik niet uit te wassen. Ik kon dat gewoon laten zitten. Dus ik, ik voelde me vrij om er mee om te gaan . Ook door de informatie	• Open gesprek • Vrijheid voor vragen
Ja, was heel fijn. Op een vriendelijke manier , Jah.	• Vriendelijk
Ja echt waar hoor, ja, ja. Niet stug of streng of euh, een beetje van boven af ach die ouwe mensen en wat moeten we daar mee. Helemaal niet nee. We hebben kunnen lachen en dat is ook veel waard.	• Menselijke omgang
plus en min punten over het verlopen van, wat is uw algemeen uw ervaring. U heeft het net al even gezegd dat het heel laag drempelig is, dat het gezellig is , niet moeten en gewoon heel gemoedelijk om het zo maar te zeggen.	• Laagdrempelig
Dus als ik het dan eventjes kort samenvat. Dan is de indruk goed, u zou hem gebruiken als u hem nodig zou hebben .	• Alleen bij noodzaak
Gelukkig. En het geen wat er qua gebruik wat niet zo lekker loopt is dan de smalle opening aan de bovenkant die zorg dat er	• Smalle opening • Vervelend met drinken

eigenlijk te veel tegen de neus aan komt en dat is vervelend.	
---	--

Resultaat open codering na samenvoegen synoniemen (x, synoniem komt meer als 1x voor)

Smalle opening x Grote beker Lastig leegdrinken x Botst tegen neus Onhandig Alleen bij noodzaak x Mate hulpbehoevendheid x Overbodig bij zelfstandigheid Niet nodig	Open gesprek Vriendelijk Vrijheid voor vragen Weten waarom Goede info overdracht Menselijke omgang laagdrempelig Niet schamen x Geen bezwaren smaakbeleving x Verschillende temperaturen	Goede houvast x Gebruiksgemak x Handvaten Stevig staan x Goede lengte Materiaal Adequaat gewicht Leuk Vrolijk Verschillende kleuren Verschillende vloeistoffen
---	--	--

Axiaal codering

design: Leuk Vrolijk Verschillende kleuren Goede gezondheid Overbodig bij zelfstandigheid Niet nodig Ervaringen Pilot Open Gesprek Vriendelijk Vrijheid voor vragen Weten waarom Goede info overdracht Menselijke omgang laagdrempelig	Positieve ervaring drinken uit de beker: Goede houvast Gebruiksgemak Handvaten Stevig staan Goede lengte Materiaal Adequaat gewicht Verschillende temperaturen Verschillende vloeistoffen Niet schamen Geen bezwaar	Negatieve ervaring drinken uit de beker: Smalle opening Grote beker Lastig leegdrinken Botst tegen neus Onhandig smaakbeleving Inzetbaarheid beker: Mate hulpbehoevend Noodzaak
---	---	--

Selectief Coderen (Centrale begrippen)

Veranderingen beker: Kleine drink opening Onhandig/lomp	Positieve ervaring beker: Goede houvast Staat stevig gebruiksgemak	Negatieve ervaring beker: Smaakbeleving Moeilijk leegdrinken	Design: Vrolijk Leuk Kleurrijk	Inzetbaarheid Hulpbehoevend Noodzakelijk
--	---	---	--	---

In het interview komt vooral naar voren dat mevrouw de beker wat groot en lomp vind. Hij is hierbij wel goed vast te houden door het gebruik van de 2 handvaten. De opening om te drinken is wat klein waardoor deze tegen de neus van mevrouw komt. Omdat deze 2 handvaten goed zijn heeft de beker een goede houvast ondanks zijn 'lompigheid'. Hij staat stevig en is wel gemakkelijk in gebruik.

De smaakbeleving van verschillende vloeistoffen zoals koffie is wat minder omdat koffie normaal uit een porseleinen kopje gedronken wordt en fris bijvoorbeeld in een glas. Het geheel uitdrinken is door de smalle opening lastig.

Over het design wordt goed gepraat, hij is vrolijk leuk en kleurrijk en ziet er prettig uit.

Mevrouw benadrukt wel dat ze deze beker alleen gaat gebruiken als hier een noodzaak voor is.

Door de grote handvaten bied deze beker zich perfect voor de hulpbehoevende mens. Mensen die het 'nog goed kunnen' gebruiken waarschijnlijk liever een normaal kopje. Deze mensen vinden het vaak ook niet nodig om dit soort hulpmiddelen te gebruiken.

Interview met de oudere cliënt nr.6: Mevrouw W.

interview is uitgevoerd door Swen Derks

Alles wat Swen zegt wordt achter S: Weergegeven.

Voor mevrouw W.... is W: van toepassing

Dit is een letterlijke transcriptie (Light) waarbij gestotter en tussenwerpsels zijn weggelaten om het leesbaarder te maken. De spreektaal van de sprekers is volledig aangehouden en taalfouten van de sprekers zijn niet gecorrigeerd.

Legenda interview zorgvragers

Eerste indruk

Ervaring drinken uit de beker

Voordelen beker

Bezwaren beker

Verbeteringen voor beker

Start transcriptie

Interview Mevrouw W..... met Swen Derks

S: Dag mevrouw van W....., Ik ben Swen Derks en bij deze een kort interview over het gebruik van de slimme beker, ook wel de my Beaker. Het is vandaag 9 mei 2016. Rond de klok van...

W: Tien over

S: Tien over twee.

W: Een!

S: Tien over een, sorry correctie. Mevrouw w..... wat is uw eerste indruk van de slimme beker.

W: Hij pakt zich goed vast en hij drinkt, ik drink eigenlijk nog meer als wat daar in zit.

S: Ja, ja u dronk, u dronk er naast nog een aantal kopjes of niet.

W: Ja, ja.

S: Dat is niet erg. Ut gaat ook gewoon zodat we kunnen testen hoe de beker in elkaar zit. Maar u zegt dus dat u het wel fijn vond in gebruik en dat u hem fijn kunt vast pakken.

W: Ja.

S: Prima, en hoe vond u, naast het gebruik en het vast pakken. Hoe vond u dat gaan? Nog gekke dingen?

W: Nee helemaal niet.

S: Nee, vindt u het een leuke beker?

W: Ja, ja als ik hem nodig heb dan pakte ik hem direct. Maar ik heb 't niet echt.

S: Nee u kunt ook gewoon een glas en een mok gebruiken he, dat scheelt. Zou u de beker als u hem nodig zou hebben. U hebt het net eigenlijk al gezegd. Dan zou u hem willen gebruiken.

W: Als ik hem nodig heb, dan gebruik ik hem.

S: Prima. Heeft u ook ongemakken ervaren aan het gebruik van de beker of niet? Niet, ook niet met drinken of neerzetten?

W: nee

S: heeft u er al warme dranken in gehad.

W: Nee

S: Het is namelijk ook een ja, een thermo beker. Dus het zelfde als een thermos fles. Maar eigenlijk in principe zegt u dat het goed functioneert. En dat het goed werkt voor de functie die hij moet dienen zeg maar.

W: ja

S: Dat is mooi. Wat vond u over de informatie over de vochtintake? En dan gaat het vooral over de reden dat mensen veel moeten drinken.

W: Ja ik zeg, mensen die het niet weten dat ze zoiets moeten gebruiken. Ik zeg die zullen het misschien aan deze mensen krijgen.

S: dat denk ik ook.

W: en er zit ook 'n ding op he?

S: er komt een lampje op.

W: nee

S; of een tuutje?

W: ja

S: Ja, ja. Maar die paste niet op deze, maar daar zijn ze aan, aan het werken. Je moet het zo zien, dit is eigenlijk ja, eigenlijk zijn dit de prototypes van de eerste auto die gaan ze eerst testen wat gaat er mee mis en wat kunnen we verbeteren. En dat is dit ook eigenlijk ook als het ware. En maar de informatie die we u hebben gegeven in het begin en die ze in het voorportaal bij de bijeenkomst hebben gehad was dat voldoende rond de onderwerpen en het gebruik.

W: jawel

S: Kijk aan dat is mooi. Als je zo kijkt, wat zijn voor u de grootste voordelen voor deze beker. Als je hem dan zou gebruiken?

W: Dat je precies weet wat je drinkt.

S: en of je genoeg drinkt denk ik dan ook meteen he?

W: Ik drink echt voldoende.

S: Ja dat heb ik, dat heb ik ook wel gezien.

W: ik ben niet bang voor een glas water.

S: Ja dat, toch is dat gek. Sommige mensen hebben die drang niet meer zo om te drinken he. En als je dan na gaat naar een ochtend gebruik en een middag deel. Hoe vindt u. Of heeft u ook bezwaren, negatieve dingen ervaren rondom de beker?

W: Kan ik niet zeggen.

S: Nee, oke dat is mooi. Dus u hebt eigenlijk ook geen, geen idee wat we zouden kunnen verbeteren om het gemakkelijker te maken.

W: Ik zou het niet weten.

S: niet?

W: ik zou het echt niet weten wat er aan zou moeten gebeuren.

S: Hoe vond u de uitleg over de beker in het begin?

W: Toen we die euh?

S: toen der tijd een keer heb gehad.

W: ja dat vind ik wel goed. Echt voor mensen die zelf niet kunnen drinken is het toch wel een uitkomst.

S: en u kon er ook goed mee vooruit met de informatie die u had zeg maar?

W: Ja

S: dat is mooi. Even kijken, als je nu op het verloop van vandaag. Toen we hier vanmiddag binnen kwamen en als we straks weer weg gaan. Heeft u hier nog positieve of negatieve dingen over? Qua benadering, inzet van het gebruik, het feit dat ik uw vandaag door het gebouw heen heb gerold naar onder en naar boven.

W: nee dat was heel goed.

S: Ja, dan ben ik door mijn vragen heen.

S: Dan wil ik u bedanken en dan zal ik nog even kort samenvatten wat we hebben gehad. Uw eerste indruk is eigenlijk goed. Dat het goed werkt voor de functie die hij in moet vullen om bij te houden van wat er is.

W: Ja

S: U heeft verder geen op of aanmerkingen op het gebruik en op 't ligt lekker in de hand. Het staat stevig op tafel.

W: en u kunt hem in een hand pakken.

S: ja dat klopt

W: De mensen zijn er ook die er met een hand niks kunnen. Ik kan met die arm niks.

S: Ja dan is dit gemakkelijk dat u hem zo fatsoenlijk kunt vast houden.

W: Ik drink nooit met de rechtse hand. Als ik hem pak dan pak ik hem zo he.

S: Ja, maar dat is niet erg. U kunt hem gemakkelijk zat gebruiken?

W: Goed, Goed

S: Even kijken, ja u heeft ook geen verbeterpunten zo. Ook niet voor ons voor de organisatie zeg maar?

W: da je veur da zalas af mo make

S: wat blief?

W: Dat je daar nog wat anders gaat maken of wat?

S: ja, nee, of je er misschien nog graag wat op had gezien.

W: nee

S: niet nog een radio ofzo (lachen).

W: (lachen) Nee, nee het is mij allang goed zo.

S: Oke, nou dan bedank ik u en dan tot de volgende keer weer.

W: Neemt u hem mee?

S: Ja.

Open Codering

Hij pakt zich goed vast en hij drinkt	Fijne houvast Drinkt goed
wel fijn vond in gebruik en dat u hem fijn kunt vast pakken	Goed vastpakken Gebruiksvriendelijk
vindt u het een leuke beker? W: Ja, ja als ik hem nodig heb dan pakte ik hem direct	Leuke uitstraling
Als ik hem nodig heb, dan gebruik ik hem	Gebruiksvriendelijk
Heeft u ook ongemakken ervaren aan het gebruik van de beker W: nee	Niet ongemakkelijk
zegt u dat het goed functioneert. W: ja	Goed functioneren
Dat je precies weet wat je drinkt.	Weet precies wat ze drinkt
Ik drink echt voldoende.	Voldoende intake
Kan ik niet zeggen.	Geen bezwaren

kunnen verbeteren om het gemakkelijker te maken. W: Ik zou het niet weten.	geen verbeteringen
Uw eerste indruk is eigenlijk goed	Goede eerste indruk
't ligt lekker in de hand. Het staat stevig op tafel	Goede houvast Staat stabiel op ondergronden
u kunt hem in een hand pakken	Hanteerbaar

Resultaat open codering met samenvoegen synoniemen (x, synoniem komt meer als 1x voor)

Leuke uitstraling Fijne houvast xx Drinkt goed	Gebruiksvriendelijk xxx Goed functioneren Goede eerste indruk Staat stabiel op ondergronden	Weet precies wat ze drinkt x Geen bezwaren geen verbeteringen
--	--	---

Axial Codering

Eerste indruk: Leuke uitstraling Goede houvast Gebruiksvriendelijk Goede eerste indruk Ervaringen met drink beker: Gebruiksvriendelijk Goede houvast Staat stabiel op ondergronden Drinkt goed	Voordelen: Precies weten wat ze drinkt Goed functioneren Bezwaren: Geen bezwaren	Verbeteringen: Geen verbeteringen
--	--	---

Selectief Coderen

Verandering beker: Geen veranderingen	Positieve ervaring beker: Goed functioneren Gebruiksvriendelijk Goede houvast	Negatieve ervaring: Niet aanwezig	Design: Goede uitstraling Gebruiksvriendelijk	Inzetbaarheid: Functioneert goed Drinkt goed
---	---	---	--	---

Mening van de cliënt over de My beaker

Mevrouw was wel gecharmeerd van de beker. Hij zag er leuk uit en hij is gebruiksvriendelijk. Hij werkt goed en mevrouw vond het ook prettig om hem te gebruiken. Je kunt er goed uit drinken. Daarbij kan mevrouw hem goed vast houden ondanks dat ze zelf maar met 1 hand kan

drinken. De handvaten maken dit mogelijk.

Mevrouw kan geen verbeteringen bedenken voor de beker en heeft er geen negatieve ervaringen aan over gehouden.

Interview met de oudere cliënt nr.7: Mevrouw J.

Sjors: Het is vandaag dinsdag 10 mei, mijn naam is Sjors 't Lam en ik praat met mevr Janssen over de my Beaker. Wat vond u van eerste indruk van de beker, wat was uw eerste indruk?

Mevr J: Die gekleurde grote beker hebben we het over he?

Sjors: Ja, die u met twee handen heeft vastgehouden.

Mevr J: Ik ben geen kindje meer, als ik hem maar vast kan houden. Ik vond hem tamelijk kinderlijk.

Sjors: De kleur? Of hoe hij uit zag, de vorm?

Mevr J: De uitslag en de vorm kon ik nog niet zien, want ik kreeg hem niet gelijk in de handen. Maar toen ik hem in de handen had dacht ik oef, die moet goed zijn. Want anders zeg ik alweer als bij die kleine bekertjes, het is een kloemel. En dat zegt men niet.

Sjors: Maar kwam dat door hoe die uit zag, de vorm? Of kwam dat door de kleur?

Mevr J: De kleur was best goed, ik weet alleen niet meer welke kleur hij had. Iets met blauw.

Sjors: Ja een paar kleuren

Mevr J: Wat een stomme vraag voor een enquête

Sjors: Ja, maar het is duidelijk wat u bedoelt. Hoe vond u het drinken gaan? Want u heeft nu drie keer ermee gedronken.

Mevr J: Ik weet niet de hoeveelste keer dit was. Toen was het lekker, toen had ik eindelijk vat op de beker om te drinken. Toen was het lekker koud. Maar voor de rest kan ik niet over bejubelen want ik had dorst.

Sjors: Maar hoe ging het vasthouden van de beker en het gebruiken. Hoe vond u dit gaan?

Mevr J: Ja, dat moest want jij zat erbij met je dure tijd. En dat wil ik ook een beetje in acht nemen, maar hij viel me eigenlijk tegen.

Sjors: En wat viel tegen?

Mevr J: Het drinken

Sjors: Want dat ging niet goed? En hoe kwam dat?

Mevr J: Dat weet ik niet

Sjors: Was dat, kwam dat door de vorm van de beker? Of kwam dat door iets anders? Of door het gewicht misschien?

Mevr J: Wacht, sorry zet hem even zachter, ik moet het kussen getrokken hebben naar die kant. Dat heb ik zelf een zwaar hoofd.

Sjors: Zo (helpt mevr bij het goed leggen van het kussen) Eventjes terug naar hoe het drinken ging met de beker. Want u zei het ging niet zo goed.

Mevr J: Niet zo bijzonder, want ik zette de beker weer een beetje opzij en ik had nog dorst. Dus laat ik aan jou het antwoord van die beker wat je meegebracht hebt hoe je die vind. Ik drink normaal om te drinken, maar er kwam niet veel goeds uit.

Sjors: Ja, omdat het niet lukte?

Mevr J: Omdat mevr een zenuwpees is.

Sjors: Oke. En uhh, Oke want we hebben het nu een dag gebruikt. Wat zou u ervan vinden als u iedere dag uit deze beker zou drinken?

Mevr J: Nee, alsjeblieft nee. Ik heb liever een normaal glas of een beker met een oor.

Sjors: En kwam dat dan door het oor, dat u die beker niet fijn vindt?

Mevr J: Ook, dat heb je goed geschoten. Dat uhh. Nee het was niet mijn smaak zou ik willen zeggen.

Sjors: Ja

Mevr J: Letterlijk en figuurlijk niet. Want ik kreeg geen drinken binnen

Sjors: Ja

Mevr J: Dat heb jij goed gemerkt, want ik heb niet geslokt gloek gloek

Sjors: Ja. En wat is dan een uhh nadeel aan de beker? Wat vind u een nadeel eraan?

Mevr J: Ik weet het niet, maar die grote beker had geen papier ertussen zoals het hier op die kleinere bekertjes ziet. Dus daar kan ik niks op zeggen. Want die papiertjes omdat ik die zelf niet kan en niet kan bijvullen zelf. Daarom irriteert me dat.

Sjors: Bedoelt een servetje voor over de kleren?

Mevr J: Nee, wat in het bekertje zelf schuilt. Kijk maar in de beker hier. Die hebben ze net bijgevuld.

Sjors: Bedoelt u dit? (tik op tuitje op tuitbeker)

Mevr J: Dat is het dekseltje

Sjors: Het dekseltje bedoelt u dus niet. Een velletje papier dat in de beker zit

Mevr J: Nee, ik vind het voor jou vervelend dat ik niet duidelijker kan zijn.

Sjors: Ja. We kijken even verder in de loop van het gesprek, misschien schiet het u te binnen. Als u nou iets moest noemen dat aan de beker anders kon, wat zou u dan zeggen.

Mevr J: Een normale mondholte, een normale opening om het drinken in te schenken en een normale drinkfases. Gewoon normaal. Niet zo ik weet niet hoe ik het uit moet drukken.

Sjors: Die rand, bedoelt u dat?

Mevr J: Ja, bijvoorbeeld. Daar beginnen we mee. Want die moet ik naar mijn mond houden begrijp je. Die rand houden.

Sjors: Ja. En hoe ging dat nu? Ging dat nu minder goed met die rand?

Mevr J: Ja.

Sjors: Ja goed, duidelijk. Dan is het goed, duidelijk antwoord.

Mevr J: Nee nee. Ik voel me nu reeds bijzonder vervelend worden. Maar je hebt het ook nog niet echt gemerkt. Maar <naam cliënt> bedoelt het goed, maar ze heeft een onnoemelijk minderwaardigheidscomplex. Dat komt iedere keer als ze met andere mensen om gaat naar boven.

Sjors: Ja

Mevr J: En daar heb ik ook een mes van volgens mij (hoest)

Sjors: Is dat ook waarom het u niet zo goed lukt om duidelijk te zijn? Dat u daar mee bezig bent.

Merv J: Ik weet niet

Sjors: Ja. Ik heb nog maar twee vragen, dan hebben we dit van de beker besproken.

Mevr J: Ja, en dan ben jij geen ene als je mam het hoorde kreeg ik ze sodemieter geen ene sodemieter opgeschoten. En dat doet me pijn.

Sjors: Nee nee

Mevr J: En weer op aan het nemen. Die arme toehoorders die dat te horen krijgen

Sjors: Nee u moet het niet onderschatten. U heeft toch wel duidelijke dingen gezegd die aan de beker anders konden of hoe het ging. Wat vond u van de informatie van hoe u de beker moest gebruiken.

Mevr J: Ja kijk maar in de spiegel zou ik weer willen zeggen. Want jij zat erbij en jij begeleide het. Hoe kun je dan zo een stomme vraag stellen. Niet echt serieus zo bedoelt, maar toch.

Sjors: Vond u het wel duidelijk van hoe je de beker hoort te gebruiken?

Mevr J: Och ik vond je in het begin erg streng toen je aan het uitleggen was en daar mag u in drinken en dan niet. En ik denk ooo daar gaan we weer omkomen van de dorst en geen drinken. Erg he?

Sjors Nee nee, dat is niet erg. En uiteindelijk, als u zo kijkt van het begin tot nu. Hoe vind u dat het is gegaan met zegmaar het gebruik van de beker?

Mevr J: Het mooiste moment vond ik toen je binnenkwam met Willemien. En willemien zei <naam cliënt> kijk niet zo boos of dat we je willen vermoorden of zoiets dat jij toen zei van dit mag je uitdrinken en dan krijg je weer en toen mocht ik drinken

Sjors: Ja

Mevr J: En wat zegt dat over die beker. Dat met die beker niet te handelen, niet te drinken viel. Want die beker die was me niet eigen, hoe moet ik het zeggen.

Sjors: Was u het niet gewend om die beker te gebruiken?

Mevr J: Nee

Sjors: Ja, goed. In principe weet ik voldoende. We hebben alle vragen nu gehad.

Mevr J: Ja my dear, en dat meen ik. Dat is toch niks waard wat wij verteld hebben nu. Dat is toch echt dat ze zullen denken als ze het niet zeggen, die moeten we maar niet meetellen want die klopt niet goed.

Sjors: Nee nee. Uw antwoorden worden gewoon gebruikt. Het is niet dat uw antwoorden goed of fout kunnen zijn. Ze worden gewoon gebruikt om te bepalen hoe het gaat met het gebruik van die beker. Dus. Is er nog iets dat u hierover wil zeggen voordat ik dit stop zet? Is er nog iets dat u over die beker wil zeggen? Het kan alles zijn.

Mevr J: Ik wens jullie veel succes met die zelfde beker. En vooral de mensen die hem constant gaan gebruiken. Dat ze ook wat te drinken krijgen in die beker, dat dat lukt.

Sjors: Ja

Mevr J: Dat mag jij nooit hardop laten horen, want dan krijg jij ze ook nog een keer van links naar rechts.

Sjors: Nee maakt u zich maar geen zorgen hoor. Dan zet ik hem nu stop. In ieder geval bedankt voor de antwoorden. Ze zullen meegenomen worden om te bepalen hoe het gebruik van de beker gaat.

Mevr J: Ja, maar sorry, dan moet je eigenlijk zeggen bedankt voor het gebrazel we maken er wel wat van. Maar dat zal moeilijk gaan.

Sjors: Maakt u zich daar maar geen zorgen om

Einde opname

Legenda interviews met de zorgprofessional

Eerste indruk

Ervaring drinken uit de beker

Bezwaren beker

Verbeteringen voor beker

Analyse van het interview met de zorgvrager.

Onderverdeling in fragmenten

Eerste indruk

Ik ben geen kindje meer, als ik hem maar vast kan houden. Ik vond hem tamelijk kinderlijk.

Sjors: De kleur? Of hoe hij uit zag, de vorm?

Mevr J: De uitslag en de vorm kon ik nog niet zien, want ik kreeg hem niet gelijk in de handen. Maar toen ik hem in de handen had dacht ik oef, die moet goed zijn. Want anders zeg ik alweer als bij die kleine bekertjes, het is een kloemel. En dat zegt men niet. Sjors: Maar kwam dat door hoe die uit zag, de vorm? Of kwam dat door de kleur? Mevr J: De kleur was best goed, ik weet alleen niet meer welke kleur hij had. Iets met blauw.

Ervaring drinken uit de beker

Hoe vond u het drinken gaan? Want u heeft nu drie keer ermee gedronken.

Mevr J: Ik weet niet de hoeveelste keer dit was. Toen was het lekker, toen had ik eindelijk vat op de beker om te drinken. Toen was het lekker koud. Maar voor de rest kan ik niet over bejubelen want ik had dorst.

Sjors: Maar hoe ging het vasthouden van de beker en het gebruiken. Hoe vond u dit gaan?

Mevr J: Ja, dat moest want jij zat erbij met je dure tijd. En dat wil ik ook een beetje in acht nemen, maar hij viel me eigenlijk tegen.

Sjors: En wat viel tegen?

Mevr J: Het drinken

Sjors: Want dat ging niet goed? En hoe kwam dat?

Mevr J: Dat weet ik niet

Wat zou u ervan vinden als u iedere dag uit deze beker zou drinken?

Mevr J: Nee, alsjeblieft nee. Ik heb liever een normaal glas of een beker met een oor.

Sjors: En kwam dat dan door het oor, dat u die beker niet fijn vindt?

Mevr J: Ook, dat heb je goed geschoten. Dat uhh. Nee het was niet mijn smaak zou ik willen zeggen.

Sjors: Ja

Mevr J: Letterlijk en figuurlijk niet. Want ik kreeg geen drinken binnen

Sjors: Ja

Mevr J: Dat heb jij goed gemerkt, want ik heb niet geslokt gloek gloek

Mevr J: Ik wens jullie veel succes met die zelfde beker. En vooral de mensen die hem constant gaan gebruiken. Dat ze ook wat te drinken krijgen in die beker, dat dat lukt.

Bezwaren beker

Ik weet het niet, maar die grote beker had geen papier ertussen zoals het hier op die kleinere bekertjes ziet. Dus daar kan ik niks op zeggen. Want die papiertjes omdat ik die zelf niet kan en niet kan bijvullen zelf. Daarom irriteert me dat

En hoe ging dat nu? Ging dat nu minder goed met die rand?

Mevr J: Ja.

En wat zegt dat over die beker. Dat met die beker niet te handelen, niet te drinken viel. Want die beker die was me niet eigen, hoe moet ik het zeggen.

Sjors: Was u het niet gewend om die beker te gebruiken?

Mevr J: Nee

Verbeteringen voor beker

Als u nou iets moest noemen dat aan de beker anders kon, wat zou u dan zeggen.

Mevr J: Een normale mondholte, een normale opening om het drinken in te schenken en een normale drinkfases. Gewoon normaal. Niet zo ik weet niet hoe ik het uit moet drukken.

Sjors: Die rand, bedoelt u dat?

Mevr J: Ja, bijvoorbeeld. Daar beginnen we mee. Want die moet ik naar mijn mond houden begrijp je. Die rand houden.

Vaststellen relevantie

Eerste indruk

Mevr J: Ik vond hem tamelijk kinderlijk.

Sjors: De kleur? Of hoe hij uit zag, de vorm?

Mevr J: Maar toen ik hem in de handen had dacht ik oef, die moet goed zijn.

Sjors: Maar kwam dat door hoe die uit zag, de vorm? Of kwam dat door de kleur?

Mevr J: De kleur was best goed,

Ervaring drinken uit de beker

Sjors: Maar hoe ging het vasthouden van de beker en het gebruiken. Hoe vond u dit gaan?

Mevr J: hij viel me eigenlijk tegen.

Sjors: En wat viel tegen?

Mevr J: Het drinken

Wat zou u ervan vinden als u iedere dag uit deze beker zou drinken?

Mevr J: Nee, alsjeblieft nee. Ik heb liever een normaal glas of een beker met een oor.

Sjors: En kwam dat dan door het oor, dat u die beker niet fijn vindt?

Mevr J: Ook, dat heb je goed geschoten.

Mevr J: Letterlijk en figuurlijk niet. Want ik kreeg geen drinken binnen

Mevr J: Ik wens jullie veel succes met die zelfde beker. En vooral de mensen die hem constant gaan gebruiken. Dat ze ook wat te drinken krijgen in die beker, dat dat lukt.

Bezwaren beker

Sjors: En hoe ging dat nu? Ging dat nu minder goed met die rand?

Mevr J: Ja.

Mevr J: En wat zegt dat over die beker. Dat met die beker niet te handelen, niet te drinken viel. Want die beker die was me niet eigen, hoe moet ik het zeggen.

Verbeteringen voor beker

Sjors Als u nou iets moest noemen dat aan de beker anders kon, wat zou u dan zeggen.

Mevr J: Een normale mondholte, een normale opening om het drinken in te schenken en een normale drinkfases. Gewoon normaal. Niet zo ik weet niet hoe ik het uit moet drukken.

Sjors: Die rand, bedoelt u dat?

Mevr J: Ja, bijvoorbeeld. Daar beginnen we mee. Want die moet ik naar mijn mond houden begrijp je. Die rand houden.

Samenvatting van de fragmenten

Eerste indruk

Ik vond dat de beker een kinderlijk uiterlijk had. Maar, toen ik hem vast had voelde hij goed aan. De kleur was best goed.

Ervaring drinken uit beker

Het drinken uit de beker viel me tegen. Ik drink liever uit een normaal glas of kopje. Het handvat was onprettig. Het lukte me niet goed om iets uit de beker te drinken. Ik hoop dat dit bij andere mensen wel lukt.

Bezwaren Beker

Het drinken ging minder goed door de rand. Ik kon er niet goed mee drinken, ik was er niet aan gewend.

Verbetering voor beker

Wat anders moet aan de beker is: een normale vorm en rand. Want die moet ik tegen mijn mond kunnen houden.

Mening van de cliënt over de My beaker

De antwoorden die beantwoording van de verschillende vragen naar voor kwamen overlappen. Herhaaldelijk kwamen dezelfde punten naar voor. Ik benoem ze in dit hoofdstuk waarbij ik ze toelicht.

Het uiterlijk

Mevr. geeft aan dat ze de beker een kinderlijk uiterlijk vind hebben. Tevens geeft ze aan dat de vorm erg verschilt van een normale beker. Tenslotte geeft ze aan dat ze de kleur niet verkeerd vind. De kleur is volgens mevr. goed. De vorm van de beker lijkt de reden waarom mevr. de beker een kinderlijke uiterlijk vind hebben. Mogelijk zorgt een uiterlijk dat lijkt op een normale mok of kopje erop dat deze als prettiger word ervaren.

Het gebruik

Mevr. geeft aan dat het haar niet lukte om uit de beker te drinken. Ook geeft ze aan dat ze het handvat onprettig vond. Tijdens de observatie uitte mevr. regelmatig dat ze de beker erg zwaar vond. Tevens was zichtbaar dat ze zich erg moest inspannen om de beker naar de mond te brengen. Het lukte haar ook naarmate de dag vorderde minder goed om het mok leeg te drinken. Dit is zichtbaar in de observaties. Er blijft steeds meer drank achter in de beker.

De antwoorden die mevr. geeft passen bij de observaties. Ze was alleen met moeite in staat om de beker goed naar de mond te brengen. Hierbij zal verminderde spierkracht door MS een grote rol spelen. Er werden geen beperkingen waargenomen op het gebied van de handvatten. Mevr. kon deze normaal vasthouden. Mogelijk speelt het niet gewend zijn aan de beker hierbij een rol.

De rand

Mevr. geeft aan dat ze niet goed kon drinken door de rand van de beker. Ze geeft aan dat de rand afwijkt van de rand van normaal servies.

Tijdens de observaties werden geen beperkingen waargenomen met betrekking tot de rand.

Mevr. kon uit de beker drinken wanneer ze deze aan de mond zette. Mogelijk zorgt de vorm en

dikte van de rand ervoor dat het drinken uit de beker anders aanvoelt. Dit kan ervoor zorgen dat patiënten eerst moeten wennen aan het gebruik. Een rand die een standaard/gemiddelde vorm en dikte heeft kan ervoor zorgen dat de overstap naar de my Beaker minder moeite kost. Dit kan met name van meerwaarde zijn bij patiënten met een beperkt aanpassingsvermogen.

Conclusie interviews ouderen

De eerste indruk van de ouderen waren overwegend positief. De meeste ouderen vonden de beker leuk uitzien. Enkele ouderen gaven aan dat ze hem 'apart' of 'een beetje vreemd' vonden en een oudere vond de beker 'tamelijk kinderlijk'.

De ervaring rond het drinken uit de beker waren wisselend. 3 ouderen die normaal gesproken met een aangepaste beker drinken, konden niet goed uit de slimme drinkbeker drinken. Meer zelfstandige ouderen gaven aan dat ze niet graag dagelijks uit de beker zouden willen drinken, omdat zij dit niet nodig achten. Twee ouderen gaven aan de beker graag te willen gebruiken wanneer ze hem nodig zouden hebben.

Een probleem bij het drinken uit de beker was voor twee ouderen dat de opening smal was waardoor ze hem moeilijk helemaal leeg konden drinken. Een van deze ouderen gaf ook aan dat de rand van de beker dan tegen haar neus kwam, welke kwetsbaar is.

Ook gaven twee ouderen iets aan over de smaakbeleving uit de beker, een oudere gaf aan dat de koffie goed smaakte uit de beker, terwijl ze dit niet had gedacht. Een andere oudere gaf aan dat ze de koffie niet zo lekker vond in de beker, in vergelijking met porselein.

Een oudere gaf aan dat ze het een fijne beker vind en dat ze het niet erg vind om hem te gebruiken waar andere mensen bij zijn.

Veel ouderen maakte een vergelijking met hun normale drinkservies. Vooral de ouderen die een aangepaste beker hanteren konden niet goed met de slimme drinkbeker omgaan. De meer zelfstandige ouderen gaven bovenal aan dat de beker voor hen niet anders was dan andere bekers die gebruikt worden. Een oudere gaf echter aan liever een normaal glas of beker met een oor te gebruiken.

Er waren een aantal bezwaren die de ouderen aangaven betreft de beker. Bij de ouderen die een tuitje nodig hadden, viel deze er vaker af. Tevens vonden twee cliënten de beker een beetje of zelfs erg zwaar. Een van deze ouderen moest zich erg inspannend om de beker te kunnen hanteren. Een oudere merkte op dat ze de beker 'niet gezellig' vond, alsof je in het ziekenhuis bent. Ze had liever iets gewoons. Verder gaven twee ouderen aan dat ze de opening van de beker te smal vonden, hierdoor konden ze moeilijk de beker geheel leegdrinken. Een van deze ouderen gaf aan dat de rand dan tegen haar neus kwam, welke kwetsbaar is.

Als grootste voordeel van de beker werd door de ouderen de goede houvast benoemd. De beker is volgens hem gemakkelijk vast te houden, kunt hem vasthouden met een of twee handen. Daarnaast gaven twee ouderen aan dat de beker stevig staat waardoor hij niet makkelijk wordt omgestoten. Een van deze ouderen gaf aan dat men hierdoor ook minder makkelijk morst en dat

je niet snel mis grijpt naar de beker, wanneer je visusproblemen hebt. Een oudere gaf aan dat de beker niet te zwaar is. Tenslotte gaf een oudere aan dat het een voordeel is dat je precies weet wat je drinkt.

Opvallend in het gesprek was dat de meeste geïnterviewde ouderen aangaven dat zij de beker 'niet nodig' hebben. Zij vinden de beker meer geschikt voor mensen die meer hulpbehoevend zijn, die bijvoorbeeld niet zo handig zijn met het vasthouden van een beker, niet in staat zijn zelf te drinken of mensen die met een hand niks kunnen. Ook informeel gaven de meeste ouderen aan dat ze het een mooie oplossing vonden, maar niet voor hen.

Het merendeel van de ouderen gaf aan dat ze de informatievoorziening rondom het onderzoek duidelijk vonden, dat ze goed ingelicht waren over wat er gaat gebeuren. Een oudere gaf aan dat ze de informatiebrief duidelijk vond, terwijl een oudere aangaf dat het lettertype hiervan erg klein was waardoor ze het niet kon lezen.

Voor aanvang waren er een aantal ouderen huiverig om mee te doen aan de testdag, en twijfelde ze over hun deelname. Achteraf gaven de meeste ouderen aan dat ze het leuk vonden om mee te doen. Een oudere gaf aan dat het iets lastiger was dat ze rekening moest houden met het tijdstip van drinken dat er weer gemeten werd door de onderzoekers.

Verder gaven de meeste ouderen aan dat ze de begeleiding van de studenten tijdens het onderzoek erg prettig vonden. Ze vonden dat dit op een vriendelijke manier ging. Een oudere gaf aan dat ze het goed vond dat ze altijd wat kon vragen en altijd duidelijk antwoord kreeg.

Bijlage 13

Richtlijn voor beoordeling bachelor thesis werk- / praktijkbegeleider

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider: Herbert Habets

Zorginstelling: Zuyderland Medisch Centrum

Naam student: Anouk Sijbers

Studentnummer: 1218719

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bachelor thesis geschreven die een daadwerkelijke bijdrage kan leveren aan verbetering van de zorg	Voldaan Toelichting:	Niet voldaan Toelichting:
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
4. De student heeft voor overdracht gezorgd van het traject voor borging en behoud van de verbetering	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Adviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis op de werkvloer¹:

voldoende / niet voldoende (doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam

beoordelaar:.....

Datum:.....

Persoonlijke toelichting (indien gewenst) werk- / praktijkbegeleider:

¹ Indien de werk-/ praktijkbegeleider komt tot een onvoldoende adviesbeoordeling, vraagt de student tijdig uitstel bij de examencommissie aan om vervolgens de benodigde aanpassingen aan te brengen. De thesis wordt daarna opnieuw bij de werk- praktijkbegeleider en school ingediend (eerste kans).

Bijlage 14

Richtlijn voor beoordeling door bachelor thesis docentbegeleider

Zie de handleiding 'Zwart op Wit' als richtlijn voor het schrijven van de literatuurstudie (Blackboard).

Zie voor een concretere invulling van de diverse onderdelen ook de suggesties/opmerkingen in het format bachelor thesis.

Zie voor APA regels de website van de bibliotheek: informatievaardigheden <http://bibliotheek.zuyd.nl/index.jsp?search=35&content=35&more=false&searched=true&query=apa-norm>

Naam student: Anouk Sijbers

Studentnummer: 1218719

Naam docentbegeleider (1^e beoordelaar): Saskia Duymelinck

Datum beoordeling: 25-05-2016

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's (het maximaal aantal pagina's is exclusief blanco paginadelen aan het eind van het hoofdstuk) Bij het aantal pagina's telt mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie en aanbevelingen. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelor thesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn. <u>Inhoud: Maximaal punten 90</u> Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelor	Toegekende punten: 6 Feedback: Alle onderdelen zijn aanwezig. Af en toe worden er woorden in een zin vergeten of staat er een woord dubbel in waardoor de zin minder goed leesbaar is. Dit komt vooral in de latere hoofdstukken voor. Toegekende punten: 2 Feedback: samenvatting is niet compleet. Je benoemd bijv dat er aandachtspunten

thesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.	zijn maar benoemd niet welke. In een samenvatting is dit wel van belang om concreter resultaten aan te geven.
Voorwoord: Maximaal 2 punten Voorwoord is persoonlijk. Geeft inzicht in de positionering van de thesis (opleiding, in kader waarvan geschreven) en bevat een dankwoord.	Toegekende punten: 2 Feedback: prima
Inleiding: Maximaal 10 punten Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven. Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.	Toegekende punten: 8 Feedback: inleiding is iets te lang. Doelen zijn goed uitgelegd. Probleemstelling is helder vanuit literatuur en praktijk beschreven. Goed gekeken naar het project.
Implementatiemodel : Maximaal 2 punten De stappen van het implementatiemodel komen impliciet terug in het rapport (bijvoorbeeld als inleidend paragraafje van een hoofdstuk)	Toegekende punten: 2 Feedback: Stappen van G en W komen aan het begin van ieder hoofdstuk terug.
Onderwerp keuze: Maximaal 3 punten De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven en wordt geconcretiseerd in een onderbouwd voorstel tot veranderen. Een aantal concrete doelen op outcome (patiënt) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.	Toegekende punten: 3 Feedback: voor onderbouwing keuze onderwerp is goede literatuur gekozen en gekeken naar verschillende bronnen.
Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten <i>Methode</i> De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. <i>Resultaten</i>	Toegekende punten: 8 Feedback: Methode is goed en helder uitgelegd. Keuzen voor methoden worden onderbouwd. Na de conclusie komt nog een stuk tekst met nieuwe informatie.

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. Conclusie De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.	Bij analyse geef je aan de beschreven methode van Baarda. Dit suggereert dat Baarda de methode heeft ontworpen. Is beschreven in Baarda. Bij de uitwerking van de interviews staat bij de geriater dat deze al bekend is met de beker. Dit kan als gevolg hebben dat de wenselijke situatie daardoor beïnvloed wordt. Dit zou in de discussie terug kunnen komen.
Analyse feitelijke zorg : Maximaal 8 punten Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. Conclusie Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: 6 Feedback: Methode is helder beschreven. Bij resultaten zijn de interviews helder uitgewerkt. De observatie helder beschreven. Conclusie is vooral een korte beschrijving van de feitelijke situatie. Is een antwoord op je deelvraag maar is niet een echte conclusie. Na de conclusie komt er nog een stuk tekst. Dit is verassend omdat er eerst een halve witpagina tussen zit. Dit is ook het geval met de pagina erna. Geformuleerde doelen zijn soms wat lang en niet allemaal duidelijk gekoppeld aan wenselijk en feitelijke situatie. Wenselijke en feitelijke situatie is vooral gericht op het meten, de doelen ook op kennis.
Probleemanalyse doelgroep en setting : Maximaal 7 punten Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. Conclusie Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: 5 Feedback: Methode is helder beschreven. Resultaten: setting goed ingezoomd op west 52. Jammer dat hier niet benoemd wordt dat het ziekenhuis een senior friendly ziekenhuis is. Komt later wel terug. Het team wordt aan de hand van Rogers beschreven. Sommige punten mogen concreter bijvoorbeeld een kleine groep. Wat is een kleine groep in dit geval. 2 personen? Onduidelijk is of de teamleiding tijdens het interview het team heeft ingedeeld volgens Rogers of dat jij dit na aanleiding van het interview zelf hebt gedaan. heldere uitwerking van de belangen en doelen

Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Implementatieplan: Maximaal 5 punten

Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).

Evaluatie: Maximaal 10 punten.

Methode

De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven.

Resultaten

Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

van de betrokkenen. Op welke wijze heb je deze verkregen?

Beïnvloedende factoren mooi uitgewerkt en herkenbaar uit eerdere hoofdstukken.

Toegekende punten: 7

Feedback:

Bij methode zet je brainstorm bij reslutaten EPOC. EPOC is ook een indelingsmethode dus zou bij methode beschreven worden.

Fase die beschreven worden gebruik je vaker zie voorgaande uitleg. Geef dan ook aan bij punt ... anders moet je steeds zoeken waar.

Bij behoud staat interpretatie van eigen systeem volgens mij kun je dit in deze fase nog niet weten maar komt dit uit evaluatie van de pilot. Er staan meer aanbevelingen ipv wie wordt kartrekker, wanneer worden zaken bijvoorbeeld geevalueerd etc.

Toegekende punten: 5

Feedback:

Uitleg van de pilot is helder beschreven. Duidelijk aangegeven wie depersonen zijn die erbij worden betrokken.

Overzicht van taken is heel mooi uitgewerkt.

Toegekende punten: 7

Feedback:

Methode van Baarda? Beschreven in Baarda denk ik dat je bedoeld. Bij resultaten begin je in het eerste stukje over wat er beschreven. Je begint met uitleg over 6.2 en 6.3. 6.1 wordt overgeslagen.

6.2.1. is lastig bechreven wat je precies bedoeld (laatste zin met name). Er wordt evaluatie beschreven erna komt kopjeprocesevaluatie. Ik begrijp wat je wilt zeggen maar het staat er niet helder.

Resultaten staan beschreven maar lopen soms wat door elkaar. Item wordt benoemd en komt erna nog een keer terug (beker wordt zwaar gevonden, niet zwaar gevonden)

**Conclusie, discussie aanbevelingen:
Maximaal 10 punten**

Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.

**Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden:
Maximaal 8 punten**

Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model.

Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.

Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel.

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Toegekende punten:7

Feedback:

Conclusie: er staat in de conclusie meer dat de beker wordt ingezet en waarvoor. Er wordt niet ingegaan op welke wijze terwijl dit wel de vraag was. Je zou dit kunnen halen uit de pilot.

Discussie:

1^e punt is geen discussiepunt maar meer een verantwoording.

2^e punt is een goed punt (verpleegkundige).

Aanbevelingen: 1^e aanbeveling lijkt iets dat is besloten ipv een aanbeveling.

Overige aanbevelingen zijn mooi geformuleerd.

Toegekende punten:8

Feedback:

Gedurende je BT heb je veel zelfstandig gewerkt. Problemen waar je tegenaan liep probeerde je zelf op te lossen of besprak je.

Je verslag geeft een heel goed beeld wat je hebt geleerd en hoe je met je proces bezig bent geweest. Een proces om trots op te zijn !

Zoekstrategie en verantwoording goed uitgewerkt.

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer 7,6..... (1^e beoordelaar)

Eventuele opmerkingen:

Handtekening 1^e beoordelaar:

Datum:

Bijlage 15

Richtlijn voor beoordeling bachelor thesis door 2^e beoordelaar

Zie voor een concretere invulling van de diverse onderdelen ook de suggesties/opmerkingen in het format bachelor thesis.

Zie voor APA regels de website van de bibliotheek: informatievaardigheden

<http://bibliotheek.zuyd.nl/index.jsp?search=35&content=35&more=false&searched=true&query=apa-norm>

Naam student: Anouk Sijbers

Studentnummer: 1218719

Naam 1^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Naam 2^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's (het maximaal aantal pagina's is exclusief blanco paginadelen aan het eind van het hoofdstuk) Bij het aantal pagina's telt mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie en aanbevelingen. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelor thesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn. <u>Inhoud: Maximaal punten 90</u> Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten	Toegekende punten: Feedback: Toegekende punten:

De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelor thesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.

Feedback:

Voorwoord: Maximaal 2 punten

Voorwoord is persoonlijk. Geeft inzicht in de positionering van de thesis (opleiding, in kader waarvan geschreven) en bevat een dankwoord.

Toegekende punten:

Feedback:

Inleiding: Maximaal 10 punten

Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven. Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Implementatiemodel : Maximaal 2 punten

De stappen van het implementatiemodel komen impliciet terug in het rapport (bijvoorbeeld als inleidende paragraafje van een hoofdstuk)

Toegekende punten:

Feedback:

Onderwerp keuze: Maximaal 3 punten

De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven en wordt geconcretiseerd in een onderbouwd voorstel tot veranderen. Een aantal concrete doelen op outcome (patiënt) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten

Toegekende punten:

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Feedback:

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.

Analyse feitelijke zorg : Maximaal 8 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

**Probleemanalyse doelgroep en setting :
Maximaal 7 punten**

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Toegekende punten:

Feedback:

Feedback:

Toegekende punten:

Feedback:

Resultaten

Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Implementatieplan: Maximaal 5 punten

Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).

Toegekende punten:

Feedback:

Evaluatie: Maximaal 10 punten.

Toegekende punten:

Methode

De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven.

Feedback:

Resultaten

Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten

Toegekende punten:

Feedback:

Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.

Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten

Toegekende punten:

Feedback:

Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model.

Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen,

communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.

Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel.

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Beoordeling bachelor thesis:

1^e beoordelaar:

2^e beoordelaar:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelor thesis =

Eventuele opmerkingen:

Het punt voor de bachelor thesis moet minimaal een 5,5 zijn, voordat de student de eindpresentatie en de onderbouwing van de thesis in de praktijk mag uitvoeren. Hierbij de is beoordeling van de 2^e beoordelaar meegenomen.

Voor de eindpresentatie en onderbouwing in de praktijk (beoordeeld door 1^e beoordelaar/docentbegeleider in overleg met de praktijk) kan de student een punt halen op een schaal van 0-10 punten. Het behaalde cijfer dient een voldoende te zijn en hierna gaat de beoordeling van de bachelor thesis naar Bureau Onderwijs. De student heeft dan een apart cijfer voor de bachelor thesis en een apart cijfer voor de presentatie.

Handtekening 1^e beoordelaar:

Datum:

Handtekening 2^e beoordelaar:

Datum:

Bijlage 16

Richtlijn voor beoordeling bachelor thesis presentatie

Naam docentbegeleider (eindbeoordelaar):

Naam werk-/praktijkbegeleider (advies):

Datum beoordeling:

Naam student(en): Anouk Sijbers

Studentnummer: 1218719

Feedbackschema mondelinge presentatie:

Criteria	Toelichting
Inleiding: Agenda/structuur van de presentatie	
Informatieoverdracht inhoud: Begrijpelijk voor toehoorders Sluit aan bij doel/onderwerp Is informatie bruikbaar/toepasbaar? Logische opbouw (inleiding, inhoud, conclusies / aanbevelingen)	
Proces: Interactie met toehoorders, (visueel, verstaanbaar) Adequaat ingaan op vragen toehoorders Juist gebruik van middelen (versterken de inhoud) In acht nemen van de tijd (30 min presenteren, 10 min vragen) Duidelijke afsluiting	
Bronverantwoording:	

Bron aangeven waar nodig Kritisch gebruik van bronnen	
Eindbeoordeling (voldaan/ niet voldaan)	

Bron: Masteropleiding Nurse practitioner (mANP), Zuyd Hogeschool Heerlen.

Let op: de beoordeling van de thesis, zonder presentatie, dient minimaal een 5,5 te zijn om de presentatie te mogen doen. De beoordeling van de thesis wordt pas gefiatteerd voor Bureau Onderwijs als de presentatie voldaan is.

Bijlage 17

Voorstel Bachelor thesis

Student: Anouk Sijbers

Studentnummer: 1218719

Docentbegeleider: Saskia Duymelinck

Tweede beoordelaar: Frank Duijzings

Onderdeel	Uitwerking student
Voorbereiding Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	Stagebegeleider Herbert Habets zal mijn leerproces en bachelorthesis begeleiden en beoordelen. Eens in de twee weken zal een bespreking plaatsvinden met de stagebegeleider waarbij de gelegenheid is om vragen te stellen en zaken zoals de voortgang omtrent de implementatie te bespreken. Daarnaast is hierbij de gelegenheid om feedback te geven op de stukken die al af en ingeleverd zijn bij de stagebegeleider. Docentbegeleider Saskia Duymelinck zal mijn leerproces en bachelor thesis begeleiden en beoordelen. Bij vragen over de thesis kan ik bij haar terecht. Tijdens de terugkomdagen zal de voortgang van het implementatieproject worden besproken. Deelnemers projectgroep Smart Mug, met name Erik Janssen en Magda van Gastel zullen mij begeleiden ondersteunen bij het implementatieproces omdat zij het meest betrokken zijn bij dit project. Zij zullen hun verwachtingen naar mij uitspreken en mij van informatie verschaffen over het project zodat ik mijn implementatie hierop kan laten aansluiten. De teamleider van de afdeling Geriatrie, waar uiteindelijk een pilot zal plaatsvinden van de smart mug, zal mij kunnen ondersteunen door het faciliteren van vergaderingen of bijeenkomsten van het team waar ik mijn vragenlijsten/focusinterview zal toepassen. Daarnaast is

	het van belang dat de teamleden op de afdeling de tijd krijgen om mee te werken aan de voorbereiding van de pilot en om mee te werken aan onderzoeksmethoden zoals enquêtes en interviews. Daarnaast zal ik ook een interview willen voeren met de teamleider. De verpleegkundigen en voedingsassistenten op de afdeling geriatrie, waar de pilot uiteindelijk zal plaatsvinden kunnen mij ondersteunen door het verschaffen van informatie over de feitelijke situatie via de gekozen onderzoeksmethode. Daarnaast zullen zij actief meewerken met de pilot. Mijn peerassessor Ellen de Kreij zal mij ondersteunen bij de implementatie door met mij te sparren over mogelijke knelpunten. Daarnaast zal zij tijdig mijn stukken van feedback voorzien, waarover wij onderling afspraken zullen maken. Mijn klasgenoten ondersteunen mij bij het implementatietraject door mij te helpen met het bedenken van oplossingen voor eventuele knelpunten. Tijdens de terugkomdagen zal de voortgang van het implementatieproject worden besproken en is er tijd om vragen te stellen. Cliënten en mantelzorgers zullen betrokken worden bij de implementatie. Zij zullen een significante rol spelen bij de pilot, plaatsvindend bij Sterrebosch te Thorn, onderdeel van Proteion. Cliënten zullen de smart mug gebruiken en mantelzorgers zullen hen hier wellicht bij moeten ondersteunen.
Titel Zorg dat de voorlopige titel past bij de inhoud van de thesis. Eventueel titel met ondertitel.	Metten is weten: het meten van vochtintake bij ouderen om dehydratie te voorkomen.

Inleiding Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk. Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelor thesis. Als je een implementatie doet, laat dit dan ook blijken uit de hoofdvraag. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen kunnen maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.	Nederland telde in 2014 ruim 2,9 miljoen 65-plussers (17,3% van de bevolking). Dit aantal zal de komende jaren blijven stijgen. In 2060 is 26% van de bevolking 65+, dat zijn 4,7 miljoen mensen (CBS, 2014). In 2010 was ongeveer 35 procent van de ziekenhuisopnames patiënten ouder dan 65 jaar en gezien de demografische ontwikkelingen zal dit percentage alleen maar stijgen (CBS, 2013). Het ziekenhuis vervult dus een belangrijke rol bij het verlenen van behandeling en zorg aan ouderen bij verschillende gezondheidsproblemen. Op jaarbasis wordt meer dan de helft van de 70-plussers in ziekenhuizen opgenomen in een gedehydrateerde toestand of zelfs met dehydratie als hoofddiagnose (Schim van der Loeff- van Veen, 2012). In hitteperiodes stijgt het aantal ouderen met dehydratie nog meer. De mortaliteit bij dehydratie is erg hoog en kan oplopen tot 50%, indien er niet adequaat gehandeld wordt (van Duinen, 2013). Te weinig drinken kan ernstige gevolgen hebben, zoals meer kans op pneumonie en urineweginfecties, obstipatie, vermoeidheid, meer kans op bijwerkingen van medicatie, bewustzijnsdaling en delier (de Nijs, et al., 2010). Wotton, et al. (2008) geeft aan dat dehydratie omkeerbaar en voorkombaar is wanneer het vroeg gesignaleerd wordt, waarbij de verpleegkundige een cruciale rol speelt. Een belangrijk onderdeel van het voorkomen en de behandeling van dehydratie is het meten van de vochttoestand. De vochttoestand wordt vaak gemeten door het bijhouden van een vochtlijst of door dagelijks wegen. Het bijhouden van een vochtlijst gebeurt echter vaak onnauwkeurig waardoor de mate van (de)hydratie niet goed zichtbaar wordt (Shepherd, 2011). Ook in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard, worden de ingeschonken hoeveelheden vocht geschat op
---	--

	basis van de maat van de beker, en de hoeveelheid vocht die niet is opgedronken door de patiënt wordt geschat. Deze geschatte hoeveelheden worden dan ingevuld op de vochtlijst. Er is in Limburg door Erik Janssen een slimme drinkbeker/ smart ontwikkeld die meet hoeveel vocht in de beker gaat, en wat eruit gaat. Met de beker zal de vochtintake naar verwachting nauwkeuriger worden gemeten en zal het voor verzorgenden en verpleegkundigen waarschijnlijk makkelijker zijn een vochtbalans bij te houden. De smart mug is een nieuwe innovatie en zal voor het eerst getest worden in de zorgpraktijk. Als student zal ik betrokken zijn bij de uitvoer van een pilot met de smartmug binnen zorgcentrum Sterrebosch (Proteion) en de voorbereiding van een pilot binnen het Zuyderland Medisch Centrum. In dit implementatieproces zijn er verschillende doelen, omdat het een combinatie is met een bestaand project. Het doel van het de inzet van de smart mug is om nauwkeurig de vochtintake te meten, om dehydratie te signaleren en voorkomen bij ouderen in het ziekenhuis. Het doel van de pilot is de validiteit en bruikbaarheid van de smart mug bij ouderen te testen. Het doel van het implementatieproces is om de medewerkers op de afdeling adequaat te laten omgaan met de smart mug, waardoor het doel van de inzet van de smart mug behaald kan worden. De hoofdvraag hierbij luidt: Op welke wijze kan de smart mug ingezet worden om de vochtintake nauwkeurig te
--	--

	meten bij ouderen in Zuyderland Medisch Centrum Sittard? Deelvragen: 1. Wat is de wenselijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis? 2. Wat is de feitelijke situatie rondom het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis? 3. Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er bij de implementatie van de smartmug? 4. Welke interventies/strategieën dragen bij aan het meten van de vochtintake, met behulp van de smart mug? 5. Op welke wijze wordt de pilot uitgevoerd? 6. Op welke wijze wordt de implementatie geëvalueerd?
De stappen van Grol en Wensing Beschrijf kort de stappen van Grol en Wensing en waarom je kiest voor dit model.	Overslaan vlgs Saskia
Voorstel voor verbetering: Keuze van het onderwerp Beschrijf de keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk.	Een belangrijk onderdeel van het voorkomen en de behandeling van dehydratie is het meten van de vochttoestand. De vochttoestand wordt vaak gemeten door het bijhouden van een vochtlijst of door dagelijks wegen. Het bijhouden van een vochtlijst gebeurt echter vaak onnauwkeurig waardoor de mate van (de)hydratie niet goed zichtbaar wordt (Shepherd, 2011). Het is in de praktijk algemeen bekend dat deze vochtlijsten niet altijd even precies worden ingevuld. Uit de praktijk blijkt ook dat het nauwkeurig bijhouden van de vochtintake een arbeidsintensieve taak is. Ook op de afdeling geriatrie in het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard, worden de ingeschonken hoeveelheden vocht geschat op basis van de maat van de beker, en de

	hoeveelheid vocht die niet is opgedronken door de patiënt wordt geschat. Deze geschatte hoeveelheden worden dan ingevuld op de vochtlijst. Daarnaast ziet men op de afdeling vaak gedehydrateerde patiënten. Hieruit blijkt tevens de ernst van het probleem vanuit de praktijk.
Wenselijke situatie Methode Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze (methode). bv. middels een literatuurstudie, werkbezoeken, interviews.	Om de wenselijke situatie in kaart te brengen zal er een literatuurstudie over dehydratie bij ouderen worden verricht. Hierin zal aan bod komen hoeveel ouderen horen te drinken, hoeveel ze in realiteit drinken, waarom ze een verhoogd risico op dehydratie hebben en wat hieraan gedaan kan worden. Daarnaast zullen er interviews plaatsvinden met inhoudsdeskundigen, zoals een geriater en een voedingsdeskundige/diëtiste om in kaart te brengen wat van belang is bij het meten van de vochtintake bij ouderen in het ziekenhuis en het voorkomen van dehydratie. Tijdens deze interviews zal ook de ontwikkeling van de smart mug aan bod komen, om de inhoudsdeskundigen te bevragen op hun mening over de potentie van de smart mug.
Analyse feitelijke zorg Methode Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.	Om de feitelijke situatie in kaart te brengen wordt een participerende observatie van de ondersteuning bij vochtintake uitgevoerd op basis van een observatielijst. Er zal worden meegelopen op de afdeling om te kijken hoe de vochtintake bij patiënten wordt gemeten en welke interventies worden genomen om dehydratie te voorkomen. Daarnaast zal er een enquête/focusinterview plaatsvinden met de medewerkers op de afdeling (de verpleegkundigen en voedingsassistenten) om te bespreken hoe de vochtintake bij patiënten wordt gemeten en welke interventies worden genomen om dehydratie te voorkomen.

	Tenslotte zal er een analyse plaatsvinden van de verschillen tussen de wenselijke en feitelijke situatie in kaart te brengen, om hier vervolgens in een latere stap, interventies op in te zetten.
Probleemanalyse doelgroep en setting Methode Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in kaart gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.	De doelgroep en setting wordt in kaart gebracht door participerende observatie o.b.v. een observatielijst, gericht op de rollen van Rogers en een interview met de teamleider. De doelgroep wordt daarna beschreven aan de hand van het innovatietheorie model van Rogers (innovators, early adopters, early majority, late majority en laggards). De bevorderende en belemmerende factoren worden in kaart gebracht door middel van een semigestructureerd interview met de teamleider en een enquête/focusinterview met de medewerkers op de afdeling. Het onderwerp de smart mug komt hierbij ook aan bod om dit te introduceren bij de afdeling. Uit de reacties en vragen over de smart mug vloeien wellicht belemmerende/bevorderende factoren voort.
Strategieën en interventies Methode Beschrijf in de methode hoe je tot de strategieën en interventies komt (bijv.	Door middel van een brainstorm met de projectgroep, met mij als voorzitter, zullen strategieën en interventies aan bod komen die nodig zijn om de implementatie van de smartmug te realiseren.

gesprekken met begeleiders een expert en/of leidinggevend(en). Gebruik een model om de strategieën te beschrijven (bijv. EPOC uit Grol en Wensing, 2011). Onderbouw de keuzes en indelingen. Beschrijf in hoeverre je kunt inschatten een en ander in een pilot te kunnen uitproberen.	De smart mug wordt besproken in het focusinterview/enquête over de feitelijke zorg en bevorderende en belemmerende factoren. De smart mug komt hierbij ook aan bod om dit te introduceren bij de afdeling. Uit de reacties en vragen over de smart mug vloeien wellicht ook belemmerende/bevorderende factoren voort. Hier zullen passende strategieën op worden ingezet. Het model gekozen om strategieën te beschrijven is EPOC. Deze worden opgedeeld in professionalgerichte interventies, financiële interventies, organisatorische interventies en wettelijke maatregelen. De keuze voor dit model is gemaakt omdat de indeling voor de bevorderende en belemmerende factoren (individuele, sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren) hier het beste bij aansluit. Daarnaast is dit momenteel het best onderzochte en gebruikte model. Als student zal ik betrokken zijn bij de uitvoer van een pilot met de smartmug. Omdat de projectvoortgang gewijzigd is, is het niet mogelijk om de pilot al in het Zuyderland Medisch Centrum te laten plaatsvinden. Om toch mijn bijdrage te leveren aan het project en ervaring te krijgen met het uitvoeren van een pilot, zal ik meewerken aan een pilot bij zorgcentrum Sterrebosch te Thorn. Deze pilot zal eerst moeten plaatsvinden voordat er een pilot in het ziekenhuis kan plaatsvinden, omdat de validiteit en bruikbaarheid van de smart mug logischerwijs eerst in een minder complexe situatie zal moeten worden getest bij minder complexe zorgvragers. Het doel van de pilot is de validiteit en bruikbaarheid van de smart mug bij ouderen te testen. De scores m.b.t. de vochtintake gemeten met de smart mug worden vergeleken met 1) de scores van de ‘koperen standaard’, namelijk
--	---

	handmatige vochtregistratie en 2) door de geobserveerde werkelijke vochtinname (door student). Daarnaast zal door interviews met de ouderen en verzorgenden informatie verzameld worden over hun ervaringen met het gebruik van de beker en het invoeren van gegevens in het programma: de hanteerbaarheid en usability.
Borging en behoud Beschrijf hoe je verwacht het verbetertraject over te dragen en te borgen.	Het verbetertraject is van tijdelijke duur, omdat het gekoppeld is aan een project en pilot van een technologische ontwikkeling. Het is de vraag of de smart mug na validatie uiteindelijk ook werkelijk zal worden ingezet op de afdeling geriatrie om vochtintake te meten. Desalniettemin worden de strategieën die effectief bleken tijdens de pilot bewaard en overgedragen naar de projectgroep. De projectgroep zal dan wellicht deze strategieën aanbevelen bij kopers van de smartmug, om de implementatie op die afdeling te vergemakkelijken. Het implementatieproject binnen het Zuyderland Medisch Centrum Sittard zal overgedragen worden op Herbert Habets, die werkzaam is binnen het ziekenhuis en lid is van de projectgroep.
Evaluatie Methode Beschrijf de evaluatiemethoden (proces en/ of product) die je wilt gebruiken of die je adviseert.	Het implementatieproject wordt op verschillende manieren geëvalueerd. Na de voorbereidingsperiode van de pilot zal er in het team op de afdeling geriatrie van het Zuyderland Medisch Centrum een mondelinge evaluatie plaatsvinden waarbij het proces van de voorbereiding op de pilot wordt besproken. Nadat de pilot heeft plaatsgevonden zal ik als student informeren of de voorbereiding toereikend was voor het team en hoe de pilot is verlopen. Daarnaast zal de productevaluatie plaatsvinden door middel van interviews met ouderen en verzorgenden tijdens de pilot over de bruikbaarheid en hanteerbaarheid van de smartmug, uitgevoerd op Sterrebosch te Horn,

	onderdeel van Proteion. Daarnaast zal met de projectgroep ook een mondelinge evaluatie plaatsvinden. De evaluatie van het team en de productevaluatie zal hierbij ook aan bod komen.
Literatuurlijst en bronnen Volg de APA-regels.	Literatuur CBS. Giesbers, H., Verweij, A., de Beer, J. (2012). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? Geraadpleegd op 12-10-2015 http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/ CBS. (2013) Ziekenhuisopnamen; herkomst, geslacht en leeftijd. Geraadpleegd op 27-10-2015 http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=S&LNL&PA=71566NED&D1=0&D2=0&D3=0%2c15-16&D4=0&D5=1&D6=1&HD=151026-1202&HDR=G4%2cT%2cG5&STB=G1%2cG3%2cG2 de Nijs, E.J.M. , de Graeff, A., Kuyper M.B. & Krol, R.J.A. (2010). Dehydratie en vochttoediening. Oncoline. Geraadpleegd op www.pallialine.nl/.../Dehydratie%20en%20vochttoediening/RichtlijnDehydratieenvochttoediening Sangers, M., et al. (2008). "Hoe ouderen een ziekenhuisopname beleven. Nursing (11). Geraadpleegd op 12-10-2015. http://www.nursing.nl/PageFiles/9962/2008,%2011-12-56%20Hoe%20ouderen%20een%20ziekenhuisopname%20beleven.pdf Schim van der Loeff- van Veen, R.J. . (2012). <i>Geriatric: Basiswerken Verpleging en Verzorging</i>. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

	Sheperd (2011) geciteerd door Campbell, N. (2011). "Dehydration: why is it still a problem?" <i>Nursing times</i> 107(22): 12-15 14p. van Duinen, J. (2013). <i>Water: Informatorium Voor Voeding En Diëtetiek</i>. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum Wotton, K., Crannitch, K., & Munt, R. (2008). Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults. <i>Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession</i>, 31(1), 44-56.
--	---