



VOORDAT JE GAAT

Een implementatieadvies voor palliatieve zorg op de longafdeling van Zuyderland Medisch Centrum.

Before you leave

An advice for the implementation of palliative care on the lung ward in Zuyderland Medical Centre.

A. M. H. J. R. Ermans
1402536
HBO-V
Faculteit Gezondheidszorg
Zuyd Hogeschool te Heerlen
Docent: Philo Logister
Tweede beoordelaar: Gerrie Bours
Stageplek: Zuyderland MC, West 42
Opleidingsfunctionaris: Ginny Snippe
Werkbegeleiders: Anniëk Segers en Lonneke van Griensven
Stageperiode: 10-09-2018 t/m 07-06-2019
Inleverdatum: 24-5-2019

Op dit moment ben ik bezig met het vierde en tevens laatste jaar van de opleiding HBO-Verpleegkunde op Zuyd Hogeschool te Heerlen. Deze opleiding volg ik in de voltijd variant. Tijdens mijn afstudeerstage loop ik stage op afdeling West 42 in het Zuyderland Medisch Centrum, vestiging Sittard-Geleen. Dit is een longgeneeskunde/cardiologie leerafdeling. Deze afstudeerstage, oftewel differentiatie 4, loopt van 11 februari 2019 t/m 6 juni 2019 en tijdens deze stage ben ik 24 uur per week werkzaam als stagiaire op de eerdergenoemde afdeling.

Op west 42 zijn 31 eenpersoonskamers, waarvan er 17 kamers beschikbaar zijn voor longpatiënten en 14 kamers voor cardio patiënten, waarbij ook een constante hartbewaking mogelijk is. Omdat deze afdeling een leerafdeling is, krijgen de leerlingen dagelijks bepaalde taken toebedeeld Denk hierbij onder andere aan het indelen van de pauzes, het bijvullen van de kastjes, maar ook het coördineren van het evaluatiemoment aan het einde van de dag. Ook het verdelen van de zorgonderdelen gebeurt door de leerlingen, de afdeling wordt zoveel mogelijk door de leerling draaiende gehouden.

Deze bachelor thesis zal gaan over het implementeren van een verbeterplan en wordt geschreven in de rol van ontwerper en beroepsoefenaar, volgens de beroepscompetenties van Pool. In deze thesis is ervoor gekozen meer inzicht te krijgen in de wenselijke en feitelijke kwaliteit van zorg bij het onderwerp: Palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten. Uit de verkregen inzichten is een verbeterstrategie opgesteld geworden voor de afdeling.

Vooraf aan dit verslag wil ik graag als eerste dank uit willen spreken aan mijn collega's op de afdeling, die mij gedurende mijn stageperiode ondersteund en geïnformeerd hebben vanuit de praktijk. Vervolgens wil ik de volgende personen persoonlijk bedanken voor hun tips en feedback op het verslag: Anniek Segers, Lonneke van Griensven (stagebegeleiders) en Ginny Snippe (opleidingsfunctionaris). Ook wil ik graag de teamleidster van west 42, de longartsen en het palliatief team van Zuyderland Medisch Centrum bedanken voor de interviews die ik heb mogen afnemen (wegens privacy beleid blijven deze personen anoniem).

Als laatste wil ik graag de volgende personen van Hogeschool Zuyd bedanken: Rick Krutzen (peerassessor), mijn klasgenoten van VO421, Philo Logister (mentor) en Gerrie Bours (tweede beoordelaar) voor de feedback op dit verslag en de ondersteuning tijdens de opdracht.

Annemieke Ermans
Guttecoven, 03 – 05 – 2019

Samenvatting

Jaarlijks overlijden er ongeveer 13.000 mensen aan een niet oncologische longziekte. Bijvoorbeeld denkende aan COPD, astma, influenza of een pneumonie. Een groot deel van deze mensen overlijdt in het ziekenhuis, anderen bijvoorbeeld thuis of in een hospice. Voor de mensen die overlijden in het ziekenhuis, bijvoorbeeld op afdeling west 42 van Zuyderland MC, wordt er in de meeste gevallen palliatieve zorg verleend. Palliatieve zorg is de zorg die verleend wordt aan patiënten en hun naasten in de laatste levensfase om zo nog zoveel mogelijk kwaliteit van leven te kunnen bieden. Het is van belang om deze palliatieve zorg goed te organiseren, zodat de patiënten nog een zo goed mogelijke laatste levensfase hebben.

De probleemstelling op de afdeling, long-cardio, is dat de palliatieve zorg voor de niet oncologische longpatiënten niet altijd duidelijk geregeld is. De verpleegkundigen op de afdeling geven aan dat dit kan komen door het te laat afspreken van een palliatief beleid, een tekort aan kennis en een te hoge werk-tijdsdruk. De verpleegkundigen geven aan hier graag nog verbetering in te zien.

De doelstelling die hieruit volgt is om inzicht te krijgen in de wenselijke en feitelijke situatie rondom de palliatieve zorg van niet oncologische longpatiënten, om hier adviezen te kunnen geven. Dit leidt tot de volgende hoofdvraag: 'Wat is de beste methode om palliatieve zorg voor longpatiënten op de long/cardio afdeling van het Zuyderland MC in Sittard-Geleen volledig te optimaliseren waardoor het welzijn van de patiënt verbeterd?'

Om de hoofdvraag te beantwoorden is er een enquête uitgezet onder het verplegend personeel van west 42, interviews gedaan met drie longartsen, een medewerker van het palliatieve team en de teamleidster van west 42 en is er een literatuurstudie gedaan. Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van boeken uit eigen beheer, de bibliotheek 'Hogeschool Zuyd', Google Scholar, Google Books, DIZ zoekmachine en springerlink. Dit met de volgende zoektermen: 'longziekten', 'longaandoeningen', 'palliatieve zorg', 'lung diseases', 'palliative care', 'end of life care' en 'lungcare'.

De belangrijkste resultaten zijn dat er vaak te laat een beleid besproken wordt met de patiënt en diens naasten, dat er onduidelijkheden zijn in de communicatie tussen verschillende disciplines en dat de verpleegkundigen een tekort in kennis hebben over de volledige palliatieve zorg. De voornaamste voorgestelde interventies zijn dan ook om de verbetering in communicatie naar de patiënt en diens naasten, maar ook tussen verschillende disciplines te stimuleren en de verpleegkundigen meer handvaten aan te reiken over het geven van palliatieve zorg.

Concluderend na het onderzoek kan worden vastgesteld dat er momenteel nog geen optimale palliatieve zorg geleverd wordt op afdeling west 42 van Zuyderland MC.

Abstract

Every year around 13.000 people pass away due to a not oncology related lung disease, for example, COPD, asthma, influenza and pneumonia. Most of those people die in a hospital, others at home or in a hospice. The nurses make sure they start palliative care for the people that spend the last moments of their life in a hospital, like on ward 42 in Zuyderland MC. Palliative care is given to patients and their relatives in the last moments of their lives, to ensure the quality of life. It is important for those patients that the palliative care is organised properly, so the last phase of their lives is as qualitatively good as it can be.

The issue on ward 42, lung-cardio, is that the palliative care isn't always as organised as it should be for non-oncology related lung patients. The nurses on this ward say that the problems are that the careplan for palliative care is mostly started too late, a shortage on knowledge and a high work/time pressure. The nurses also say that it is extremely important that this changes.

The goal that result from this is to get insight in the desirable and actual situation in palliative care for non-oncology related lung patients. So that eventually advice can be given to the nurses. This results in the following main question: 'What is the best method to optimize the palliative care for non-oncology related lung patients on the lung-cardio ward in Zuyderland MC?'.

To answer this question the nursing staff were asked to complete a survey. Furthermore, three doctors, specialised in lung diseases, the palliative team and the team leader from ward 42 were interviewed and a literature study has been done. For this study, privately owned books and books from the library 'Hogeschool Zuyd' have been used. Information has also been searched in Google Scholar, Google Books, DIZ zoekmachine and springerlink with the following terms: 'longziekten', 'longaandoeningen', 'palliatieve zorg', 'lung diseases', 'palliative care', 'end of life care' and 'lungcare'.

The most important results are that the careplan for palliative care is discussed too late with the patient and their family, the communication between different disciplines is unclear and nurses don't have enough knowledge about palliative care. The main suggested interventions are to stimulate improvement in communication with the patient and their family and between different disciplines and to give the nurses more information about the best way to provide palliative care.

From all this can be concluded that at this moment the palliative care at ward 42 in Zuyderland MC is not offered optimal.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting.....	2
Abstract	3
Inleiding.....	7
<i>Aanleiding.....</i>	<i>7</i>
<i>Doel- en vraagstelling.....</i>	<i>8</i>
<i>Methodiekbeschrijving</i>	<i>8</i>
<i>Leeswijzer</i>	<i>9</i>
Hoofdstuk 1. De wenselijke situatie	10
1.1. <i>Methodiek beschrijving wenselijke situatie.....</i>	<i>10</i>
1.1.1: Literatuuronderzoek	10
1.1.2. Enquête	10
1.1.3. Interviews.....	11
1.2. <i>Resultaten wenselijke situatie</i>	<i>12</i>
1.2.1. Resultaten literatuur	12
1.2.2. Resultaten enquête	15
1.2.3. Resultaten interviews.....	15
1.3. <i>Conclusie wenselijke situatie</i>	<i>16</i>
Hoofdstuk 2. De feitelijke situatie	17
2.1. <i>Methodiek beschrijving feitelijke situatie.....</i>	<i>17</i>
2.1.1. Enquête	17
2.1.2. Interviews.....	17
2.2. <i>Resultaten feitelijke situatie</i>	<i>17</i>
2.2.1. Resultaten enquête	17
2.2.2. Resultaten interviews.....	19
2.3. <i>Conclusie feitelijke situatie</i>	<i>20</i>
Hoofdstuk 3. Het implementatievoorstel.....	21
3.1. <i>De wenselijke situatie vergeleken met de feitelijke situatie.....</i>	<i>21</i>
3.2. <i>SMART verbeterdoelen.....</i>	<i>21</i>
3.3. <i>Conclusie implementatievoorstel</i>	<i>22</i>
Hoofdstuk 4. De probleemanalyse doelgroep en setting.....	23
4.1. <i>Methodiek beschrijving probleemanalyse.....</i>	<i>23</i>
4.2. <i>Resultaten probleemanalyse</i>	<i>23</i>

4.2.1. Setting	23
4.2.2. Doelgroepanalyse.....	23
4.2.3. Bevorderende en belemmerende factoren	24
4.3. Conclusie probleemanalyse	25
Hoofdstuk 5. Strategieën en interventies.....	26
5.1. Methodiekbeschrijving strategieën en interventies	26
5.2. Resultaten strategieën en interventies.....	26
5.3. Conclusie strategieën en interventies.....	28
Nabeschuiving.....	29
Conclusie.....	29
Discussie	30
Aanbevelingen	31
Literatuurlijst	32
Bijlagen.....	34
I Grol en Wensing	34
Stap 1: Ontwikkeling voorstel van verandering (wenselijke situatie)	34
Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering	34
Stap 3: Probleemanalyse doelgroep en setting	35
Stap 4: Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën	36
Stap 5: Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan	36
Stap 6: Integratie in routines.....	36
Stap 7: (Continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan	37
II Ziektebeelden.....	38
II.I Normale bouw en functie longen	38
II.II COPD.....	40
II.III Astma bronchiale	42
II.IV Pneumonie	44
II.V Pneumothorax	46
II.VI Longembolieën.....	48
II.VII Influenza.....	50
III. Topiclijsten interviews	52
III.I Vragen teamleidster	52
III.II Vragen palliatief team:	54
III.III Vragen longarts:	56
IV. Codeboom interviews.....	58
Codeboom teamleider	58
Codeboom palliatief team.....	59
Codebomen longartsen.....	60
V. Enquête afdeling west 42.....	63

VI. Resultaten enquête west 42.....	69
VII. Zoekstrategie.....	79

Aanleiding

Op afdeling west 42 van Zuyderland medisch centrum krijgen de verpleegkundigen dagelijks te maken met verschillende longziekten. Deze longziekten hebben allemaal verschillende oorzaken, symptomen en behandelingen. Ook kunnen deze longziekten een dodelijke afloop hebben. Zo krijgen jaarlijks 135.000 mensen een longontsteking die, indien tijdig ontdekt, verholpen kan worden met een antibioticakuur thuis of in het ziekenhuis, maar ook komen rond de 20.000 mannen en 15.000 vrouwen in het ziekenhuis terecht. Gemiddeld 5.500-6.100 personen komen per jaar te overlijden aan een longontsteking. Dit volgens de cijfers van het Nationaal Kompas (2013), gebaseerd op de cijfers van 2012. Hierbij noteren zij ook een grote groep mensen die getroffen worden door influenza en astma, waar relatief weinig mensen aan overlijden. Zo zijn er in 2012 261.500 mensen naar de huisarts gegaan met influenza en zijn er 24 mannen en 14 vrouwen aan overleden. Voor mensen met astma zijn er jaarlijks ongeveer 6.400 ziekenhuisopnames en zijn er 33 mannen en 43 vrouwen overleden aan hun klachten.

De grootste groep longpatiënten bestaat uit de groep patiënten met COPD. In 2017 hadden 598.400 mensen COPD (CBS, 2018). Dit betrof 300.400 mannen en 297.900 vrouwen. In 2017 zijn er 3.457 mannen en 3.363 vrouwen, dus in totaal 6.820 mensen overleden met als onderliggende doodsoorzaak COPD. Al deze mensen kregen ook palliatieve zorg in ziekenhuizen, hospices of zelfs thuis met palliatieve thuiszorg.

Palliatieve zorg wordt gegeven aan patiënten en hun naasten in de laatste levensfase om hier de kwaliteit van leven nog zoveel mogelijk te verbeteren of in stand houden. Dit door het voorkomen en verlichten van een ondragelijk lijden (Graeff, et al, 2017). Snel en gericht handelen is in deze fase van groot belang.

Zo wordt er op afdeling west 42 dan ook met regelmaat patiënten in hun laatste levensfase met een onderliggende longziekte opgenomen. Echter is er geen duidelijke richtlijn hoe om te gaan met niet oncologische longpatiënten in hun laatste levensfase. De longartsen hebben geen duidelijke richtlijn om te volgen, waardoor de verpleegkundigen ook iedere keer moeten afwachten wat het behandelbeleid bij een desbetreffende patiënt gaat worden. Voor verpleegkundigen is het erg lastig om in zulke situaties niet te weten welke stappen zij al kunnen ondernemen om het eventueel lijden van de patiënt te voorkomen of verlichten, bijvoorbeeld door pijnbestrijding of een duidelijke keuzemogelijkheid in verdere behandeling vanuit de patiënt.

Voor de verpleegkundigen is deze onduidelijkheid een van de grootste struikelblokken in het leveren van palliatieve zorg. Hierdoor zien zij het belang in van een duidelijk stappenplan bij palliatieve zorg bij niet oncologische longziekten.

Doel- en vraagstelling

De doelstelling die uit de aanleiding voortvloeit is om een zo duidelijk mogelijk inzicht te krijgen in de wenselijke en feitelijke situatie rondom de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten, om aan de hand hiervan de palliatieve zorg van deze patiëntengroep zoveel mogelijk te kunnen optimaliseren.

De bijbehorende hoofdvraag hierbij is: 'Wat is de beste methode om palliatieve zorg voor longpatiënten op de long/cardio afdeling van het Zuyderland MC in Sittard-Geleen volledig te optimaliseren, waardoor het welzijn van de patiënt verbeterd?'

De deelvragen die hierbij volgen zijn:

- Wat is de wenselijke situatie rondom palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten?
- Wat is de huidige situatie rondom palliatieve zorg op de long/cardio afdeling van Zuyderland MC?
- Hoe ziet de doelgroep en setting eruit op west 42?
- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor het implementeren voor het optimaliseren van palliatieve zorg op west 42?
- Welke strategieën en interventies kunnen het beste worden ingezet voor de optimalisering van palliatieve zorg?
- Welke aanbevelingen kunnen er afdelingsspecifiek gedaan worden op basis van genoemde interventies en strategieën?

Methodiekbeschrijving

Deze thesis is opgesteld aan de hand van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2015), uitgebreid uitgelegd in bijlage I.

Allereerst is er gekeken naar de wenselijke situatie. Om deze in kaart te kunnen brengen is er uitgebreid gezocht naar onderzoeksliteratuur, actuele en conceptuele bronnen, die inzicht geven in de huidige stand van zaken omtrent deze patiëntencategorie op zowel nationaal als internationaal niveau. Hierbij is gebruik gemaakt van diverse betrouwbare databanken, namelijk Springerlink, Google Scholar, Google Books en de DIZ zoekmachine. Er zijn verder ook boeken gebruikt uit de bibliotheek van 'Hogeschool Zuyd', boeken uit eigen beheer en richtlijnen van Zuyderland Medisch Centrum. De volgende zoektermen zijn gebruikt: 'longziekten', 'longaandoeningen', 'palliatieve zorg', 'lung diseases', 'palliative care', 'end of life care' en 'lungcare'. De volledige zoekstrategie wordt beschreven in bijlage VII.

Verder zijn er ook 5 semigestructureerde expertsinterviews afgenomen en één enquête op afdeling west 42. Dit om meer inzicht te verkrijgen in de wenselijke en huidige situatie, maar ook een duidelijker beeld te creëren van de doelgroep, de setting en de

bijbehorende bevorderende/belemmerende factoren. Bij een semigestructureerd interview liggen de onderwerpen die aan bod moeten komen vast, maar er zijn geen gestructureerde antwoordcategorieën (Bakker en van Buuren, 2014). Er is voor deze methode gekozen zodat de reeds verkregen informatie vanuit de literatuurstudie onderbouwd/verantwoord kon worden door de experts.

Na het vaststellen van de bevorderende en belemmerende factoren zijn er strategieën en interventies opgesteld. Ten slotte zijn bijbehorende aanbevelingen voor de desbetreffende afdeling gemaakt.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk zal gekeken worden naar de wenselijke situatie rondom de palliatieve zorg van niet oncologische longpatiënten, ofwel de eerste stap in het implementatietraject van Grol en Wensing (2015). In hoofdstuk 2 wordt de tweede stap besproken, de analyse van de feitelijke situatie. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 een implementatievoorstel gemaakt worden. Hierna zal in hoofdstuk 4 een probleemanalyse toegelicht worden van de doelgroep/setting met de bijbehorende bevorderende en belemmerende factoren. Ter afsluiting wordt in hoofdstuk 5 de strategieën en interventies voor verandering benoemd.

Na hoofdstuk 5 zal er nog een nabeschuiving volgen en hierna de literatuurlijst. In de bijlagen worden de stappen van Grol en Wensing en enkele ziektebeelden uitgewerkt, de uitwerkingen van de interviews en enquête, de zoekstrategie, de zelfreflectie, voorstel bachelorthesis en de criterialijsten voor de werkbegeleiders, peerassessor en de 1^{ste} en 2^{de} beoordelaar teruggevonden worden.

Hoofdstuk 1. De wenselijke situatie

De eerste stap bij een implementatie volgens Grol en Wensing is het vaststellen van een ideaalbeeld. Dit aan de hand van onderzoek, in dit geval naar de optimale palliatieve zorg rondom patiënten met een niet oncologische longziekte op afdeling west 42 van Zuyderland medisch centrum.

1.1. Methodiek beschrijving wenselijke situatie

Om de wenselijke situatie voor de afdeling in kaart te brengen, is er gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethodes. Allereerst heeft er een uitgebreid literatuuronderzoek plaatsgevonden, vervolgens is er aan de hand van deze literatuur een enquête uitgezet op west 42 en zijn er ook een vijftal semigestructureerde interviews gevoerd.

1.1.1: LITERATUURONDERZOEK

Als eerste is er wetenschappelijke literatuur gezocht en onderzocht. Dit is gedaan met behulp van meerdere betrouwbare databanken, zoals Springerlink, Google Scholar, Google Books en de DIZ zoekmachine. Er zijn verder ook boeken gebruikt uit de bibliotheek van 'Hogeschool Zuyd', boeken uit eigen beheer en richtlijnen van Zuyderland Medisch Centrum. Er zijn de volgende zoektermen, Nederlands- en Engelstalig, gebruikt: 'longziekten', 'longaandoeningen', 'palliatieve zorg', 'lung diseases', 'palliative care', 'end of life care' en 'lungcare'. Om goede, betrouwbare literatuur te selecteren is er specifiek gekeken naar actuele artikelen en betrouwbare organisaties met het juiste vakgebied en de juiste patiëntencategorie. Ook is er gelet op de auteur, er is gekeken of deze een wetenschappelijke of specialistische achtergrond heeft. De literatuurlijst is terug te vinden op pagina 32 en de uitgebreide zoekstrategie is terug te vinden in bijlage VII.

1.1.2. ENQUÊTE

Onder het verpleegkundig personeel van west 42 long-cardio is een enquête afgenomen. Deze groep bestaat momenteel uit 18 verpleegkundigen en 10 leerlingen en is tevens de doelgroep behorende bij deze bachelor thesis. Er is gekozen voor een gestructureerde enquête zodat er rekening gehouden kan worden met de anonimiteit van de medewerkers (Baarda, 2014). Er is gekozen om de enquête twee weken uit te zetten, van 3 maart 2019 tot en met 15 maart 2019, dit in overleg met een verpleegkundige die eerder onderzoek heeft gedaan en aangaf dat dit optimaal zou zijn.

Om rekening te houden met de anonimiteit van de respondenten is er gekozen om de enquête uit te printen en in de zusterspost te leggen, samen met een lege envelop voor de ingevulde enquêtes.

Vervolgens is er een informatieve mail rondgestuurd om het volledige team op de

hoogte te stellen van de enquête met de vraag deze zo spoedig mogelijk in te vullen. Later is er ook een herinneringsmail gestuurd om een betere respons te krijgen. Dit leidde tot een totale respons rate van 16 ingevulde enquêtes (57,1%).

De betrouwbaarheid en kwaliteit van de enquête is bewaard door de enquête vooraf te laten controleren door een stagebegeleider, de peerassessor en de docentbegeleider betrokken bij deze thesis. Aan de hand van hun feedback zijn enkele vragen aangepast om zo meer informatie te kunnen ontvangen. Na het verwerken van de enquête zijn de ingevulde enquêtes verwijderd en hebben er meerdere informele gesprekken plaatsgevonden op de afdeling om de uitkomsten te bespreken. De enquête is gebaseerd op de verkregen informatie vanuit de literatuurstudie. Deze onderzoeksmethodiek heeft een groot bereik, waardoor er in korte tijd veel data vanuit de respondenten verkregen kan worden (Baarda, 2014). Door middel van een anonieme schriftelijke enquête zijn kwantitatieve en kwalitatieve gegevens verkregen, welke inzicht geven in wat de wenselijke situatie is vanuit de verpleegkundigen. 'De wenselijke situatie' is ook het gebruikte topic. Onderstaand worden de meest relevante gegevens ten aanzien van de wenselijke situatie gepresenteerd, de volledige enquête is terug te vinden in bijlage V en de analyse van de enquête is terug te vinden in bijlage VI.

1.1.3. INTERVIEWS

Er zijn in totaal vijf semigestructureerde interviews gehouden. Het voordeel van semigestructureerde interviews is dat er makkelijk doorgevraagd kan worden en ingewikkelde vragen ook mogelijk zijn (Baarda, 2015). Er is een interview gehouden met de teamleidster van afdeling west 42, een interview met een palliatief verpleegkundige en drie interviews met verschillende longartsen.

De interviews met de palliatief verpleegkundige en de longartsen zijn gehouden om een duidelijker beeld te krijgen van wenselijke situatie rondom palliatieve patiënten met een niet-oncologische longziekte. Om dit in kaart te brengen zijn bij alle interviews de volgende topics gebruikt: 'definitie palliatieve zorg', 'kernpunten palliatieve zorg', 'aandachtspunten palliatieve zorg', 'fases palliatieve zorg' en 'kwaliteit van leven'.

Om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de interviews te waarborgen, zijn de vragen vooraf gecontroleerd door de docentbegeleider, een stagebegeleider en de peerassessor. Om de kwaliteit te vergroten en alle interviews zo correct en volledig mogelijk uit te kunnen werken, zijn de interviews opgenomen met behulp van opname apparatuur. Hiervoor is toestemming gevraagd. De uitgewerkte interviews zijn vervolgens gecodeerd aan de hand van een open codering. Hierbij worden de topics aan de tekst toegekend, om de tekst vervolgens per topic te kunnen analyseren (Baarda, 2014). Hierbij is voor ieder interview een codeboom gemaakt. Na uitwerking van de interviews zijn de geluidsopnames verwijderd. Om

ethische aspecten van de geïnterviewde personen in acht te nemen, is bij alle interviews rekening gehouden met de anonimiteit. De namen zijn verwijderd, alleen functies worden benoemt. Dit is ook duidelijk benoemd tijdens de interviews. Om de betrouwbaarheid nog verder te vergroten heeft er een membercheck plaatsgevonden: de uitgewerkte interviews zijn doorgestuurd naar de geïnterviewden om te beoordelen of de interviews naar waarheid zijn uitgewerkt en of de samenvattingen zo adequaat mogelijk de kennis, ervaring en/of bedoeling weergeven. Hiernaast heeft er ook een peer-debriefing plaatsgevonden.

De topiclijsten en de codebomen zijn terug te vinden in bijlage III (topiclijsten) en VI (codebomen).

1.2. Resultaten wenselijke situatie

Eerst zal de wenselijke situatie vanuit de literatuur beschreven worden. Vervolgens zal er gekeken worden naar de uitkomsten vanuit de praktijk, die verkregen zijn vanuit de ingevulde enquêtes en de semigestructureerde interviews.

1.2.1. RESULTATEN LITERATUUR

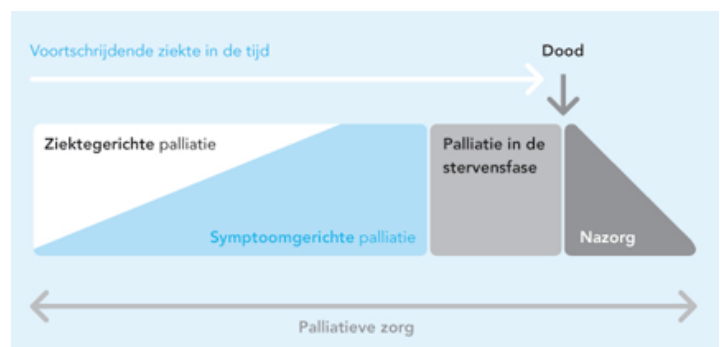
Palliatieve zorg algemeen

De officiële definitie van palliatieve zorg, opgesteld door de World Health Organisation (WHO, 2015), is: *‘Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.’* Uit deze definitie blijkt dat palliatieve zorg wordt gegeven aan patiënten én hun naasten om de kwaliteit van leven te verbeteren bij een levensbedreigende aandoening. Dit door het voorkomen en verlichten van ondragelijk lijden (Graeff, et al, 2017). De belangrijkste kenmerken van palliatieve zorg zijn dat de zorg gelijktijdig verleend kan worden met een ziektegerichte behandeling en dat generalistische en specialistische zorgverleners samenwerken met vrijwilligers voor een behandeling die afgestemd is op de door de patiënt gestelde, waarden, wensen en behoeften (Faull & Blankley, 2015). Hiernaast coördineert de centrale zorgverlener de zorg om continuïteit te stimuleren. Hierbij worden de wensen van de patiënt en diens naasten gedurende het beloop van het ziektebeeld erkend en gesteund (Boddaert, Douma, Dijkhoorn & Bijkerk, 2017). Palliatieve zorg begint in feite als er in de curatieve zorg gezegd wordt: *‘wij kunnen niets meer voor u doen’*. Er kan dan in de palliatieve zorg nog veel voor de patiënt gedaan worden, maar er is geen genezing meer mogelijk. De palliatieve zorg voegt geen dagen meer toe aan het leven, maar kan wel leven toevoegen aan de dagen (Bruntink, 2002). Om een preciezere indicatie te geven van wanneer palliatieve zorg gestart moet worden, zijn er

drie criteria opgesteld. Als aan één van deze criteria wordt voldaan, moet de curatieve zorg herbeoordeeld worden en moet deze bijgesteld worden naar palliatieve zorg ter bevordering van een comfortbeleid/palliatief beleid om zo symptoombehandeling uit te breiden.

- Surprise question: *‘Zou het je verbazen als deze patiënt over 1 jaar overleden is?’*
Een vraag, die artsen zich tijdens het behandelen kunnen stellen. Indien het antwoord ‘nee’ is, kan de palliatieve zorg gemarkeerd worden.
- Algemene indicatoren
Hierbij moet gedacht worden aan verminderde activiteit, afhankelijk voor de dagelijks activiteiten (ADL), comorbiditeit, algemene fysieke achteruitgang, verminderde respons op behandeling en herhaalde ongeplande spoedopnames.
- Specifiek klinische factoren
Hierbij moet gedacht worden aan een constante zuurstoftoediening, constante hoge dyspnoescore, symptomen van rechterhartfalen of een combinatie van andere factoren zoals anorexie of een resistente infectie
(Palliatief support team UZ Leuven, 2018)

In de palliatieve zorg kan er onderscheid gemaakt worden in 4 fases. Zoals ook te zien is in figuur 1 zijn deze fases de ziektegerichte palliatie, de symptoomgerichte palliatie, de palliatie in de stervensfase en de nazorg. (Graeff, Jobse, Teunissen, Verkuijlen, Vissers, Zylics en Gilsing,



Figuur 1: De 4 fases van palliatieve zorg

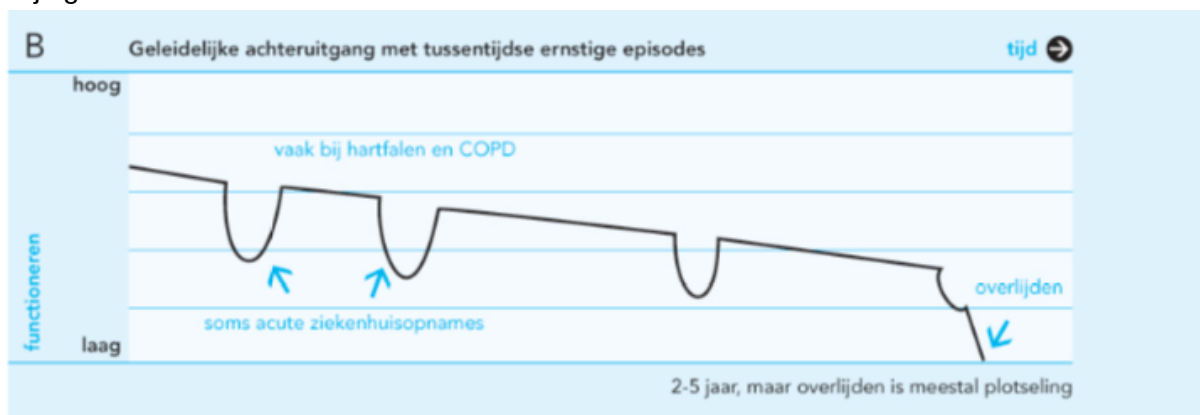
2017). Palliatie begint veel eerder dan bij de meeste patiënten bekend. Ook is er binnen de palliatie ruimte voor veel mogelijkheden van zorg en behandelingen. De palliatie in de stervensfase is het allerlaatste deel van de palliatie voor de patiënt. In deze fase zijn de kenmerken van het sterven zichtbaar en onafwendbaar. Na het overlijden van de patiënt begint de nazorg. Hierin is het belangrijk de rouwverwerking van de achtergebleven naasten te begeleiden en ondersteuning te bieden waar nodig (Spreeuwenberg, Bakker & Dillmann, 2016).

Voor verpleegkundigen zijn er drie belangrijke kenmerken voor het leveren van palliatieve zorg. Ten eerste moet er altijd rekening gehouden worden met het proces van de patiënt en diens naasten tot het aanvaarden van het vergevorderde ziektebeeld. Er zijn tegenwoordig veel interventies die uitgevoerd kunnen worden om het leven te verlengen en de kwaliteit te verbeteren, maar hierbij is het wel ook belangrijk dat de patiënten snappen dat bij palliatieve zorg het levenseinde niet te vermijden is. Een tweede kenmerk is dat de dood,

zelfs als deze aanvaard is, voor veel mensen onbegrijpelijk is. Het einde is niet te vermijden, maar vaak ook niet te bevatten. Als derde en wellicht belangrijkste kenmerk, doet een patiënt in de palliatieve zorg niet altijd beroep op de deskundigheid van een zorgverlener, maar vooral op de zorgverlener als mens. Het welzijn van de patiënt staat in de palliatieve zorg centraal, het staat zelfs voorop. Alles moet voor de patiënt zo comfortabel mogelijk zijn. Hierbij moet gedacht worden aan de hele mens, dus niet alleen op fysiek vlak, maar vooral ook op emotioneel, relationeel en spiritueel vlak. Hierbij kan een betrokken band met de patiënt veel goede zorg leveren (Visser, Bilsen & Francke, 2011).

Palliatieve zorg bij niet oncologische longziekten

De meest voorkomende ziektebeelden van longziekten op afdeling west 42 Zuyderland Sittard-Geleen en de normale bouw/functioneren van de longen, zijn terug te vinden in bijlage II.



Figuur 2: Verloop van COPD

In figuur 2 is te zien dat bij longziekten, zoals COPD, er sprake van geleidelijke achteruitgang met periodes van snelle toenemende achteruitgang/ acuut opstoten van de ziekte. Deze periodes kunnen zelfs overlijden tot resultaat hebben. Bij deze ziektebeelden is het cruciaal om vroegtijdig een wenselijk behandelbeleid te bespreken om overeenstemming te krijgen over het toekomstige beleid tussen patiënt en arts (Bruntink, 2018).

Zoals al eerder benoemd zijn er meerdere manieren om de indicatie voor palliatieve zorg vast te stellen. Een van deze manieren zijn de specifieke klinische indicatoren. Bij longziekten kan hier bijvoorbeeld gedacht worden aan een constante zuurstoftoediening, waarbij afbouwen van zuurstofgebruik niet meer mogelijk is, constante hoge dyspnoescore, symptomen van rechterhartfalen of een combinatie van andere factoren zoals anorexie of een resistente infectie. Bij COPD specifiek kan ook nog rekening gehouden worden met de diagnostisering van COPD Gold IV en meer dan drie keer per jaar opgenomen worden met een exacerbatie COPD (Bourke & Peel, 2013 en Jordens, 2008).

Daarbij blijft het moeilijk om de precieze start van palliatieve zorg bij niet oncologische longziekten vast te stellen. De preterminale fase bij deze ziektebeelden kunnen vaak enkele weken tot een jaar duren. Hierbij is de beste manier om dit vast te stellen bij longziekten als COPD toch de surprise question, zoals benoemd bij de drie criteria, aangezien deze uitgaat van een klinische blik van een gespecialiseerde arts (Husson, 2014).

1.2.2. RESULTATEN ENQUÊTE

De enquête, afgenomen onder 18 verpleegkundigen en 10 stagiaires, is ingevuld door 16 personen. Dit resulteert in een respons van 57,1%. Uit het gedeelte wenselijke situatie van de enquête is het volgende naar voren gekomen.

- Er wordt benoemd dat het wenselijk is om eerder met familie te communiceren over het starten van een palliatief zorgbeleid, om zo eventuele conflicten te voorkomen
- Het is wenselijk om eerder een duidelijk palliatief beleid te starten, zodat ook alle artsen zich hierbij aan kunnen sluiten
- Het is voor de verpleegkundigen wenselijk dat het palliatief team meer communiceert met de afdeling over de voorgestelde palliatieve interventies, om zo eventuele onduidelijkheden in het palliatief beleid te voorkomen
- Tevens gaf 62% aan graag extra handvaten te ontvangen over een eventueel stappenplan om te volgen, hoe de patiënt beter te begeleiden en hoe het palliatief team precies werkt. Ook scholing over de palliatieve zorg is gewenst.

1.2.3. RESULTATEN INTERVIEWS

Onderstaand wordt de wenselijke situatie beschreven vanuit de interviews, verdeeld per interview. De codebomen van deze interviews zijn terug te vinden in bijlage IV.

Interview teamleidster

In het interview gaf de teamleidster van west 42 aan dat de palliatieve zorg altijd beter kan. Hierbij geeft ze aan dat het fijn zou zijn als er meer vanuit de organisatie geregeld wordt voor de palliatieve zorg. Zoals meer bijeenkomsten, meer uitleg over het palliatief team, meer vormgeving op de afdelingen zelf en meer handvaten/ondersteuning voor de verpleegkundigen die nog moeite hebben met het leveren van palliatieve zorg. Hierbij geeft zij ook aan dat een ster-rol (extra rol van een verpleegkundige op de afdeling) in palliatieve zorg bevorderend zou zijn voor de palliatieve zorg.

Interview palliatief team

Het belangrijkste punt wat de medewerkster van het palliatief team aangaf bij het streven naar een ideale situatie was eerder beginnen met de 'wat als' gesprekken met patiënten en eventuele familieleden. Dit om eerder duidelijk te krijgen waar de kwaliteit van leven ligt voor de patiënt en er op tijd gestart kan worden met een palliatief beleid. Daarnaast is het voor de

verpleegkundigen vooral belangrijk om rekening houden met een enorm angstcomponent dat meespeelt bij longpatiënten in de terminale fase. Het gaat hierbij niet alleen sprekende over de angst om dood te gaan, maar voor de angst om te stikken als de dyspnoe klachten toenemen. Hiernaast zouden zij ook graag meer informatie krijgen als zij in consult gevraagd worden door de arts, zodat ze vooraf al een beter beeld kunnen schetsen van welke hulp precies nodig is en hier dan ook al het vooraf inlichten van patiënt en familie, zodat deze ook op de hoogte zijn van de komst van het palliatief team.

Interview longartsen

Uit de wenselijke situatie bij de interviews met de longartsen, gaf een van de longartsen aan dat er eerder begonnen moet worden met de gesprekken over eventueel palliatief beleid met de patiënt, om zo de gesprekken niet meer te hoeven voeren als de patiënt eigenlijk al te ver achteruit is gegaan in zijn ziektebeeld. De tweede longarts gaf aan meer verpleegkundigen geschoold in palliatieve zorg ideaal zou zijn. Hierdoor zouden de verpleegkundigen een beter idee hebben van wat de patiënt precies nodig heeft en zouden er meer verpleegkundigen zijn om uitgebreide palliatieve zorg te leveren. Dit zou uiteindelijk dan ook uitgebouwd kunnen worden naar een palliatieve unit. De laatste longarts gaf ook aan graag meer geschoold personeel te zien en uiteindelijk te willen uitbouwen naar een palliatieve unit. Verder had de derde longarts het er ook over om verpleegkundigen, gespecialiseerd in palliatieve zorg, op de poli aan te nemen, zodat deze al veel eerder met de patiënten in gesprek kunnen gaan en betere uitleg kunnen geven aan patiënt en familie over wat het palliatieve beleid precies inhoudt.

1.3. Conclusie wenselijke situatie

Tot zover is uit het onderzoek gekomen dat het, door de onvoorspelbaarheid van niet oncologische longziekten, het heel belangrijk is om tijdig te beginnen met gesprekken over een verder palliatief beleid met patiënten en naasten. Dit om eventuele onduidelijkheden en problemen later in het ziekteverloop te voorkomen. Verder gaven de respondenten van de enquête aan graag handvaten te krijgen over de palliatieve zorg. Liefst in de vorm van een stappenplan of anders in de vorm van scholingen om meer uitleg te krijgen over de precieze vorm van palliatieve zorg en de gang van zaken van de verschillende disciplines binnen het ziekenhuis.

Hoofdstuk 2. De feitelijke situatie

In hoofdstuk 1 werd de eerste stap van het implementatieproces beschreven. In dit hoofdstuk zal stap 2 besproken worden, de analyse van de feitelijke zorg

2.1. Methodiek beschrijving feitelijke situatie

Voor het in kaart brengen van de feitelijke situatie is er een enquête onder het verpleegkundig personeel op afdeling west 42 afgenomen en werden er semigestructureerde interviews gehouden met de teamleidster van de long-cardio afdeling, een medewerkster van het palliatief team en met 3 longartsen van het Zuyderland MC.

2.1.1. ENQUÊTE

De enquête die afgenomen is onder de 18 verpleegkundigen en 10 stagiaires op afdeling west 42 om de wenselijke situatie in kaart te brengen, is ook gebruikt om inzicht te krijgen in de huidige zorgsituatie. Zie daarom paragraaf 1.1.2. voor verdere uitleg over de methodiek rondom de enquête. De topics die gebruikt zijn om de feitelijke situatie in kaart te brengen zijn: 'definitie palliatieve zorg', 'starten palliatief beleid', 'palliatief protocol', 'moeilijkheden', 'duidelijkheid beleid', 'interventies' en 'juiste begeleiding voor patiënt'. De resultaten vanuit deze enquête zijn terug te vinden in bijlage VI.

2.1.2. INTERVIEWS

Niet alleen de enquête, maar ook de interviews zijn gebruikt om zowel de wenselijke als feitelijke situatie in kaart te brengen. Voor de beschrijving van de feitelijke situatie zijn andere topics gebruikt. Deze topics zijn terug te vinden in bijlage III, de uitgewerkte interviews, in de vorm van codebomen, zijn terug te vinden in bijlage IV. De topics specifiek gebruikt voor de feitelijke situatie te analyseren zijn: 'beleid', 'palliatieve zorg', 'palliatieve zorg afdeling', 'aandachtspunten' en 'fases palliatieve zorg'. Zie paragraaf 1.1.3. voor de verdere methodiekbeschrijving van deze interviews.

2.2. Resultaten feitelijke situatie

Door middel van de resultaten uit de enquête en de interviews zal nu de interne aanleiding voor verbetering vanuit de feitelijke situatie beschreven worden.

2.2.1. RESULTATEN ENQUÊTE

De enquête is ingevuld door 16 personeelsleden. Dit resulteert in een respons rate van 57,1%. Onderstaand zijn de belangrijkste punten vanuit de enquête beschreven, omtrent de feitelijke situatie. De volledige uitwerking is terug te vinden in bijlage VI.

Definitie palliatieve zorg: Bij de vraag of de definitie van palliatieve zorg bekend was

reageerde 96% van de respondenten dat ze wisten wat de definitie was, 6% wist dit niet. Echter bij de controlevraag om uit te leggen wat palliatieve zorg precies is, reageerde de meeste verpleegkundigen met het antwoord 'comfortbeleid in de laatste levensfase'. Hierbij reageerde niemand met een uitleg over eventuele behandeling om symptomen tegen te gaan, maar werd er vooral nadruk gelegd op de stervensbegeleiding.

Starten palliatief beleid: De meeste respondenten zijn het eens dat als er geen curatieve behandeling meer mogelijk is en het lijden uitzichtloos is. Er bestaat echter wel een tegenspraak in hoeverre de patiënt hier zelf ook achter moet staan. Het merendeel geeft aan dat de patiënt hier ook achter moet staan, een enkeling geeft aan dat dit ook doorgezet moet worden als de patiënt er niet volledig achter staat.

Palliatief protocol: Er bestaat binnen Zuyderland MC een richtlijn voor het geven van palliatieve zorg aan patiënten met COPD, echter gaf 63% van de respondenten aan hier niet bekend mee te zijn.

Moeilijkheden: Bij de vraag wat de verpleegkundigen voornamelijk nog moeilijk vinden bij de huidige palliatieve zorg gaven ze aan dat ze het vooral nog moeilijk vinden als familie het niet eens is met een palliatief beleid of als de familie het nog niet helemaal begrijpt. Verder gaven ze bijna allemaal aan het erg vervelend te vinden dat er regelmatig (te) lang gewacht wordt voordat er een palliatief beleid gestart wordt. Hierdoor moet de patiënt vaker onnodig lijden, waar de verpleegkundigen veel moeite mee hebben.

Duidelijkheid beleid: 69% van de verpleegkundigen van west 42 geven aan er vaak een onduidelijk beleid is. Zij geven als reden dat de arts vaak pas te laat een palliatief beleid start, hierin onduidelijk is, het palliatieve beleid niet volledig doorzet en niet duidelijk communiceert naar de familie van de patiënt.

Interventies: Van de respondenten geeft 56% aan te weten welke interventies uitgevoerd kunnen worden, maar de interventies die genoemd worden zijn alleen gericht op de stervensfase. Veel verpleegkundigen zijn nog niet op de hoogte van de interventies die uitgevoerd kunnen worden vóór de stervensfase, terwijl er wel al een palliatief beleid afgesproken is. Verder is er over de evaluatie van de interventies een gelijke verdeling van 50% / 50% of er een evaluatie plaatsvindt. Hierbij geven de verpleegkundigen die denken dat de evaluatie plaatsvindt dat verschillende antwoorden betreffende wanneer deze evaluatie plaatsvindt, waardoor het duidelijk wordt hier geen concrete afspraken over gemaakt zijn.

Juiste begeleiding voor patiënt: Van de personeelsleden geeft 62% aan de juiste begeleiding te kunnen bieden, ze geven hierbij aan uitleg te kunnen geven, de juiste interventies te kunnen toepassen en hulp kunnen vragen van de juiste disciplines. Echter geven ze ook aan dat ze dan genoeg tijd moeten hebben en een duidelijk beleid. De 38% die aangeeft geen juiste begeleiding te kunnen bieden, koppelt dit terug naar een te hoge

werkdruk/te weinig tijd. Hierbij geven zij als reden dat het zorgbeleid rondom palliatieve zorg pas sinds kort bekend is op de afdeling.

2.2.2. RESULTATEN INTERVIEWS

Onderstaand staat beschreven welke informatie, in de feitelijke situatie, uit de interviews is gekomen. Dit is verdeeld per interview.

Interview teamleidster

Vanuit het interview met de teamleidster over de feitelijke situatie kwam als belangrijkste punt naar voren dat sommige verpleegkundigen het op het moment nog akelig vinden om een palliatief beleid te starten. Ondanks dat het beleid duidelijk is, als dit eenmaal afgesproken is, kan dit bij het verplegend personeel soms nog lastig zijn om het palliatief beleid te starten. Zij vragen dan echter wel om hulp waar nodig, maar kunnen buiten hulp op de afdeling weinig hulp vanuit de organisatie verwachten. Verder geeft zij wel aan dat het belang van comfort bieden bij de verpleegkundigen duidelijk is.

Interview palliatief team

Op dit moment is de palliatieve zorg op de afdeling groeiende, aldus het palliatieve team van Zuyderland MC. Op het moment wordt het palliatieve team altijd pas erg laat in het traject in consult gevraagd, pas als de artsen zelf geen andere oplossing meer hebben. Hierbij wordt het dan ook vaak vergeten om de patiënt en naasten in te lichten, waardoor deze overrompeld kunnen zijn als het palliatieve team langskomt. Ook wordt er, bij het in consult vragen van het palliatieve team, vaak erg weinig informatie gegeven door de arts, waardoor het heel moeilijk is een casus vooraf goed te bekijken. Als laatste punt geeft de medewerkster van het palliatieve team aan dat momenteel door de verpleegkundigen vooral gerapporteerd wordt op symptomen, maar niet op een patiënt zelf. Hierbij wordt als voorbeeld gegeven dat een wond volledig beschreven wordt, maar hoe het met een patiënt gaat, waarover gesproken is tijdens de verzorging, waar een patiënt zorgen over uit, niet terug te vinden zijn in een rapportage.

Interviews longartsen

Alle longartsen geven aan dat op het moment de palliatieve zorg op de afdeling nog groeiende is, maar dat er wel al steeds meer samengewerkt wordt met het palliatieve team. Op het moment is het zo dat er veel draaideur patiënten zijn met een slechte prognose. Twee longartsen geven aan dat met deze patiënten wellicht al meer mee besproken moet worden over het verdere behandelbeleid. Een van deze artsen geeft ook aan dat het moeilijk is om dit beleid te bespreken met de patiënten, omdat de longziekten, vooral COPD, moeilijk te voorspellen zijn en de patiënt zich vaker anders gedraagt ten opzichte van de arts dan tegenover een verpleegkundige. Dit leidt ertoe dat er vaak te laat met een palliatief beleid gestart wordt, aangezien er onduidelijkheden zijn over hoe de patiënt zich voelt en wat de

patiënt verder als behandeling nog wil. Een andere longarts geeft dan weer aan dat een patiënt zich inderdaad vaker anders gedraagt tegen de arts dan bijvoorbeeld een verpleegkundige, maar dan luistert naar wat de patiënt zegt op dat moment en niet naar wat de patiënt tegen de verpleegkundige heeft gezegd. De laatste longarts geeft dan weer aan dat er veel meer aandacht gegeven moet worden aan de angst die een patiënt heeft en dat het palliatief team er alleen bij gevraagd wordt bij een vastlopende situatie. Hiernaast geeft een van de longartsen ook aan dat, omdat er veel leerlingen zijn op de afdeling, de kwaliteit van palliatieve zorg veel beter kan. Dit aangezien de leerlingen vaker niet de ervaring/kennis hebben om goede palliatieve zorg te leveren. Een van de longartsen geeft aan niet bekend te zijn met de richtlijn voor het leveren van palliatieve zorg aan de COPD patiënten. De andere twee longartsen geven aan wel bekend te zijn met deze richtlijn, maar geven zij aan dat de richtlijn erg onpraktisch is in gebruik, vanwege de vele informatie die erin staat en de vele pagina's waarin gezocht moet worden. Alle longartsen geven dan wel weer het belang aan van de gesprekken over palliatieve zorg met patiënt en naasten en dat deze gesprekken momenteel niet snel genoeg gevoerd worden en dat deze veel eerder in het ziekteproces al plaats moeten vinden.

2.3. Conclusie feitelijke situatie

De volgende conclusies kunnen gemaakt worden na onderzoek van de feitelijke situatie.

- Verpleegkundigen zouden graag eerder een duidelijk beleid krijgen;
- Het verpleegkundig personeel van west 42 is vooral gericht op palliatie in de stervensfase en niet op de ziekte- en symptoomgerichte palliatie;
- Verpleegkundigen zouden het als prettig ervaren als er meer uitleg gegeven kan worden aan de naasten van een patiënt over wat het palliatieve beleid inhoudt;
- De teamleidster geeft aan dat veel verpleegkundigen nog moeite hebben met het starten van een palliatief beleid;
- Het palliatief team geeft aan pas erg laat en met weinig informatie in consult gevraagd te worden;
- De longartsen geven aan momenteel nog te laat te beginnen met de gesprekken over palliatieve zorg. Zij geven hierbij ook aan dat het erg moeilijk is deze inschatting te maken, vanwege de verschillen in gedrag van de patiënt en het onvoorspelbare ziekteverloop. Als laatste wordt ook verwezen naar de hoeveelheid leerlingen die de kwaliteit van zorg beïnvloed vanwege een tekort aan kennis en ervaring;
- De longartsen geven aan dat de huidige richtlijn over palliatieve zorg voor COPD patiënten erg onpraktisch is.

Hoofdstuk 3. Het implementatievoorstel

In dit hoofdstuk worden de wenselijke en feitelijke situatie met elkaar vergeleken en zullen er SMART verbeterdoelen opgesteld worden.

3.1. De wenselijke situatie vergeleken met de feitelijke situatie

In onderstaande tabel zullen een aantal onderdelen vanuit de wenselijke situatie worden weergegeven tegenover onderdelen vanuit de feitelijke situatie. Deze gegevens zijn verwerkt met de literatuur, enquêtes en interviews, uitgewerkt in hoofdstuk 1 en 2.

Wenselijke situatie	Feitelijke situatie
Op tijd een palliatief beleid afspreken over verdere behandeling	Geen duidelijk palliatief beleid
Regelmatige gesprekken om patiënt en familie in te lichten over verder palliatief beleid	Naasten zijn vaak erg geschrokken als er gesproken wordt over een palliatief beleid, vanwege kennistekort
Palliatieve zorg verloopt in 4 fases die elk evenveel aandacht verdienen	Verpleegkundigen zijn vooral gericht op de derde fase van palliatieve zorg, namelijk de palliatie in de stervensfase, niet op de andere 3 fases
Voldoende kennis en begeleiding in het geven van palliatieve zorg	Verpleegkundigen vinden het nu lastig palliatie te starten en de juiste interventies uit te voeren
Palliatief team vanaf begin in consult	Palliatief team pas op het laatste moment in consult met weinig informatie
Vroegtijdige 'hoe nu verder' gesprekken	Longartsen beginnen pas laat met deze gesprekken
Kwalitatief goede palliatieve zorg	Grote kwaliteitsverschillen i.v.m. veel kennistekort
Interventies ter bevordering van levenskwaliteit	Vooraf gericht op interventies in de stervensfase
Palliatieve zorg begint met de surprise-question	Onduidelijkheid wanneer palliatief beleid gestart moet worden

3.2. SMART verbeterdoelen

In de vergelijking van de wenselijke en feitelijke situatie zijn er een aantal resultaten duidelijk naar voren gekomen die omgezet kunnen worden naar SMART verbeterdoelen die gebruikt kunnen worden bij het implementatievoorstel.

- Vanaf augustus 2019 wordt er, om duidelijkheid in het behandelbeleid te krijgen, bij opname al een gesprek gevoerd over een verder beleid en welke interventies de patiënt nog wil uit laten voeren.
- Vanaf augustus 2019 wordt de eerste contactpersoon van een patiënt ingelicht na het beleidsgesprek over palliatieve zorg, zodat vragen al beantwoord kunnen worden en de naasten ook op de hoogte zijn. Bij eventuele veranderingen in het beleid wordt dit met patiënt en naasten besproken.

- In een pilot gaan de verpleegkundigen dagelijks rapporteren over de gesprekken die zij met een patiënt voeren, zodat het eerder duidelijk wordt als een patiënt ergens mee zit en er eerder actie ondernomen kan worden om eventueel lijden te voorkomen.
- Verpleegkundigen gaan in een pilotperiode van 6 maanden aan de arts vragen naar de surprise-question als zij denken dat de patiënt palliatieve zorg moet krijgen, zodat hopelijk sneller nagedacht wordt of een palliatief beleid gestart moet worden.
- Het palliatief team gaat gevraagd worden om op de afdeling eens per maand een voorlichting te geven over palliatieve zorg, interventies en wat zij hierin kunnen betekenen.
- Er gaat maandelijks een overleg plaatsvinden tussen de longartsen, palliatief team en de aanwezige verpleegkundigen om zo eventuele obstakels te kunnen bespreken en zo de zorg kunnen verbeteren.
- Er wordt een ster-rol op de afdeling gemaakt, zodat een van de verpleegkundigen de implementaties rondom palliatieve zorg draagt, om zo de palliatieve zorg op de afdeling te bevorderen.

3.3. Conclusie implementatievoorstel

De grootste verschillen in de wenselijke en feitelijke situatie zijn dat er nog niet altijd een duidelijk palliatief beleid is, er een kennistekort is bij familie en verpleegkundigen, palliatie veelal gericht is op de stervensfase en er eerder met een patiënt gesproken zou moeten worden over het verdere behandelbeleid. Op de werkvloer bestaat er op dit moment nog geen rode draad wat betreft de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten. Wanneer er tijdige gesprekken plaats vinden en regelmatig overleg tussen de verschillende disciplines, zou er eerder actie ondernomen kunnen worden en eventueel lijden van een patiënt voorkomen kunnen worden.

Na het in kaart brengen van de wenselijke en huidige situatie is de volgende stap volgens Grol en Wensing (2015) het analyseren van de doelgroep en setting, zie bijlage I. Nagegaan wordt welke factoren hebben geresulteerd tot de huidige zorgsituatie en welke factoren, belemmerend en bevorderend, van invloed zijn op het al dan niet plaatsvinden van de gewenste zorg.

4.1. Methodiek beschrijving probleemanalyse

Evenals voor de beschrijving van de wenselijke en feitelijke situatie zijn voor de doelgroepanalyse en het in kaart brengen van de belemmerende en bevorderende factoren gebruikt gemaakt van de enquête en de interviews. Zie paragraaf 1.1.2 en 1.1.3 voor de methodiek. De resultaten zijn terug te vinden in bijlage IV en VI. Om beter inzicht te krijgen in bevorderende en belemmerende factoren zijn ook gegevens uit de enquête en interviews gebruikt. Hiervoor zijn de volgende topics gebruikt: 'implementaties', 'doelgroep', 'bevorderende factoren', 'belemmerende factoren' en 'innovatietheorie Rogers'.

4.2. Resultaten probleemanalyse

In de komende paragrafen worden de setting beschreven, de resultaten van de doelgroepanalyse beschreven en de bevorderen/belemmerende factoren benoemd.

4.2.1. SETTING

Het Zuyderland MC bestaat uit een ziekenhuis op meerdere locaties, 8 zorgcentra, twee hospices, revalidatie, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, huishoudelijke hulp en jeugdgezondheidszorg. In het ziekenhuis op locatie Sittard-Geleen zijn er in totaal 11 verpleegafdelingen, waaronder afdeling west 42. De specialisatie op deze afdeling is longgeneeskunde-cardiologie (Zuyderland, 2019). Op deze afdeling werken momenteel 18 verpleegkundigen en 10 leerlingen waarvan 5 longverpleegkundigen en 2 teamleiders zijn bij het gediplomeerde personeel. Het aantal verpleegkundigen op de afdeling is sterk wisselend door een groot verloop, ziekte of verlof. Hierdoor is de afdeling genooddaakt geregeld medewerkers uit de flexpool in te zetten. Op de afdeling werken ook secretaressen en een logistiek medewerker er komen regelmatig artsen en medewerkers van andere disciplines, bijvoorbeeld fysiotherapie, diëetiek, palliatief team of ouderengeneeskunde indien deze in consult zijn gevraagd.

4.2.2. DOELGROEPANALYSE

De doelgroep voor dit implementatievoorstel bestaat uit de verpleegkundigen werkzaam op west 42. Dit zijn dus 18 verpleegkundigen en 10 leerlingen. Informatie betreffende de leeftijd,

vooropleiding en hoeveel jaren werkzaam op de afdeling zijn uit de enquête afgeleid. Deze resultaten zijn zichtbaar in tabel 1.

Leeftijd	Jonger dan 24 jaar	25-29 jaar	30-39 jaar	40-49 jaar	Ouder dan 50 jaar
%	19%	25%	25%	19%	12%
Vooropleiding	MBO-V	HBO-V	Longverpleegkunde	Stagiaire HBO-V	Stagiaire MBO-V
%	12%	19%	25%	0%	44%
Aantal jaar werkzaam op afdeling west 42	Minder dan 5 jaar	5-10 jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	Meer dan 20 jaar
%	62%	12%	0%	13%	13%

Tabel 1: leeftijdsopbouw werknemers west 42

In het interview met de teamleidster wordt besproken dat er een groot verloop van verpleegkundigen op de afdeling is. Desondanks is het team op west 42 een hecht team. De verpleegkundigen komen onderling voor elkaar op en ondanks dat er klikjes bestaan, vrijwel alles wordt openlijk besproken. Er zijn er weinig tot geen conflicten onder het verplegend personeel.

Bij het bespreken van eerdere implementaties gaf de teamleidster aan, aangezien west 42 een leerwerkplek is, dat er altijd veel geïmplementeerd wordt. Deze implementaties lopen wisselend. Zij geeft aan dat als een implementatie goed gedragen wordt, het team er vaak herinnerd wordt aan de implementaties en het team het nut ervan inziet, dat een verbetering goed geïmplementeerd kan worden.

Voor het analyseren van de doelgroep is gebruik gemaakt van Rogers (2010). Roger onderscheidt 5 subgroepen: de innovators, de early adopters, de early majority, de late majority en de laggards. Verdere uitleg hierover is terug te vinden in bijlage I. In de enquête is aan het team gevraagd zichzelf in te delen in deze groepen, met de volgende resultaten:

Innovators	Early adopters	Early majority	Late majority	Laggards
6%	37%	44%	13%	0%

Tabel 2: Doelgroepanalyse

De teamleidster bevestigt dit in het interview. Zij heeft hetzelfde beeld van het team vanuit eerdere implementaties. Een klein deel van de verpleegkundigen is niet afwachtend en wil meteen de verandering inzetten, maar het merendeel wil wel veranderen, maar wil eerst afwachten tot andere het voortouw nemen en totdat het nut van de verandering zichtbaar is.

4.2.3. BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

Volgens Grol en Wensing (2015) zijn in elke fase en stap in het proces tot het invoeren van een verandering bevorderende en belemmerende factoren van kracht. Deze factoren beïnvloeden het eindresultaat van een implementatie. Deze factoren kunnen gerelateerd zijn

aan de individuele context, de sociale setting, de organisatorische setting en de maatschappelijke setting. In dit implementatievoorstel zijn geen maatschappelijke factoren naar voren gekomen. Tabel 3 geeft de bevorderende en belemmerende factoren weer die in de enquête en interviews zichtbaar zijn geworden.

	Individuele context	Sociale setting	Organisatorische setting
Bevorderende factoren	*Het team staat open voor veranderingen *25% van de respondenten zijn longverpleegkundigen die gericht zijn op nieuwe ideeën en ontwikkelingen *De implementatie wordt gedragen	*Een prettig klimaat op de afdeling *Andere disciplines denken mee *Het team bestaat voor 6% uit innovators, 37% uit early adopters en 44% uit early majority *26% is langer dan 15 jaar werkzaam op de afdeling, ervaren team	*Makkelijk palliatief team in consult vragen
Belemmerende factoren	*Onvoldoende kennis *Patiënt accepteren niet altijd het starten van palliatieve zorg *Familie werkt soms beleid tegen *Er is geen duidelijke regeling over het evalueren van de interventies *Gesprekken met patiënt en naasten gebeuren niet op tijd	*De interventies die toegepast kunnen worden zijn niet bekend *Team geeft eerst weerstand *Het team moet vaak aan een implementatie herinnerd worden	*Hoge werk-/tijdsdruk *De manier waarop het palliatief team in consult wordt gevraagd, werkt niet goed *Veel wisseling van artsen op de afdeling *Onduidelijk beleid

Tabel 3: Bevorderende en belemmerende factoren

4.3. Conclusie probleemanalyse

Als conclusie kan gesteld worden dat het team wel open staat voor verandering, mits het nut van de verandering duidelijk is en de verandering gedragen wordt. Uit de doelgroepanalyse is gebleken dat 25% van de respondenten de opleiding tot longverpleegkundige gevolgd heeft, wat een positieve invloed kan hebben op ontwikkelingen en implementaties, aangezien zij gericht zijn op nieuwe ideeën en ontwikkelingen. Uit de enquête is ook gekomen dat het 37% uit early adopters en 44% uit early majority bestaat, dit is het grootste deel van de afdeling. De teamleidster bevestigt dit. Naast de bevorderende factoren, zijn ook belemmerende factoren genoemd, zoals een hoge werk-/tijdsdruk, onduidelijk beleid, grote wisseling in artsen en onvoldoende kennis.

Hoofdstuk 5. Strategieën en interventies

In het vorige hoofdstuk werd een analyse gedaan van de doelgroep en setting en zijn de bevorderende en belemmerende factoren in kaart gebracht. Als duidelijk is hoe de optimale patiëntenzorg eruit zou moeten zien, kan er overgegaan worden tot de laatste stap van dit implementatievoorstel, namelijk het ontwikkelen van een verbeterstrategie. Na het uitwerken van de eerste stappen zullen nu bijpassende strategieën en interventies gekozen worden.

5.1. Methodiekbeschrijving strategieën en interventies

Het indelen van strategieën en interventies kan op verschillende manieren. Een van deze manieren is om ze te ordenen en te beschrijven volgens de 'officiële indeling van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group', ofwel EPOC. Bij deze methode wordt er onderscheid gemaakt in vier topics: de professionele, de financiële, de organisatorische interventies en wettelijke maatregelen. Deze methode is gekozen, omdat dit de meest gebruikt taxonomie is (Grol en Wensing, 2015). In dit hoofdstuk worden de strategieën en interventies gekozen die passen bij de bevorderende en belemmerende factoren van hoofdstuk 4, die zijn gebaseerd op de informatie verkregen uit de semigestructureerde interviews en die zijn vastgesteld aan de hand van informele gesprekken op de afdeling met de verpleegkundigen.

5.2. Resultaten strategieën en interventies

Onderstaande tabel beschrijft de gevormde strategieën en interventies die gekozen zijn bij de bijbehorende bevorderende en belemmerende factoren. De topics professionalgericht en organisatorische interventies komen terug in dit implementatievoorstel.

	Bevorderende factoren	Strategie	Interventie
Organisatorische interventies	Het palliatieve team kan makkelijk in consult gevraagd worden	Klinische multidisciplinaire diensten	Het continueren van het in consult vragen van het palliatief team. Hierbij regelmatig overleg houden om de samenwerking te blijven optimaliseren.
	Andere disciplines denken mee bij een moeilijke casus	Klinische multidisciplinaire diensten	Continueren van het in consult vragen van andere disciplines. Andere disciplines hebben op andere gebieden hun focus liggen en gebruiken dus ook andere technieken, die de palliatieve zorg positief kunnen bevorderen en hebben als consult tijd om de patiënt duidelijke uitleg te geven vanuit hun specialisme.

Tabel 4: Strategieën en interventies bevorderende factoren

	Belemmerende factoren	Strategie	Interventies
Professionalgericht	De interventies die toegepast kunnen worden zijn niet bekend	'Tailored' strategie	Er vindt een focusinterview plaats met de verpleegkundigen op de afdeling. Een focusinterview kan ingezet worden om barrières voor een verandering op te sporen. Hierna kan dan een interventie ontworpen worden om deze barrières aan te pakken (Grol en Wensing, 2015). Zo kan de wenselijke met de feitelijke situatie vergeleken worden en kunnen afhankelijk van de bevindingen nieuwe interventies ingezet worden.
	Er is geen duidelijke regeling over het evalueren van de interventies	Lokal consensus-processen	Maandelijks vindt er een overleg plaats tussen de verpleegkundigen van de afdeling, de longartsen en het palliatief team. Zo kunnen er duidelijk afspraken gemaakt worden, die ook maandelijks geëvalueerd en eventueel aangepast kunnen worden.
	Onvoldoende kennis	Educatieve praktijkbezoeken	Het palliatief team gaat op de afdeling eens per maand een voorlichting geven over palliatieve zorg, interventies en wat zij hierin kunnen betekenen. Aan de hand hiervan leren de verpleegkundigen ook te letten op de rapportage, om hier meer patiëntgericht te zijn i.p.v. alleen symptoomgericht.
	Het team moet vaak herinnerd worden van een implementatie	Herinneringen (Reminders)	De verpleegkundigen worden door de ster-rolhouder er regelmatig aan herinnerd de goede interventies uit te voeren en helpen ook anderen verpleegkundigen hieraan te denken. Hierbij wordt er een ster-rol op de afdeling toebedeeld om palliatieve zorg op de afdeling te bevorderen. Deze persoon kan de implementatie dragen.
	Familie werkt soms beleid tegen	Familie betrekken	Vanaf augustus 2019 wordt de eerste contactpersoon van een patiënt ingelicht na het beleidsgesprek, zodat vragen al beantwoord kunnen worden en de naasten ook op de hoogte zijn. Bij eventuele veranderingen in het beleid wordt dit met patiënt en naasten besproken.
Organisatorische interventies	Hoge werk-/tijdsdruk	Metten van tevredenheid van hulpverleners	Bij hoge werk- en tijdsdruk worden andere disciplines, zoals palliatief team, ingeschakeld ter ondersteuning van de doelgroep. Door regelmatig overleg en een al wekelijks MDO kunnen deze disciplines makkelijk en snel in consult gevraagd worden. Verder is het van belang de hoge druk ieder teamoverleg bespreekbaar te maken, zodat dit regelmatig geëvalueerd wordt.
	De manier waarop het palliatief team in consult wordt gevraagd, werkt niet goed en veel wisseling van artsen op de afdeling	Klinische multidisciplinaire diensten	Er gaat maandelijks een overleg plaatsvinden tussen de longartsen, palliatief team en de aanwezige verpleegkundigen om zo eventuele obstakels te kunnen bespreken en zo de zorg kunnen verbeteren.
	Gesprekken met patiënt en naasten gebeuren niet op tijd	Verandering van de setting van zorgverlening	Vanaf augustus 2019 wordt er, om duidelijkheid in het behandelbeleid te krijgen, bij opname al een gesprek gevoerd over verder beleid en welke interventies de patiënt nog wil dat toegepast worden.
Tabel 5: Strategieën en interventies belemmerende factoren			

In tabel 4 en 5 worden de bevorderende factoren gestimuleerd te continueren en de belemmerende factoren worden met verschillende strategieën en interventies tegengegaan. De belangrijkste interventies zijn het bevorderen van de communicatie, een duidelijk behandelbeleid en extra kennis voor de verpleegkundigen.

Rogers (2010) heeft vier kenmerken voor een succesvolle innovatie opgesteld. Deze zijn meegenomen met het opstellen van de interventies.

Passendheid komt naar voren als het palliatieve team een voorlichting komt geven aan de doelgroep. Hierdoor raakt de doelgroep bekend met de functie van het palliatieve team, de interventies die een verpleegkundige kan toepassen en krijgen de verpleegkundigen handvaten voor het geven van palliatieve zorg. Belangrijk is dat dit aansluit bij de bestaande normen en waarden of professionele ervaringen van de doelgroep, zodat de interventies zo effectief mogelijk toegepast kunnen worden.

Zichtbaarheid wordt duidelijk als de gesprekken over verder beleid meteen met opname gevoerd worden, zodat hier vanaf opname duidelijkheid over bestaat.

Met **complexiteit** is rekening houden bij het opstellen van de interventies. Dit is zo gedaan, zodat deze voor iedereen begrijpelijk zijn.

Probeerbaarheid komt terug met de pilots van rapporteren op de patiënt in plaats van alleen op symptomen, om zo duidelijkheid te creëren en het regelmatig stellen van de surprise-question aan de longartsen tijdens de visite.

Door te voldoen aan de vier kenmerken voor een succesvolle implementatie en de verpleegkundigen al het nut doen inzien van een bevordering van de palliatieve zorg voor niet oncologische longpatiënten, zal de implementatie hoogstwaarschijnlijk goed ontvangen worden op de afdeling en zal er geen tot weinig weerstand zijn.

5.3. Conclusie strategieën en interventies

De aan de bevorderende en belemmerende factoren gekoppelde strategieën en interventies zijn gericht op de kwaliteitsverbetering rondom de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten. De interventies zijn gericht op het opstellen van een duidelijk behandelbeleid, het aanpakken van het kennistekort en de bevordering van de communicatie. Hierbij is ervoor gezorgd dat de interventies voldoen aan de vier kenmerken van Rogers (2010).

Conclusie

Samengevat blijkt uit de geschetste wenselijke situatie dat het heel belangrijk is om tijdig een duidelijk behandelbeleid in de palliatieve zorg rondom niet oncologische longpatiënten af te spreken. Hierbij moet het verpleegkundig personeel ook voldoende geschoold zijn in dergelijke zorg. Uit de feitelijke situatie is gebleken dat de verpleegkundigen op west 42 graag meer scholing zouden willen, dat er een kennistekort is bij familie van de patiënt over een behandelbeleid en dat dit beleid momenteel niet tijdig genoeg besproken wordt. Hierbij mist er ook een goede communicatie tussen verschillende disciplines. Dit zijn ook meteen de grootste verschillen tussen de wenselijke en feitelijke situatie. Na een grondige probleemanalyse kan geconcludeerd worden dat het verpleegkundig team open staat voor verandering, mits deze verandering gedragen wordt en het nut van de verandering ingezien wordt. De belemmerende factoren bij een implementatie zijn een hoge werk-/tijdsdruk, onduidelijk beleid, grote wisseling in artsen en onvoldoende kennis.

Aan de hand van al deze resultaten is de volgende hoofdvraag beantwoord: 'Wat is de beste methode om palliatieve zorg voor longpatiënten op de long/cardio afdeling van het Zuyderland MC in Sittard-Geleen volledig te optimaliseren waardoor het welzijn van de patiënt verbeterd wordt?'. Door de wenselijke en feitelijke situatie ten opzichte van de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten in kaart te brengen is als resultaat naar voren gekomen dat de doelgroep graag meer handvaten wil ten opzichte van de palliatieve zorg. Hiernaast is ook duidelijk geworden dat momenteel vaak te laat begonnen wordt met een palliatief beleid te bespreken met de patiënt en dat de communicatie tussen verschillende disciplines niet altijd even optimaal verloopt. Door het invoeren van interventies die de communicatie tussen verschillende disciplines verbeteren en het aanreiken van extra informatie voor de verpleegkundigen, kan de palliatieve zorg op afdeling west 42 verbeterd worden. Daarnaast bleek een deel van de respondenten niet bekend met interventies voor palliatieve zorg in de ziektegerichte- en symptoomgerichte palliatie. De belangrijkste belemmerende factoren hierbij zijn een hoge tijds- werkdruk en kennistekort. Er kan gesteld worden dat er nog veel vooruitgang te boeken is rondom de palliatieve zorg. Door de in deze thesis aangeboden interventies te initiëren kan met deze vooruitgang gestart worden. Als het beleid op tijd duidelijk is, kan er vroegtijdig gehandeld worden, waardoor de patiënt niet onnodig hoeft te lijden en de werk- en tijdsdruk kan mogelijk afnemen. Dit aangezien de juiste disciplines er in een vroeg stadium bij betrokken worden en er op tijd begonnen kan worden met eventueel regelen van andere zaken.

Discussie

Tijdens het maken van dit implementatievoorstel zijn er enkele discussiepunten naar voor gekomen. Als eerste is de enquête maar door 57,1% van de aanwezige verpleegkundigen/stagiaires ingevuld. Optimaal zou zijn geweest minimaal 80%, maar ondanks de meerdere herinneringen en invulvragen is dit niet gelukt (Baarda, 2014). Hierbij waren er ook een aantal verpleegkundigen langdurig afwezig, waardoor de enquête ook niet aan het volledige team uitgereikt is. Verder is er in de enquête niet direct gevraagd of de verpleegkundigen bekend zijn met de ziekte- en symptoomgerichte palliatie. In de enquête hadden de verpleegkundigen het alleen over de interventies in de stervensfase en niet over andere interventies. Om hier duidelijkheid in te krijgen is er wel een interventie op gezet in hoofdstuk 4, namelijk een focus interview met de doelgroep. Dit aangezien een focusinterview kan worden ingezet om eventuele barrières voor een verandering op te sporen en een interventie te ontwikkelen die deze barrières dan aan kan pakken (Grol en Wensing, 2015).

Hierbij komt dat er voor het literatuuronderzoek maar weinig artikelen zijn gevonden, aangezien dit nog een relatief nieuw en onbekend onderwerp is. Er is nog minimaal onderzoek gedaan naar palliatieve zorg waarbij geen oncologisch ziektebeeld betrokken is. De bronnen die erg bruikbaar waren voor het maken van deze thesis waren de boeken van Visser, Bilsen & Francke (2011), Spreeuwenberg, Bakker & Dillmann (2016) en het boek van het Palliatief support team UZ Leuven (2018). Dit zijn alle drie boeken gebaseerd op uitgebreid onderzoek, maar zelf geen artikelen. De artikelen die wel gebruikt zijn in deze thesis bevestigen niet alleen de bevindingen van bovengenoemde auteurs, maar vullen deze bevindingen ook aan, vooral specifiek op het gebied longziekten in plaats van algemene palliatieve zorg.

Ook zijn er voor het opstellen van dit implementatievoorstel geen patiënten/naasten geïnterviewd. Meerwaarde hiervan zou zijn geweest om te onderzoeken hoe het beleid rondom een palliatieve fase overkomt op de patiënt en hoe de naasten vinden dat alles geregeld is. Dit is echter niet gedaan in verband met de Wet Bescherming Persoonsgegevens (patiëntenfederatie Nederland, 2017) waar het Zuyderland MC zich strikt aan houdt.

Als laatste is er momenteel een PA werkzaam op de afdeling die zich inzet voor een gesprek met de COPD-patiënten om een verder beleid te bespreken op de tweede opnamedag. Dit is echter pas gestart toen dit implementatievoorstel al in de maak was. Was dit eerder kenbaar geweest, was zij ook geïnterviewd, aangezien dit voor verschillende uitkomsten had kunnen zorgen, gericht op het beleid.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de praktijk zijn:

- Verder onderzoek over de gehele doelgroep en eventueel aanpassen van de onderstaande interventies.
- Een ster-rol op de afdeling instellen om de palliatieve zorg te monitoren en eventueel te verbeteren.
- Een maandelijks overleg laten plaatsvinden tussen de longartsen, palliatief team en de aanwezige verpleegkundigen om zo eventuele obstakels te kunnen bespreken en zo de zorg kunnen verbeteren.
- Het palliatief team vragen om eens per half jaar p de afdeling een voorlichting te geven over palliatieve zorg, interventies en wat zij hierin kunnen betekenen.
- Vanaf augustus 2019 wordt er, om duidelijkheid in het beleid te krijgen, bij opname al een gesprek gevoerd over verder beleid en welke interventies de patiënt nog wil dat toegepast worden.
- Vanaf augustus 2019 wordt de eerste contactpersoon van een patiënt ingelicht na het beleidsgesprek, zodat vragen al beantwoord kunnen worden en de naasten ook op de hoogte zijn. Bij eventuele veranderingen in het beleid wordt dit met patiënt en naasten besproken.
- Als pilot gaan de verpleegkundigen meer rapporteren over de gesprekken die zij met een patiënt voeren, zodat het eerder duidelijk wordt als een patiënt ergens mee zit en er eerder actie ondernomen kan worden om eventueel lijden te voorkomen.
- Verpleegkundigen gaan als pilot vaker aan de arts vragen naar de surprise-question, zodat hopelijk sneller nagedacht wordt of een palliatief beleid gestart moet worden.

Literatuurlijst

Baarda, D.B., & de Goede, M.P.M., & Kalmijn, M. (2015). *Basisboek enquêteren, handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgever.

Baarda, D. B. (2014). *Dit is onderzoek! handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers (2ed.)

Baarda, B. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (3e ed.). Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.

Boddaert, M., Douma, J., Dijkhoorn, F. & Bijkerk, M. (2017). *Kwaliteitskader palliatieve zorg*. (n.b.): Integraal kankercentrum Nederland

Bourke, S.J. & Peel, E.T. (2013). *Integrated Palliative care of respiratory disease*. Londen: Springer.

Bruntink, R. (2002). *Een goede plek om te sterven*. Zutphen/Apeldoorn: Plataan.

Bruntink, R. (2018). *COPD in de palliatieve fase*. Nursing, Vol. 24(5), p51-57.

CBS (2018). *Doodsoorzakenstatistiek*. Bezocht op 1-10-2018, via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/copd/cijfers-context/sterfte>

Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J. & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers (3ed.).

Faull, C. & Blankley, K. (2015). *Palliative care*. Oxford: Clays Ltd (2ed.).

Graeff, A. de, Jobse, A.P., Teunissen, S.C.C.M., Verkuijlen, M.M.J.D., Vissers, K.C.P., Zylics, Z. en Gilsing, M.G., (2017). *Algemene principes van palliatieve zorg*. NTVO Richtlijnen, Vol 14(2), p62-66.

Grol, R. & Wensing, M., (2015). *Implementatie, Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van loghum (6ed.).

Hosson, S. de. (2014). *Palliatieve zorg bij COPD is nog ondergeschoven kind*. Mednet, Vol 7(7), p14-15.

Jordens, E. (2008). *Palliatieve zorg: óók bij COPD*. Pallium, Vol 10(3), p18-21.

Lugton, J. & McIntyre, R. (2005). *Palliative care: The nursing role*. Curchill: Elsevier (2ed).

Nationaal Kompas (2012). *Wat is de kans op overlijden bij ademhalingswegen ziekte?*
Bezocht op 1-10-2018, via <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/ziekten/120151-wat-is-de-kans-op-overlijden-bij-ademhalingswegen-ziekte.html>

Nieswiadomy, R. M., & Smeets, I. (2013). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*.
Amsterdam: Pearson (6ed.).

Palliatief support team UZ Leuven. (2018). *Palliatieve zorg in de praktijk*. Leuven: Acco.

Rogers, E. M. (2007). *Adoptie en Diffusie van innovaties*. Moolenburgh: management tools, 3

Royal college of Physicians (2007). *Palliative care services: Meeting the needs of patients*.
London: Sarum colourView Group.

Spiro, S.G., Silvestri, G.A. & Augustí, A. (2012). *Clinical respiratory medicine*. Philadelphia:
Elsevier Saunders (4ed.).

Spreeuwenberg, C., Bakker, D.J. & Dillmann, R.J.M. (2016) *Handboek palliatieve zorg*.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Visser, A., Bilsen, J.J.R. & Francke, A.L. (2011). *Palliatieve zorg door verpleegkundigen*.
Amsterdam: Reed Business.

Zaagman, M.J., Aalst, H.C., Geleijns, N., Berg, H. van den, Erren, E., Tibbe, K., Zanten, J.M.
van, Wittermans, F.F., Coenen, S., Ophorst, J.M., Eck, L. van & Niet, H. van der. (2009).
Zakboek ziektebeelden: Longziekten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zuyderland MC (2019). *Zorg. Samen. Beter*. Bezocht op 03 - 05 – 2019, via
<https://www.zuyderland.nl>

I Grol en Wensing

Het is van belang implementaties procesmatig en planmatig vernieuwingen en/of verbeteringen invoeren. Grol en Wensing (2015) beschrijven dit aan de hand van 7 stappen.

STAP 1: ONTWIKKELING VOORSTEL VAN VERANDERING (WENSELIJKE SITUATIE)

De eerste stap bij het implementeren van een vernieuwing of een verbetering is het ontwikkelen en vaststellen van een concreet en haalbaar voorstel voor verandering. Deze innovaties moeten zorgvuldig worden ontwikkeld, van goede kwaliteit zijn, aansluiten bij de behoeften van de doelgroep en een aantrekkelijke vormgeving hebben. Voor het daadwerkelijke implementeren is het daarom ook belangrijk goed inzicht te hebben in de volgende kenmerken van een implementatie:

- De wijze waarop de ontwikkeling heeft plaatsgevonden;
- De kwaliteit en geloofwaardigheid van de aanbevelingen;
- De geloofwaardigheid van de ontwikkelaars;
- Het draagvlak voor de innovatie;
- De vormgeving;
- De mogelijkheden tot aanpassing ervan aan de lokale situatie.

De literatuur die in stap 1 gebruikt wordt is beschouwend van aard of gebaseerd op onderzoek buiten de gezondheidszorg.

STAP 2: ANALYSE FEITELIJKE ZORG, CONCRETE DOELEN VOOR VERBETERING

Voordat er overgegaan wordt op activiteiten is het in stap 2 eerst belangrijk om de feitelijke zorgverlening goed te kennen. Dit houdt in kijken welke zorg nu precies gegeven wordt, is deze zorg conform de voorgestelde wijze, waar liggen de belangrijkste afwijkingen, welke aspecten van de voorgestelde zorgverlening zijn al voldoende geïmplementeerd en welke niet?

De meeste voorstellen bevatten niet een, maar meerdere concrete aanbevelingen voor het optimaliseren van de patiëntenzorg. Hierbij moet wel rekening gehouden worden dat niet alle aanbevelingen even goed opgevolgd zullen worden. Hierbij is het dan het efficiënts om de aandacht vooral te richten op de belangrijkste afwijkingen en op de afwijkingen waarvan mag worden verwacht dat verandering mogelijk is en tot een kwaliteitsverbetering van zorg voor de patiënt zal leiden. Een doelgroep kan meestal niet meer dan enkele doelen tegelijkertijd effectief aanpakken.

Door de afwijkingen in de gewenste situatie en het feitelijk handelen gedetailleerd in kaart te

brenge, kan het ook zo zijn dat de doelgroep een *sense of urgency* krijgt en hierdoor een dringender gevoel krijgen dat er iets veranderd moet worden. Om de feitelijke situatie zo gedetailleerd mogelijk in kaart te brengen, zijn nodig:

- Indicatoren om de gewenste wijze van werken om een valide manier te meten;
- Deugdelijke methoden voor de verzameling van gegevens;
- Inzichtelijke en acceptabele van feedback aan de doelgroep;
- Formuleren van concrete doelen van verandering.

STAP 3: PROBLEEMANALYSE DOELGROEP EN SETTING

De volgende stap is het analyseren van de context waarbinnen de implementatie gaat plaatsvinden, de kenmerken van de doelgroep en de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de voorgestelde verandering.

Er zijn veel factoren die kunnen bijdragen aan het eindresultaat van een implementatie. Deze factoren kunnen te maken hebben met de setting, de verhoudingen tussen individuen binnen die setting, de doelen van de implementatie, bestaande routines, de kenmerken van de professionals die de innovatie moeten toepassen, de cultuur binnen het team, de beschikbare middelen en eventuele organisatorische of structurele voorwaarden. Iedere doelgroep en setting is namelijk uniek.

Hierbij moet ook gekeken worden uit wat voor subgroepen het team bestaat, hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van de indeling volgens Rogers (2010):

- Innovators:
Sterk gericht op nieuwe ideeën, staat vooraan met een implementatie en zal deze meteen invoeren;
- Early adopters:
Een actieve groep, die vaak veel status binnen de doelgroep heeft, zal afwachten op de innovators, maar hierna ook snel de implementatie toepassen;
- Early majority:
Een groep zonder leiders, maar zich makkelijk laat leiden door de early adopters;
- Late majority:
Een sceptische groep ten aanzien van veranderingen, maar zal uiteindelijk een implementatie doorvoeren;
- Laggards:
Een traditionele groep, geeft veel weerstand tegen veranderingen.

In elke fase en stap zijn er bepaalde factoren die een bevorderende of belemmerende invloed kunnen hebben. Deze factoren kunnen gerelateerd zijn aan:

- Individuele hulpverleners;
- Sociale context;
- Organisatorische context;
- Economische en juridische context.

STAP 4: ONTWIKKELING EN SELECTIE VAN INTERVENTIES/STRATEGIEËN

Nadat alle gevonden factoren en andere informatie gevonden is, worden strategieën opgesteld, die gebruikt kunnen worden bij de invoering van innovaties en veranderingen. De strategieën kunnen globaal geordend worden in de volgende onderdelen:

- Interventies gericht op individuele professionals;
- Financiële interventies;
- Organisatorische interventies;
- Regelgeving.

In de praktijk is vaak te zien dat er meestal een combinatie van maatregelen nodig is, om echt succes te behalen in een implementatie. Dit is dan een mix van activiteiten, afgestemd op de resultaten van de diagnostische analyse, eventueel worden de nieuwe maatregelen en strategieën eerst op kleine schaal uitgevoerd.

STAP 5: ONTWIKKELING, TESTEN EN UITVOERING VAN IMPLEMENTATIEPLAN

Bij het maken van een implementatieplan zal er rekening mee gehouden moeten worden, dat verschillende strategieën en maatregelen op verschillende momenten in het veranderproces effectief zijn. In de planning van concrete implementatieactiviteiten kan aan de volgende dingen gedacht worden:

- Beginnen op kleine schaal met een beperkte gemotiveerde groep;
- Planning volgens de verschillende fasen van het veranderproces;
- Betrekken van de doelgroep;
- Planning van de activiteiten in de tijd;
- Verdeling van taken, procedures en verantwoordelijkheden;
- Het implementatieplan wordt ingebouwd in bestaande structuren en kanalen;
- Concrete korte- en lange termijn doelen;
- Op welk niveau de feitelijke uitvoering moet plaatsvinden.

STAP 6: INTEGRATIE IN ROUTINES

Het is heel belangrijk dat de geplande verbeteringen in de zorgverlening dusdanig worden ingebouwd in de vaste routine en verankeren in de organisatie. Dit zodat de kans op terugval

zoveel mogelijk wordt voorkomen. Het zogenoemde 'borgen' van de verandering vereist maatregelen die deze terugval voorkomen. Dit kan inhouden dat de implementatie wordt ondersteund door extra middelen, nieuwe stafleden, apparatuur informatietechnologie of systeemveranderingen. Hierbij kan het ook belangrijk zijn dat bepaalde onderdelen van de implementatie structureel worden voortgezet.

STAP 7: (CONTINUE) EVALUATIE EN (INDIEN NODIG) BIJSTELLING VAN PLAN

De laatste stap van een implementatie is de evaluatie van de bereikte resultaten. Dit is een cruciale stap die vaak te weinig aandacht krijgt. De uitkomsten van deze evaluatie zijn van groot belang om vast te stellen of de geïnvesteerde energie tot de gewenste resultaten heeft geleid of als dit niet het geval is, hoe er meer succes geboekt kan worden. Een evaluatie kan consequenties hebben voor:

- Het aanpassen van het voorstel voor verandering;
- Het opnieuw meten van de feitelijke zorgverlening;
- Aanvullende analyses over de bevorderende en belemmerende factoren;
- Herziening van de strategieën en maatregelen om tot verandering te komen;
- Planning en uitvoering van de implementatie;
- Nemen van maatregelen om terugval te voorkomen en integratie van de nieuwe werkwijze te garanderen.

II Ziektebeelden

II.I NORMALE BOUW EN FUNCTIE LONGEN

De linker- en rechterlong hebben beide duidelijk te onderscheiden kwabben. Deze worden door diepe groeven van elkaar gescheiden. Voor de rechterlong zijn dit drie kwabben en voor de linkerlong twee kwabben. De longen hebben een lichte en sponsachtige structuur. Dit aangezien het grootste gedeelte van de longen bestaat uit met lucht gevulde doorgangen en alveoli (wordt later verder uitgelegd). Hierbij komt dat de longen ook bestand moeten zijn tegen aanzienlijke volumeveranderingen, dus bevatten de longen ook veel elastische vezels (Martini & Bartholomew, 2013).

Iedere long ligt in een afzonderlijke pleuraholte. Deze is met een sereuze membraan bekleed, dit membraan wordt ook wel de pleura. De pariëtale pleura, ook wel borstvlies, bekleedt de binnenste oppervlakte. De viscerale pleura of longblad, bedekt de buitenste oppervlakten van de longen. De twee pleuraholtes zijn door het mediastinum gescheiden (Martini & Bartholomew, 2013).

De twee pleura's liggen meestal vlak tegen elkaar. Om wrijving tijdens het ademen te verminderen, produceren beide lagen een soort 'smering', ook wel pleuravocht genoemd. Dit pleuravocht kan voor diagnostische doeleinden afgenomen worden met een lange naald die tussen de ribben door wordt gestoken (= thoracentese). De vloeistof kan onderzocht worden op aanwezigheid van bacteriën, bloedcellen en andere afwijkende bestanddelen (Martini & Bartholomew, 2013).

Ademhalingsstelsel

Het ademhalingsstelsel heeft vijf basale functies:

1. Een groot oppervlak voor gaswisseling tussen lucht en bloed;
2. Het verplaatsen van de lucht van en naar het gaswisselingsoppervlakte in de longen;
3. Bescherming van de alveolaire oppervlakte tegen uitdroging, temperatuursveranderingen en verdediging tegen binnendringende ziekteverwekkers;
4. Vorming van geluid, bijvoorbeeld spraak en zang;
5. De reukzin bevorderen.

De belangrijkste anatomische onderdelen van het ademhalingsstelsel zijn:

- De neus;
- De pharynx (keelholte);

- De larynx (strottenhoofd);
- De trachea;
- De bronchiën;
- De longen met hierin de bronchiolen en de alveoli.

(Martini & Bartholomew, 2013)

De trachea (luchtpijp)

De trachea is een taaie en buigzame buis met een diameter van ongeveer 2,5 cm en een lengte van ongeveer 11cm. De wanden van de luchtpijp worden door 15 tot 20 kraakbeenstukken verstevigd en beschermd. De u-vormige kraakbeenstukken voorkomen hiermee ook dat de luchtpijp dichtklapt of teveel uitrekt bij drukverschillen.

De bronchiën

In het mediastinum vertakt de trachea in de rechter en linker primaire bronchus. De rechter bronchus heeft een grote diameter en een minder scherpe bocht. In elk van de beide longen vertakt de primaire bronchus tot een zogenoemde bronchusboom. Bronchiolen zijn vertakkingen met een doorgang van nog maar 1mm, hieromheen zitten dan ook geen kraakbeenstukken meer.

Bronchiolen

De smalste bronchiolen (de terminale bronchiolen) hebben een binnendiameter van 0.3 – 0.5mm. Elke terminale bronchiolen voert lucht naar een lobje van de long. Dit is een gedeelte van het longweefsel dat is begrensd door tussenschotten van bindweefsel en dat lucht krijgt toegevoerd door één enkele bronchiolen, die is omgeven door vertakkingen van de longarteriën en longvenen. Hier vindt de gasuitwisseling plaats in de respiratoire bronchiolen.

Alveoli

De bronchioli respiratorii eindigen in doorgangen die ductuli alveolares genoemd worden. Deze buisjes eindigen in longtrechtertjes, gezamenlijke compartimenten die uit vele afzonderlijke alveoli (longblaasjes) bestaan. Elke long bevat ongeveer 150 miljoen alveoli.

(Martini & Bartholomew, 2013)

II.II COPD

Korte omschrijving ziektebeeld

COPD staat voor 'chronic obstructive pulmonary disease' en is een verzamelterm voor chronische bronchitis en longemfyseem. Door de jaren heen wordt bij COPD vooral de kleinere takken van de luchtwegen beschadigd, waarin ook het eigenlijke longweefsel kan zijn meegenomen. In dit geval is er beschadiging van de wanden van de longblaasjes, hierdoor ontstaat er een vermoeilijkte gasuitwisseling (Spiro, S.G., Silvestri, G.A. & Augustí, A., 2012).

Oorzaak/klachten en verschijnselen

Oorzaken kunnen zijn:

- Roken;
- Luchtverontreiniging;
- Allergische reactie in de luchtwegen;
- Genetisch bepaald sterk reageren van de luchtwegen.

Mogelijke verschijnselen voor chronische bronchitis kunnen zijn: dagelijks hoesten met opgeven van grijs sputum, dyspnoe en het regelmatig optreden van luchtweginfecties. Bij longemfyseem zijn deze verschijnselen ook dyspnoe, cyanose, hoesten met sputum, bolle thorax, gebruik van hulpademhalingsspieren, chronische vermoeidheid en eetlustverlies/kans op uitdroging (Zaagman, Et. al., 2009).

Medische diagnose en het effect hiervan op de zorgvrager

Er zijn meerdere manieren om COPD te diagnosticeren. Hier kan de diagnose gesteld worden als de typische symptomen aanwezig zijn en na een longfunctieonderzoek. Bij een bijkomende luchtweginfectie kan er ook een sputumkweek opgevangen worden om te kijken welke antibiotica het beste gebruikt kan worden.

Daarbij kan ook hypoxemie, hypercapnie en neiging tot acidose vastgesteld worden met een bloedgasanalyse (Zaagman, Et. al., 2009).

Therapie/behandeling

Het belangrijkste is als eerste om te stoppen met roken, als de patiënt dit nog deed. Hierna kunnen er puffjes gegeven worden. Hierin kunnen dan luchtwegverwijders, luchtwegbeschermers of combinatie hiervan zitten. Ook is er inhalatiemedicatie met ontstekingsremmende medicatie. Als de patiënt veel last heeft van vastzittend sputum kan er ook gekozen worden voor slijmoplossers. Bij een erge vorm van COPD kan het ook zo zijn

dat de desbetreffende patiënt zuurstofafhankelijk wordt, er kan dan gekozen worden voor continue zuurstof. (Zaagman, Et. al., 2009).

Te verwachten complicaties

- Vergroot risico op luchtweginfecties;
- Respiratoire insufficiëntie;
- Hartfalen;
- Vergroot risico op pneumothorax.

(Zaagman, Et. al., 2009).

Prognose

De prognose van COPD is geleidelijk progressief. Met andere woorden COPD is niet te genezen en het ziektebeeld zal over langere tijd voor steeds meer achtergang zorgen. (Zaagman, Et. al., 2009).

II.III ASTMA BRONCHIALE

Korte omschrijving ziektebeeld

Het belangrijkste kenmerk van astma bronchiale is het aanvalsgewijs optreden van kortademigheid in rust, hierbij een piepende en bemoeilijkte ademhaling. Dit door een vernauwing van de bronchioli, als reactie op prikkels. Hierdoor ontstaan spasmen van de gladdespiercellen, zwellingen en extra slijmproductie wat uiteindelijk leidt tot een bronchiale obstructie.

Er is nooit een moment waar er helemaal geen ontstekingsreactie is, maar men is overwegend klachtenvrij tussen de aanvallen in (Spiro, S.G., Silvestri, G.A. & Augustí, A., 2012).

Oorzaak/klachten en verschijnselen

De belangrijkste oorzaak van astma bronchiale is hyperactiviteit van de luchtwegen, deze is bijna altijd aangeboren. 90% van de patiënten met astma bronchiale zijn ook bekend met aangeboren allergieën, voor bijvoorbeeld huisstofmijt, pollen, huidschilvers van katten/honden en verschillende schimmels.

De astma-aanval kenmerkt zich door:

- Kortademigheid in rust;
- Piepende ademhaling op de borst;
- Prikkelhoest;
- Gebruik van hulpademhalingspiers;
- Bollere thorax;
- Cyanose;
- Acidose;
- Uitdroging;
- Opgeven van taai-glazig, korrelig sputum.

(Zaagman, Et. al., 2009).

Medische diagnose en het effect hiervan op de zorgvrager

De diagnose kan gesteld worden op grond van het klinische beeld. Hierbij kan ook een longfunctieonderzoek gedaan worden en een x-thorax kan andere ziektebeelden uitsluiten. Er kan ook voor aanvullende informatie een bloedgasanalyse en allergieonderzoek gedaan worden. Hierbij horen dan ook een phadiotop-test, een rast-test (beide voor het meten van activiteit van een allergie), bepaling van vaneosinofiele cellen in bloed en sputum (meten van

witte bloedcellen, betrokken bij ontstekingsreactie van de luchtwegen) en het vaststellen van hyperactiviteit van de luchtwegen (Zaagman, Et. al., 2009).

Therapie/behandeling

Bij een aanval bestaat de behandeling uit het opheffen van de luchtpijpvernauwing. Zonder aanval bestaat de behandeling uit het voorkomen van vernauwingen en de luchtwegactiviteit te verminderen. De behandeling bestaat uit de volgende onderdelen:

- Medicatie (Luchtwegverwijdend en ontstekingsremmend);
- Maatregelen om reactie op allergieën tegen te gaan;
- Infectiebestrijding;
- Fysiotherapie;
- Eventueel zuurstoftoediening;
- Influenzavaccinatie.

(Zaagman, Et. al., 2009).

Te verwachten complicaties

- Respiratoire insufficiëntie;
- Niet reageren op de behandeling (= status asthmaticus);
- Recidiverende infecties;
- Blijvende longbeschadiging.

(Zaagman, Et. al., 2009).

Prognose

Als de patiënten therapietrouw zijn is astma bronchiale, mist de juiste behandeling toegepast wordt, goed te reguleren. Een heel klein deel patiënten blijft ernstige klachten houden en moet hiervoor ook herhaaldelijk klinisch opgenomen worden (Zaagman, Et. al., 2009).

II.IV PNEUMONIE

Korte omschrijving ziektebeeld

Een pneumonie is een ontsteking van het longweefsel. Hierbij zijn meestal ook omliggende kleinere en grotere luchtpijptakken mee ontstoken. In veel gevallen is het zelfs zo dat de ontsteking begint in de luchtwegen en het longweefsel vervolgens in het proces wordt meegenomen (Spiro, S.G., Silvestri, G.A. & Augustí, A., 2012).

Oorzaak/klachten en verschijnselen

Er zijn twee soorten pneumonie. Elk heeft een verschillende oorzaak.

Primaire pneumonie, krijgt een patiënt geheel onverwacht. Er is geen zichtbare aanleiding, maar meestal is er een algemene verminderde weerstand.

Een secundaire pneumonie ontstaat echter als er al eerder iets aan de hand is met de luchtwegen/longen. Hierdoor is het weefsel aangetast en gevoeliger voor een eventuele infectie. Denk hierbij aan:

- Retentie van slijm in de luchtwegen;
- Aangetast luchtwegslijmvlies door virussen of irritantia;
- Obstructie;
- Longembolie;
- Stuwings in de longvaten.

Een pneumonie is hierbij in beide gevallen te herkennen aan:

- Koorts;
- Diep hoesten met pijn op de borst;
- Etterig sputum;
- Dyspnoe/tachypneu;
- Cyanose;
- Pijn bij ademhaling.

(Zaagman, Et. al., 2009).

Medische diagnose en het effect hiervan op de zorgvrager

De diagnose is op de volgende manieren vast te stellen:

- Onderzoek van de thorax door de arts;
- Een x-thorax;

- Sputumonderzoek;
 - Bloedonderzoek;
 - Urineonderzoek.
- (Zaagman, Et. al., 2009).

Therapie/behandeling

De behandeling van een pneumonie bestaat uit een antibioticakuur. Hierbij kan ook gekozen worden voor extra fysiotherapie om een goede ademhalingstechniek te bevorderen (Zaagman, Et. al., 2009).

Te verwachten complicaties

Er zijn twee complicaties die verwacht kunnen worden bij een pneumonie, mits de patiënt al een sterk verminderde afweer heeft en/of een resistente bacterie. De complicaties zijn een longabces of pleuritis/pleura-empyeem (Zaagman, Et. al., 2009).

Prognose

Bij juiste behandeling zal de patiënt genezen, maar bij geringe weerstand of een resistente bacterie kan overlijden een gevolg zijn (Zaagman, Et. al., 2009).

II.V PNEUMOTHORAX

Korte omschrijving ziektebeeld

Als zich lucht bevindt in de pleuraholte, wordt er gesproken van een pneumothorax (Spiro, S.G., Silvestri, G.A. & Augustí, A., 2012).

Oorzaak/klachten en verschijnselen

Er bestaan verschillende pneumothoraxen, elk met een eigen oorzaak:

- Spontane primaire pneumothorax
Hiervan is de oorzaak onduidelijk of niet bekend
- Spontane secundaire pneumothorax
Deze ontstaan als gevolg van aanwezige longaandoeningen
- Traumatische pneumothorax
Een direct of indirect trauma kan een pneumothorax tot gevolg hebben. Daarbij kunnen ook bloedvaten geraakt zijn, waardoor tevens een hemothorax bestaat
- Spanningspneumothorax
In deze situatie is tijdens de ademhaling de intrathoracale druk groter dan de atmosferische druk. Dit kan als tijdens een inademing lucht door het gat kan passeren, maar tijdens de uitademing niet kan ontsnappen. Een spanningspneumothorax is levensbedreigend.

Klachten kunnen zijn:

- Acute fel stekende pijn;
 - Dyspnoe;
 - Cyanose;
 - Droge hoest;
 - Tachycardie en tachypnoe;
 - Asymmetrie van de thorax.
- (Zaagman, Et. al., 2009).

Medische diagnose en het effect hiervan op de zorgvrager

Een pneumothorax kan vastgesteld worden aan de hand van een anamnese of een thoraxfoto (Zaagman, Et. al., 2009).

Therapie/behandeling

Een pneumothorax kan non-invasief en invasief behandeld worden.

Non-invasief: Bij een kleine, niet traumatische pneumothorax is afwachten meestal voldoende. Het gat zal zichzelf dan weer dichtten. Er kan eventueel extra zuurstof gegeven worden om de absorptie te bevorderen.

Invasief:

- Aspiratie;
 - Chemische pleurodese;
 - Video-assisted thoracic surgery (VATS);
 - Conventionele chirurgische behandeling.
- (Zaagman, Et. al., 2009).

Te verwachten complicaties

Complicaties zijn voornamelijk verbonden met een spanningspneumothorax. Deze kan long- en hartfalen veroorzaken en er kan emfyseem ontstaan (Zaagman, Et. al., 2009).

Prognose

Bij een juiste, snelle behandeling volgt herstel (Zaagman, Et. al., 2009).

II.VI LONGEMBOLIEËN

Korte omschrijving ziektebeeld

Een longembolie ontstaat doordat een bloedstolsel, ergens in het lichaam losraakt en met de bloedstroom wordt meegevoerd naar de bloedvaten van de long. Hier, in de steeds verder vertakkende en dus nauwer wordende bloedvaten, loopt het stolsel vast, waardoor de bloeddoorstroming van de long gedeeltelijk wordt afgesloten.

Bij een ruitereembolie spreekt men van een groot stolsel dat de longslagaders naar beide longen volledig afsluit. Hierdoor is de bloedcirculatie acuut verstoort en is er sprake van een circulatiestilstand. Deze patiënten verliezen binnen enkele secondes het bewustzijn, aangezien er geen zuurstof meer naar de weefsels in het lichaam stroomt (Spira, S.G., Silvestri, G.A. & Augustí, A., 2012).

Oorzaak/klachten en verschijnselen

De trombose waar een embolie vandaan komt ontstaat altijd in een veneus vat, meestal in de beenvenen of bekkenvenen. De meeste patiënten met klachten zijn hierbij boven de 65 jaar. Er bestaat ook een verhoogd risico bij:

- Een eerder longembolie/trombose;
- Rokers;
- Familie gerelateerd;
- Gebruik van orale anticonceptie;
- Weinig beweging/immobiel;
- Veel medicatie;
- Operatie;
- Aangeboren stollingsstoornis;
- Overgewicht;
- Boezemfibrilleren,

Klachten bij een longembolie kunnen zijn:

- Kortademigheid;
- Prikkelhoest;
- Pijn;
- Transpiratie;
- Haemoptoë;
- Hartkoppelingen;

- Koorts.
(Zaagman, Et. al., 2009).

Medische diagnose en het effect hiervan op de zorgvrager

De vaststelling van een longembolie kan door middel van een perfusiescan of een CT-scan. Hierbij kan ook een thoraxfoto of een ECG gemaakt worden om eventuele andere oorzaken uit te sluiten (Zaagman, Et. al., 2009).

Therapie/behandeling

De eerste stap bij het behandelen van een longembolie is het zo snel mogelijk toedienen van antistollingsmedicatie. Hierna kan eventueel gekeken worden voor het toedienen van fibrinolytice en in uitzonderlijke gevallen kan het ook zo zijn dat chirurgische ingrepen noodzakelijk zijn (Zaagman, Et. al., 2009).

Te verwachten complicaties

De drie belangrijkste complicaties bij een longembolie zijn:

- Optreden van een longinfarct;
- Toenemende mate van decompensatio cordis;
- Een obstructieve shock met overlijden tot gevolg.
(Zaagman, Et. al., 2009).

Prognose

Bij snelle behandeling zal de embolie volledig of genoeg oplossen en zal het verholpen zijn. Bij eventuele complicaties of niet snel genoeg handelen kan overlijden een gevolg zijn (Zaagman, Et. al., 2009).

II.VII INFLUENZA

Korte omschrijving ziektebeeld

Influenza wordt ook wel de griep genoemd, aangezien het wordt veroorzaakt door een griepvirus (influenzavirus). Het is een acute, besmettelijke aandoening in de luchtwegen. Er zijn twee typen influenzavirussen, die de griep veroorzaken in Nederland, namelijk het influenza a- of influenza b-virus.

Het belangrijkste verschil tussen de griep en een verkoudheid is dat influenza 3-5 dagen duurt, maar herstel 2 tot 3 weken kan duren. Hierbij kan de griep ook resulteren tot het overlijden (Spiro, S.G., Silvestri, G.A. & Augustí, A., 2012).

Oorzaak/klachten en verschijnselen

Zoals eerder gezegd, krijg je de griep door geïnfecteerd te met influenza a of influenza b. Deze zorgen voor een ontsteking in de luchtwegen. Het virus kan door hoesten en niezen overgedragen worden.

Verschijnselen van het influenzavirus zijn:

- Koude rillingen;
 - (Hoge) Koorts;
 - Droge hoest;
 - Keelpijn;
 - Heftige spierpijn;
 - Vermoeidheid;
 - Hoofdpijn.
- (Zaagman, Et. al., 2009).

Medische diagnose en het effect hiervan op de zorgvrager

De diagnose kan gesteld worden aan de hand van het klinisch beeld. Hierbij wordt meestal gekeken naar eventuele verhoogde ontstekingswaarden in het bloed.

Ook kan er een sputumkweek afgenomen worden of een bacteriekweek van de keelholte (Zaagman, Et. al., 2009).

Therapie/behandeling

Meestal is de ziekte zelf beperkend en hoeft er geen behandeling gestart te worden. Mocht

er een vergroot risico op complicaties zijn kan ervoor gekozen worden om een antivirale therapie te starten en eventuele inhalatiemedicatie (Zaagman, Et. al., 2009).

Te verwachten complicaties

Meest voorkomende complicaties zijn:

- Secundaire bacteriele infecties;
- Overleden bij ouderdom of onderliggend lijden. Denk hierbij aan diabetes, obesitas, transplantatie, maligniteit, astma of COPD.
(Zaagman, Et. al., 2009).

Prognose

Influenza zorgt voor veel klachten die in de meeste casussen vanzelf weer weg zullen trekken, echter bij ouderdom of ander onderliggend lijden kan overlijden een gevolg zijn (Zaagman, Et. al., 2009).

III. Topiclijsten interviews

III.I VRAGEN TEAMLEIDSTER

Inleiding:

- Introductie
- Korte uitleg onderwerp en doelstelling
- Reden interview
- Verwerking resultaten
- Anonimiteit
- Methode (opname, toestemming) en tijdsduur
- Evt. vragen alvorens het interview

Inhoudelijke vragen:

Palliatieve zorg:

- Wat verstaat u onder palliatieve zorg?
- Wat is uw mening over de huidige palliatieve zorg op de afdeling?
- Ziet u longpatiënten in de palliatieve fase opgenomen op de afdeling?
- Hoe vaak ziet u deze patiënten op de afdeling?
- Waaraan herkent u deze patiënten?
- Hoe verloopt de zorg rondom deze patiënten?

- Wat vindt u van het huidige beleid ten aanzien van palliatieve zorg?
- Komt het weleens voor dat het beleid niet duidelijk is?

- Is het beleid voor het team duidelijk?
Waaraan ervaart u dat?
Hoe begeleidt het team deze patiënten / welke interventies volgen?

- Hoe denkt u dat het team tegenover een implementatie staat ter verbetering van de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten? → behoeft verbetering?
Welke adviezen zou u geven aan het verpleegkundige team om de palliatieve zorg te optimaliseren?
Wat zouden belemmerende / bevorderende factoren kunnen zijn bij het implementeren van adviezen?

Teamopbouw:

- Wat is de gemiddelde leeftijd van het team?
- Is er veel wisseling van het personeel in het team?
- Zijn er verpleegkundigen die momenteel een vervolgopleiding volgen?

Indien ja, Hoeveel verpleegkundigen?

Denkt U dat dit een bevorderende of belemmerende factor kan zijn ten opzichte van een implementatie op de afdeling?

- Hoe is het klimaat/cultuur in het team?

Implementatie:

- Zijn er vaak innovaties/implementaties op de afdeling?
Hoe zijn deze verlopen?
- Hoe worden nieuwe innovaties/implementaties opgepakt in het team?
Hoe lang blijven deze nieuwe implementaties in gebruik?
Wat zijn belemmerende/ bevorderende factoren hiervoor?
- Hoe kan het team het beste worden gemotiveerd?
Wat heeft het team nodig tot motivatie?
- Onder welke groep denkt U dat het team het beste past (innovatietheorie Rogers)?
(Deze onderstaande subgroepen neem ik alvorens het gesprek al met de teamleidster door).
- Wat zijn bevorderende/belemmerende factoren bij een implementatie op de afdeling?

Afronding:

- Samenvatting
- Eventuele vragen
- Maken van afspraken (zo nodig)
- Bedanken, waardering tonen

III.II VRAGEN PALLIATIEF TEAM:

Inleiding:

- Introductie
- Korte uitleg onderwerp en doelstelling
- Reden interview
- Verwerking resultaten
- Anonimiteit
- Methode (opname, toestemming) en tijdsduur
- Evt. vragen alvorens het interview

Introductie geïnterviewde:

- Functie
- Relatie met onderwerp
- Hoe vaak op de afdeling/bij een patiënten casus betrokken?

Inhoudelijke vragen:

Palliatieve zorg:

- Wat is volgens u de definitie van palliatieve zorg?
Wanneer begint de palliatieve fase bij niet oncologische longpatiënten?
Wat is belangrijk bij de palliatieve zorg bij longpatiënten?
Hoe uitten patiënten zich in deze fase?
Moeten verpleegkundigen ergens extra op letten in deze fase?
Hoe vindt dat de palliatieve zorg in het ziekenhuis geregeld is? En specifiek op afdeling west 42?

Huidige situatie:

- Hoe vaak wordt u in consult geroepen door een verpleegkundige bij patiënten met longaandoeningen in de palliatieve fase?
- Hoe krijgt u dit consult binnen?
- Is er een protocol in het ziekenhuis m.b.t. het inzetten van het palliatief team in deze situaties?
Indien ja, wordt het protocol gebruikt op afdeling west 42? Indien niet, waarom wordt het niet gebruikt op afdeling west 42?
Indien nee, waarom is er geen protocol?
- Hoe bereidt u dit consult voor?
- Worden er met de verpleegkundige/patiënt vervolgspraken gemaakt?
- Verwijst u patiënten wel eens door naar andere disciplines?
Indien ja, welke disciplines?

- Hoe wordt een consult beëindigd?

Wenselijke situatie:

- Hoe ziet voor u de wenselijke situatie eruit voor de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten op afdeling west 42?
Hoe is de huidige situatie? (Indien ik nog geen volledig antwoord op de vorige vraag heb, deze vraag stellen)
- Zijn er volgens u nog aandachtspunten / aanvullingen waarop gelet dient te worden bij het begeleiden van patiënten in de palliatieve fase door u of verpleegkundig personeel?

Literatuur:

Volgens Dr. Graeff, et.al (2017) Zijn er 4 fasen in palliatieve zorg, namelijk ziektegerichte palliatie, symptoomgerichte palliatie, palliatie in de stervensfase en nazorg.

- Bent u hiervan op de hoogte?
- Is dit ook bruikbaar op de afdeling?
- Welke van deze fasen is het belangrijkste in de palliatieve zorg, waarom?
- Welke fase komt er het vaakst voor in het ziekenhuis?
- Welke fase is het belangrijkste voor verpleegkundige interventies in het ziekenhuis?
- In welke fase vraagt de meeste verpleegkundige interventies?
- In welke fase kan nog betere zorg ontwikkeld worden?

De literatuur beschrijft palliatieve zorg als een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening op lichamelijk, psychosociaal en spirituele aard. (WHO, 2015)

- Bent u het hiermee eens?
Waarom wel? / Waarom niet?
- Op welke vlakken kunnen de verpleegkundigen in het ziekenhuis deze patiënten het beste helpen?
- Hoe kan dit het beste toegepast worden in een palliatief beleid?
- Heeft u hier zelf nog aanvullingen op?
- Wat zijn belemmerende / bevorderende factoren?

Afronding:

- Samenvatting
- Eventuele vragen
- Maken van afspraken (zo nodig)
- Bedanken, waardering tonen

III.III VRAGEN LONGARTS:

Inleiding:

- Introductie
- Korte uitleg onderwerp en doelstelling
- Reden interview
- Verwerking resultaten
- Anonimiteit
- Methode (opname, toestemming) en tijdsduur
- Evt. vragen alvorens het interview

Introductie geïnterviewde:

- Functie
- Relatie met onderwerp

Inhoudelijke vragen:

Palliatieve zorg:

- Wat is volgens u de definitie van palliatieve zorg?
- Wanneer begint de palliatieve fase bij niet oncologische longpatiënten?
- Wat is belangrijk bij de palliatieve zorg bij longpatiënten?
- Hoe uitten patiënten zich in deze fase tegenover u t.o.v. wat u hoort van de verpleegkundige? Indien verschil, denkt u dat dit te veranderen is/wat zou u dan graag zien als verandering als u vindt dat dit moet veranderen?
- Waar moeten verpleegkundigen extra op letten in deze fase, om terug te koppelen naar u?
- Hoe vindt u dat de palliatieve zorg in het ziekenhuis geregeld is? En specifiek op afdeling west 42?

Beleid:

- Wanneer maakt u de overstap om over te gaan op een palliatief beleid bij patiënten met niet oncologische longaandoeningen in de palliatieve fase?
- Is er een protocol in het ziekenhuis m.b.t. het inzetten van het palliatief beleid in deze situaties?
Indien ja, wordt het protocol gebruikt op afdeling west 42? Indien niet, waarom wordt het niet gebruikt op afdeling west 42?
Indien nee, waarom is er geen protocol?
- Worden er met de verpleegkundige/patiënt vervolgspraken gemaakt?
- Verwijst u patiënten wel eens door naar andere disciplines?
Indien ja, welke disciplines?

- Vraagt u vaker het palliatief team in consult? (indien nog niet benoemd bij vorige vraag)

Wenselijke situatie:

- Hoe ziet voor u de wenselijke situatie eruit voor de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten op afdeling west 42?
- Zijn er volgens u nog aandachtspunten / aanvullingen waarop gelet dient te worden bij het begeleiden van patiënten in de palliatieve fase door u of verpleegkundig personeel?

Literatuur:

Volgens Dr. Graeff, et.al (2017) Zijn er 4 fasen in palliatieve zorg, namelijk ziektegerichte palliatie, symptoomgerichte palliatie, palliatie in de stervensfase en nazorg.

- Bent u hiervan op de hoogte?
- Bruikbaar op de afdeling?
- Welke fase komt, volgens u, het vaakst voor op de afdeling?
- In welke fase vraagt de meeste verpleegkundige interventies?

De literatuur beschrijft palliatieve zorg als een benadering die de kwaliteit van leven verbetert van patiënten en naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening op lichamelijk, psychosociaal en spirituele aard. (WHO, 2015)

- Bent u het hiermee eens?
Waarom wel? / Waarom niet?
- Op welke vlakken kunnen de verpleegkundigen in het ziekenhuis deze patiënten het beste helpen?
- Hoe kan dit het beste toegepast worden in een palliatief beleid?
- Heeft u hier zelf nog aanvullingen op?
- Bevorderende en belemmerende factoren voor de afdeling.

Afronding:

- Samenvatting
- Eventuele vragen
- Maken van afspraken (zo nodig)
- Bedanken, waardering tonen

IV. Codeboom interviews

CODEBOOM TEAMLEIDER

Axiaal coderen	Tekstfragment
Palliatieve zorg	Kan altijd beter Weinig vanuit organisatie Weinig bijeenkomsten Geen aandachtsvelders Palliatief team profileert zich nauwelijks Proberen meer vorm te geven op afdeling
Beleid	Beleid zelf duidelijk Comfort bieden Verpleegkundigen vinden het soms akelig
Teamopbouw	Gemiddelde leeftijd tussen 30 en 35 Redelijk verloop van verpleegkundigen Heel hecht team Verpleegkundigen komen voor elkaar op Altijd wel klikjes
Implementaties	Er wordt heel veel geïmplementeerd Eerst goed behoeften inventariseren op afdeling Team gaat eerst in de weerstand, gezien hoeveelheid implementaties Worden besproken op een teamoverleg Team moet de zin ervan inzien Regelmatig herhalen
Bevorderend	Team staat open voor verandering Merendeel heeft goede insteek bij veranderingen Implementatie moet gedragen worden
Belemmerend	Tijd/tijdsdruk Eerst weerstand
<u>Innovatietheorie Rogers</u>	Een klein deel niet afwachtend, merendeel wil wel veranderen, maar wacht eerst even af.

CODEBOOM PALLIATIEF TEAM

Axiaal coderen	Tekstfragment
<u>Functie</u>	Verpleegkundig specialist ouderengeneeskunde, een dag per week palliatief adviesteam Consulten binnen het ziekenhuis Telefonisch advies aan huisartsen in westelijke mijnstreek
Palliatieve zorg algemeen	Nadruk ligt niet op beter maken, maar goede kwaliteit Markeren palliatieve fase met surprise-question Patiënten gaan gedurende meerdere jaren langzaam achteruit Psychisch stuk Groot stuk begeleiden/informatie geven en vertrouwen opbouwen Regelmatig vervolgspraak op poli
Palliatieve zorg afdeling	Palliatieve zorg is groeiende Nog niet heel ver gevorderd bij longziekten Palliatief team pas laat in consult, patiënten en familie vaak overrompeld Alle fasen even belangrijk, maar fase rondom sterven krijgt meestal meer aandacht
Wenselijke situatie	Eerder beginnen met 'wat als' gesprekken
Aandachtspunten	Angst om te stikken Longpatiënten verleggen makkelijk hun grenzen Bij consult aanvragen ook bellen voor extra informatie Inlichten patiënt over betrekken palliatief team In rapportage mist de patiënt Ziekenhuis is heel erg symptoomgericht, maar nauwelijks patiëntgericht.
Fasen palliatieve zorg	Ziektegericht en symptoomgerichte palliatie lopen samen Nazorg schiet er nu nog vaak bij in Alle fasen even belangrijk
WHO definitie	Bij een ongeneeslijke aandoening moet je je op meerdere gebieden richten
<u>Belemmerende factoren</u>	Veel wisseling van dokters op afdeling

CODEBOMEN LONGARTSEN

Axiaal coderen	Tekstfragment arts 1	Tekstfragment arts 2	Tekstfragment arts 3
<u>Functie</u>	Longarts, aandachtspunt COPD	Longarts	Longarts, aandachtspunt COPD en slaap-apneu- syndroom
Palliatieve zorg algemeen	Het is een glijdende schaal Niet medicamenteuze behandeling optimaliseren Symptoombestrijding	Kan wel tot een jaar duren Laatste fase kwalitatief goed Wat patiënt wil is leidend Klachten behandelen	Pluk de dag, kwaliteit voorop Begint op de poli Ondanks maximale medicamenteuze therapie nog klachten Geen effect van klinische revalidatie
Palliatieve zorg afdeling	Veel patiënten met slechte prognose Meer kijken naar wensen patiënt Palliatie begint meestal al eerder dan wanneer we meestal beginnen nu Ziekteverloop COPD slecht te voorspellen Verschil in gedrag patiënt bij arts of verpleegkundige	Patiënt heeft altijd gelijk Steeds meer aandacht voor palliatieve zorg Steeds meer samenwerking met palliatief team	Veel draaideur patiënten zijn al palliatief Veel dyspnoe in combinatie met angst, hier moet vooral op gelet worden Comfortbeleid steeds voor enkele dagen Palliatief team ICC bij vastlopende situatie
Beleid	Goed luisteren naar wensen patiënt Eventuele angsten wegnemen Klachten patiënt zoveel mogelijk bestrijden Starten beleid met suprise-question	Altijd wensen van patiënt centraal Geen protocol voor palliatieve zorg, alleen voor medicatiegebruik Beleid per individu opgesteld	Lijdensweg moet verkort worden Op tijd gesprekken aangaan, ondanks dat patiënten het moeilijk vinden Wordt besproken in grote visite

			Gesprekken z.s.m. voeren
Wenselijke situatie	Veel eerder gesprekken aangaan met patiënten	Voldoende mankracht Kwalitatief geschoold personeel Voldoende geld om verder uit te bouwen, eventuele palliatieve unit	Gespecialiseerde verpleegkundige op poli voor extra overleg Patiënten hebben beleid in eigen handen Een palliatieve afdeling in het ziekenhuis
Aandachtspunten	Eerder beginnen met symptoombestrijding Meer kijken wat behandeldoel van de patiënt is Te laat met gesprekvoering Palliatief team kan goed helpen, maar ok erg confronterend Kennistekort patiënten	Gaat de goede kant op, maar kan nog beter Veel leerlingen, dus ook veel verschil in kwaliteit wat geleverd kan worden	Goed terugkoppelen wat het beloop is Gesprekken al voeren bij opname Op tijd aankaarten als iemand slechter gaat
Fasen palliatieve zorg	Vroeger erg abrupte overgang, nu glijdende schaal Palliatief handelen zou al eerder benoemd moeten worden	Niet bekend, maar klinkt logisch Ziektegerichte palliatie meest voorkomend Nazorg kan beter	Niet letterlijk benoemd, maar indirect wel gebruikt
WHO definitie	<i>Niet besproken.</i>	Kwaliteit van zorg het belangrijkste, op alle vlakken, niet alleen ziektegericht, maar ook sociaal en spiritueel	Spirituele aard staan patiënten vaak niet voor open

<u>Belemmerende factoren</u>	Gesprekken eerder voeren vaak niet haalbaar Palliatief team erg confronterend Verschil houding patiënt bij arts/verpleegkundige	Heel veel leerlingen	Patiënt accepteert het vaak niet Vaak niet samen langs patiënten
------------------------------	---	----------------------	---

V. Enquête afdeling west 42

Beste collega's,

Mijn naam is Annemieke Ermans, ik ben 22 jaar oud en bevind me momenteel in het vierde leerjaar (de afstudeerfase) van HBO-verpleegkunde aan Zuyd Hogeschool te Heerlen.

In de afstudeerfase schrijf ik een bachelor thesis waarvoor ik als onderwerp heb gekozen; 'palliatieve zorg bij niet oncologische patiënten op west 42'.

Het doel van deze enquête is om de huidige en wenselijke situatie in kaart te brengen met betrekking tot het bieden van begeleiding aan longpatiënten in de palliatieve fase. Daarnaast ook om inzicht te krijgen in de doelgroep/doelgroepsetting op de afdeling.

De enquête zal worden afgenomen onder het verpleegkundig personeel op afdeling west 42 en is anoniem. De enquêtes zullen ook na verwerking verwijderd worden.

Het invullen van de enquête zal 10-15 minuten duren. De enquête bestaat uit 11 vragen, afwisselend meerkeuze en open vragen. Resultaten kunnen later op verzoek ingezien worden.

De ingevulde enquête mag geretourneerd worden in de envelop, hangende in de zusterspost.

De enquête graag retourneren vóór 10 maart.

Bij vragen of onduidelijkheden mag u altijd contact met me opnemen.

1. Binnen welke leeftijdscategorie valt u?

- ☐ Jonger dan 24 jaar
- ☐ 25 – 29 jaar
- ☐ 30 – 39 jaar
- ☐ 40 – 49 jaar
- ☐ 50 jaar of ouder

2. Hoe lang bent u werkzaam op afdeling west 42?

- ☐ < 5 jaar
- ☐ 5 – 10 jaar
- ☐ 10 – 15 jaar
- ☐ 15 – 20 jaar
- ☐ 20 jaar of langer

3. Welke vooropleiding heeft u gehad? Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ MBO-verpleegkundige
- ☐ HBO-verpleegkundige
- ☐ Longverpleegkundige
- ☐ Ik ben nu stagiaire HBO
- ☐ Ik ben nu stagiaire MBO
- ☐ Anders, namelijk:

.....
.....

4. Bent u bekend met de definitie van palliatieve zorg? Indien nee, ga door naar vraag 5.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

4.a. Wat is volgens u de definitie van palliatieve zorg?

.....
.....
.....

4.b. Wanneer moet een niet oncologische longpatiënt volgens u palliatieve zorg krijgen?

.....
.....
.....

4.c. Bent u bekend met het protocol voor palliatieve zorg bij longpatiënten?

- ☐ Ja
☐ Nee

4.d. Geef een (paar) voorbeeld(en) welke situatie(s) u als lastig ervaart, gericht op de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten en indien van toepassing wanneer u dit ervaart.

.....
.....
.....
.....
.....

4.e. Ervaart u dat het palliatief beleid bij patiënten altijd duidelijk is? Zo nee, ligt dit toe.

- ☐ Ja
☐ Nee, omdat
.....
.....

5. Bent u op de hoogte van de verschillende disciplines die begeleiding kunnen bieden in de palliatieve fase? Zo ja, benoem deze.

- ☐ Ja, namelijk de volgende disciplines
.....
.....
.....
☐ Nee

6. Bent u bekend met interventies gericht op palliatieve zorg? Indien nee, ga door naar vraag 7.

- ☐ Ja
☐ Nee

6.a. Welke interventies zijn bij u bekend?

.....

.....

.....

.....

7. Wanneer er sprake is van palliatieve zorg bij een patiënt, worden er dan doelen en / of interventies geformuleerd gericht op deze zorg? Indien ja, welke doelen/interventies? Indien nee, ga door naar vraag 8.

☐ Ja, namelijk

.....

.....

.....

.....

☐ Nee

7.a. Vind er ook evaluatie plaats van de doelen en / of interventies? Indien ja, na hoeveel tijd vindt evaluatie plaats?

☐ Ja,

.....

.....

☐ Nee

8. Ervaart u dat u en uw collega's de juiste begeleiding kunnen bieden aan patiënten in de palliatieve fase? Licht dit toe.

☐ Ja,

.....

.....

.....

☐ Nee,

.....

.....

.....

9. Zou u graag handvaten aangeboden willen krijgen over het bieden van palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten? Indien nee, ga door naar vraag 10.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

9.a. Wat voor handvaten zou u graag aangeboden willen krijgen? En door wie?

.....

.....

.....

.....

10. Onderstaand staan belemmerende en bevorderende factoren die invloed kunnen hebben bij het begeleiding bieden bij palliatieve zorg. Indien u het met deze factoren eens bent kunt u deze aankruisen. Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Indien u aanvullingen heeft mogen deze erbij geschreven worden.

Belemmerende factoren:

- ☐ Hoge werkdruk waardoor weinig/geen tijd voor begeleiding
- ☐ Gebrek aan privacy
- ☐ Palliatief beleid is niet altijd duidelijk
- ☐
- ☐
- ☐

Bevorderende factoren:

- ☐ Palliatief team kan in consult gevraagd worden
- ☐ Geestelijk verzorger kan een luisterend oor bieden
- ☐ Intern kunnen psychologen in consult worden gevraagd
- ☐
- ☐
- ☐

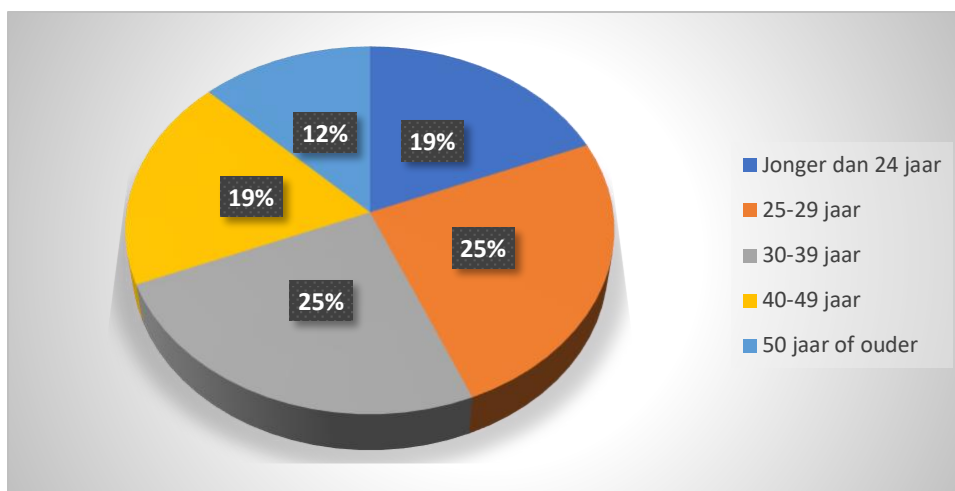
11. Hoe staat u persoonlijk tegenover veranderingen van protocollen binnen de afdeling?

- ☐ Ik ben iemand die graag meteen als eerste nieuwe dingen uitprobeert, een trendsetter. En bereid om risico's te nemen
- ☐ Ik ben iemand die graag nieuwe dingen uitprobeert, veel kennis bezit, en dit wil overdragen aan anderen om voor een nieuw idee meer populariteit te verwerven
- ☐ Ik ben iemand die wel graag nieuwe dingen probeert, maar ik ben wel wat voorzichtiger voordat ik het daadwerkelijk ook ga toepassen. Ik kijk eerst even toe hoe anderen erop reageren en dan kan ik het zelf ook misschien gaan proberen
- ☐ Wanneer de meerderheid tevreden is over het nieuwe protocol ga ik het ook proberen, dit om meer vertrouwen rondom dit nieuwe idee te hebben
- ☐ Nieuwe dingen proberen? Ik hecht meer waarde aan traditie en ben niet zo van veranderingen

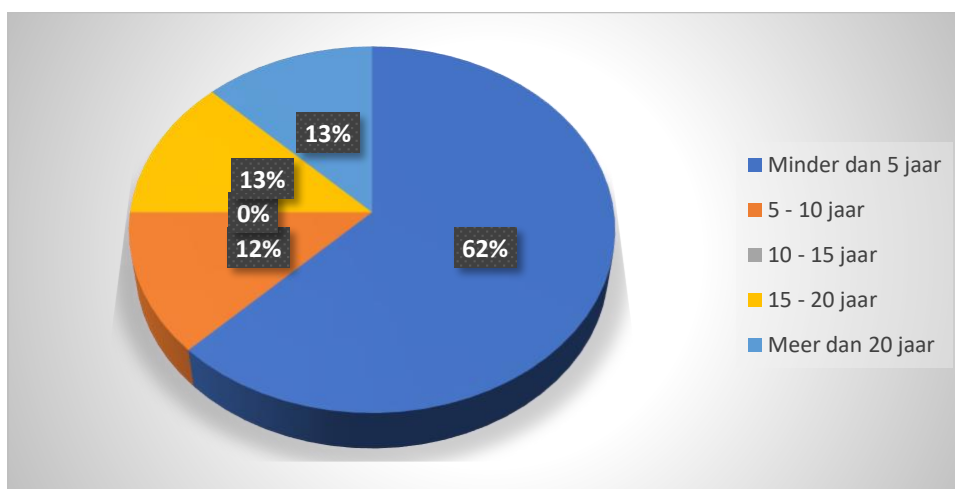
Hartelijk bedankt voor het invullen van deze enquête!

VI. Resultaten enquête west 42

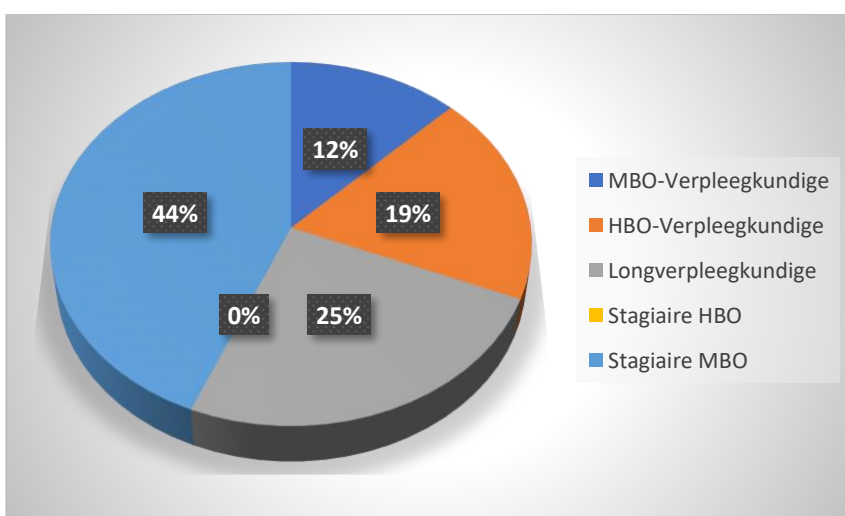
1. Binnen welke leeftijdscategorie valt u?



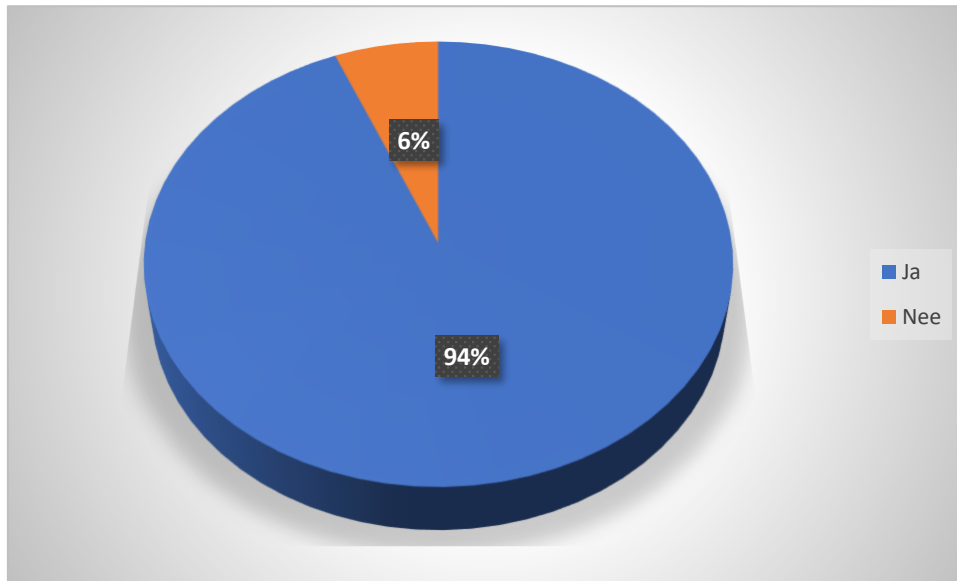
2. Hoe lang bent u werkzaam op afdeling west 42?



3. Welke vooropleiding heeft u gehad? Meerdere antwoorden mogelijk.



4. Bent u bekend met de definitie van palliatieve zorg? Indien nee, ga door naar vraag 5.



4.a. Wat is volgens u de definitie van palliatieve zorg?

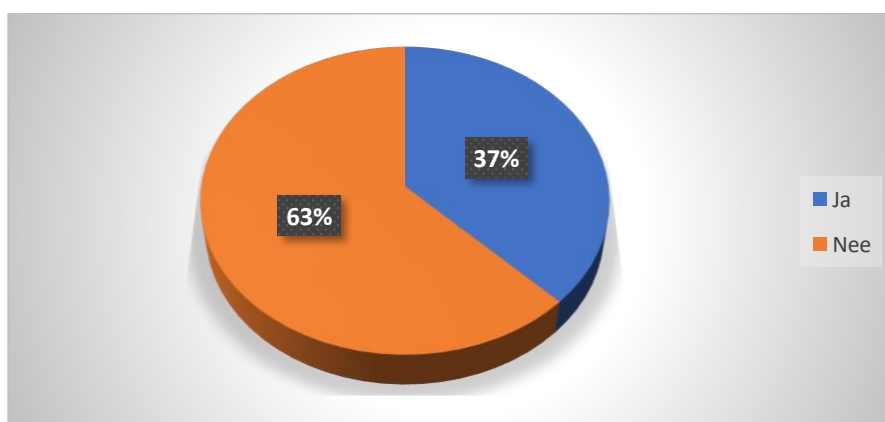
- Zorg wanneer er geen genezing meer mogelijk is
- Zorg in de laatste levensfase
- Zorg tijdens de laatste levensfase om deze fase zo prettig (comfortabel) mogelijk te laten verlopen
- Zorg gericht op de laatste levensfase, waarin er geen actief beleid meer wordt uitgevoerd i.v.m. medisch zinloos handelen
- Dat de patiënt zo comfortabel mogelijk ligt, bijvoorbeeld zorgen dat de patiënt geen pijn ervaart, ect.
- Zorg in de laatste levensfase gericht op comfort
- Zorg die wordt gegeven aan een patiënt als ervoor gekozen wordt om niks meer te doen. Zorg betekent dan het leven zo comfortabel mogelijk maken, met nog alle mogelijkheden en wensen die de patiënt heeft te behalen. Geen pijn en geen behandelingen meer.
- Palliatieve zorg is de zorg die in de laatste levensfase gegeven wordt. Deze is gericht op verzachting of verlichting. Deze zorg is van toepassing als genezing niet meer mogelijk is.
- De laatste fase van iemands leven. De zorgvrager zo comfortabel mogelijk verplegen.
- Zorg in de laatste levensfase van de patiënt gericht op comfort in alle opzichten, bijvoorbeeld pijnmedicatie of een antidecubitusmatras.
- Zorg om de cliënt zo comfortabel mogelijk te maken
- Comfort beleid in zijn laatste levensfase
- De patiënt comfort bieden in zijn laatste levensfase
- De zorg/behandeling die geboden wordt in een laatste levensfase zodat de patiënt deze op een pijnloze/waardevolle manier kan doorbrengen

- Het bestrijden van symptomen/klachten en zodoende kwaliteit van leven te optimaliseren indien genezen niet meer mogelijk is.

4.b. Wanneer moet een niet oncologische longpatiënt volgens u palliatieve zorg krijgen?

- Indien er sprake is van uitzichtloos lijden
- Wanneer er sprake is van een lijdensweg waar er geen zicht meer is op verbetering
- Wanneer het voor de patiënt niet meer draaglijk is en er geen curatieve behandeling mogelijk is
- Als het voor de patiënt zelf niet meer draagbaar is en dit aangeeft
- Wanneer behandeling niet meer mogelijk is en de patiënt hinder/pijn/ongemak ervaart van de ziekte/aandoening
- Als de longfunctie dermate slecht is, geen verbetering is. Als zorgvrager zelfs met O2 niks meer kan doen en bedlegerig is/blijft.
- Wanneer genezing/behandeling niet meer mogelijk is. Waarbij sprake is van lijden en er dus kwalitatieve zorg gegeven moet worden. (verzachting of verlichting van lijden)
- Als de patiënt eraan toe is en dit zelf aangeeft
- Als er geen behandeling/genezing mogelijk is en de patiënt aan het lijden is
- Wanneer de prognose niet goed is/een behandeling niet meer kan of de patiënt geeft aan geen behandeling meer te willen
- Als het beleid medisch zinloos is/als de patiënt dit zelf aangeeft
- Bij uitzichtloos lijden (of de patiënt dit nu accepteert of niet)
- Bij geen verbetering en geen vooruitzicht op verbetering als de patiënt (en familie) er zelf ook klaar voor is
- Als de patiënt eraan toe is en géén behandeling meer mogelijk is om kwalitatief te kunnen leven
- Wanneer genezing ook niet meer mogelijk is en wanneer het lijden niet meer dragelijk is

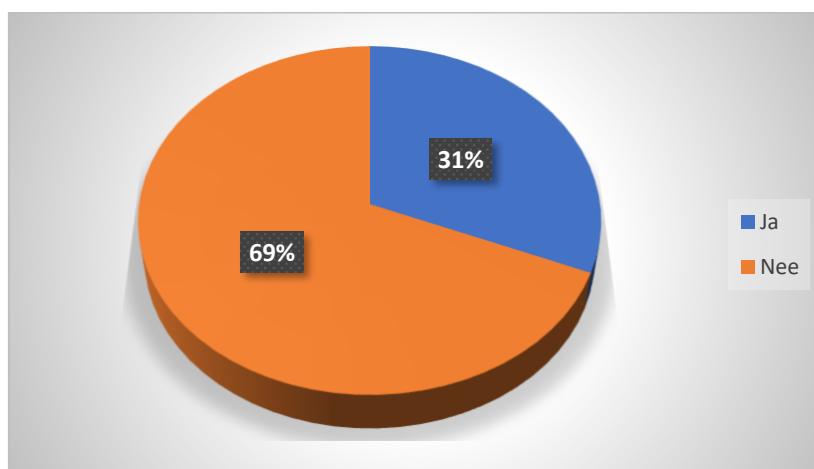
4.c. Bent u bekend met het protocol voor palliatieve zorg bij longpatiënten?



4.d. Geef een (paar) voorbeeld(en) welke situatie(s) u als lastig ervaart, gericht op de palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten en indien van toepassing wanneer u dit ervaart.

- Als familie de situatie niet begrijpt of als de patiënt niet achter de situatie staat (wil nog leven)
- Het moment waarop palliatieve zorg gestart wordt
- Ik vind het zelf niet lastig om palliatief beleid toe te passen: iemand goed begeleid (streven naar comfort) tijdens laatste levensfase vind ik belangrijk. Ik merk wel dat collega's hier soms moeite mee hebben.
- Wanneer de patiënt zelf nog twijfelt over wel/geen perfusor starten
- Soms wordt te lang gewacht en niet duidelijk met de familie gecommuniceerd
- Als wij (verpleegkundigen) de patiënt zien lijden voordat er door de arts een palliatief beleid afgesproken wordt → onnodig lijden, artsen willen soms (te) lang doorgaan met behandelen of als de familie niet wil accepteren dat behandelen geen zin meer heeft.
- Dat de artsen te lang wachten met beleid stoppen en overgaan tot palliatief behandeling (perfusor starten). Als de zorgvrager en naasten geen inzicht hebben in de situatie van de zorgvrager
- Als er geen duidelijk beleid gemaakt wordt door artsen en wij als verpleegkundigen moeten afwachten
- Geen beleid door artsen / Wanneer een familie eraan onderdoor gaat / Plotseling overlijden
- Ik vind dat de artsen soms geen palliatief plan in durven zetten. Hierdoor verlengen we soms de lijdensweg bij patiënten (die vaak zelf aangeven niet meer te willen!)
- Wanneer er sprake is van verschil van inzicht bij patiënt en/of familie.

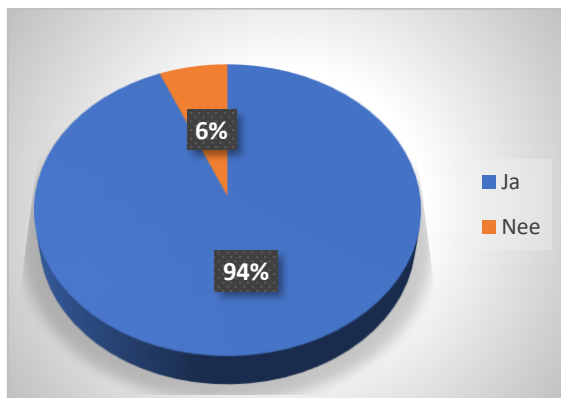
4.e. Ervaart u dat het palliatief beleid bij patiënten altijd duidelijk is? Zo nee, ligt dit toe.



- Er wordt vaak nog behandeld en er wordt dan niet volledig gekozen voor 100% palliatie
- Elke arts maakt zijn eigen beleid

- Bijvoorbeeld geen beleid of 'lastige' familie die patiënt bij zich willen houden
- Niet bekend met het protocol
- Er altijd te lang gewacht wordt met het starten van morfine perfusor. Het gaat wel al beter als een tijd geleden
- Dit altijd wisselend is afhankelijk van welke arts dienst heeft
- De arts vaak onduidelijk is in het beleid
- Als de arts duidelijk is, is het voor familie en patiënt ook duidelijk, maar vaak is de arts niet duidelijk

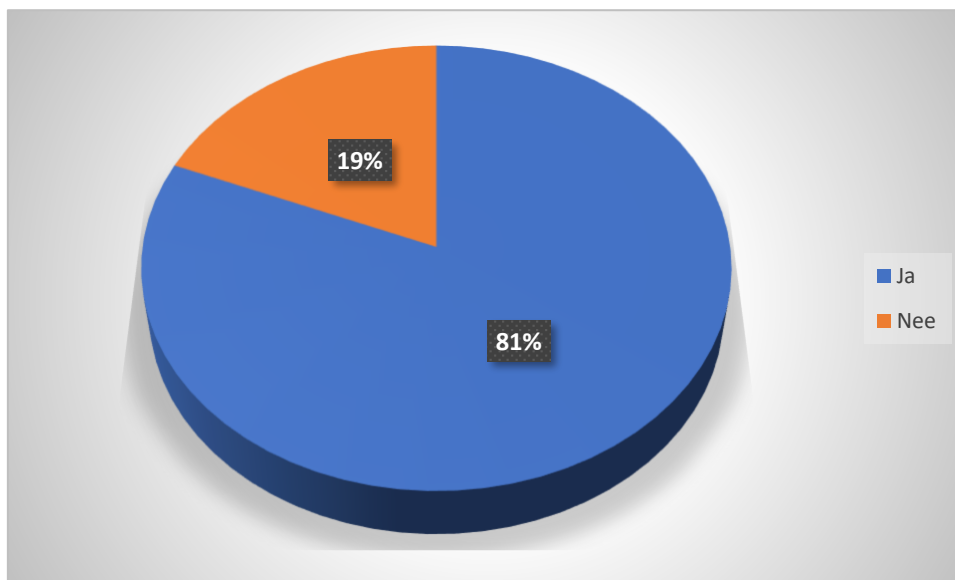
5. Bent u op de hoogte van de verschillende disciplines die begeleiding kunnen bieden in de palliatieve fase? Zo ja, benoem deze.



Genoemde disciplines:

- | | |
|------------------------|-----|
| - Palliatief team | 15x |
| - Maatschappelijk werk | 11x |
| - Mantelzorgers | 2x |
| - Geriatrie | 1x |
| - Pastorale dienst | 10x |
| - Arts | 3x |
| - Psycholoog | 4x |

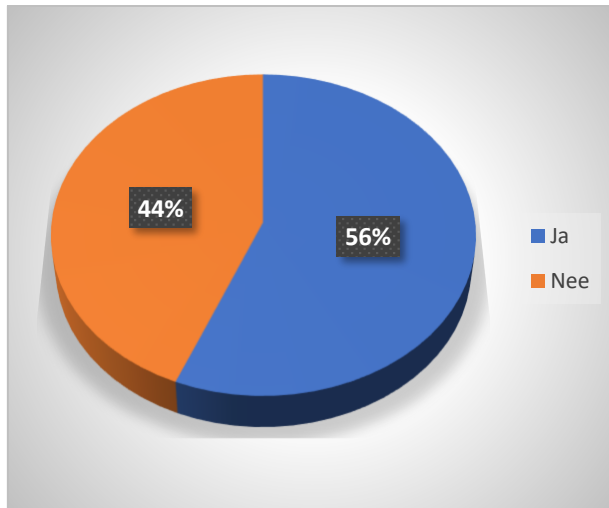
6. Bent u bekend met interventies gericht op palliatieve zorg? Indien nee, ga door naar vraag 7.



6.a. Welke interventies zijn bij u bekend?

- Pijnbestrijding 4x
- Bestrijden van lichamelijke / psychische klachten in het algemeen 2x
- Dormicum 5x
- Morfine sc / perfusor / pleister 7x
- Butrans pleister
- Arts bellen bij achteruitgang 2x
- Antidecubitusmatras
- Uitzuigen mondholte
- Palliatief team
- Comfort verplegen 3x
- Maatschappelijk werk / pastoor in consult 2x
- Mondzorg 2x
- Wisselliging
- UBC
- O2 thuis
- Medicatie en controles stop 3x

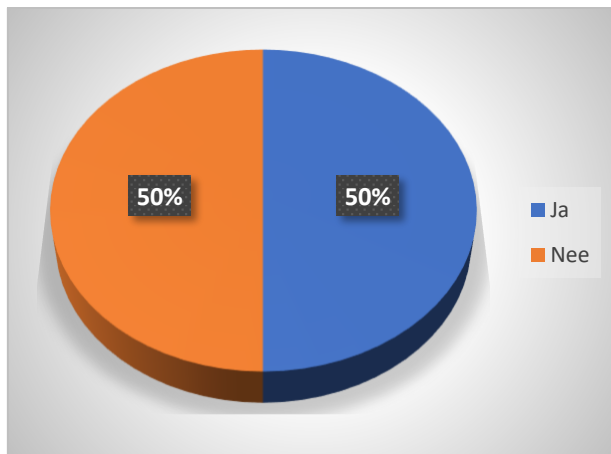
7. Wanneer er sprake is van palliatieve zorg bij een patiënt, worden er dan doelen en / of interventies geformuleerd gericht op deze zorg? Indien ja, welke doelen/interventies? Indien nee, ga door naar vraag 8.



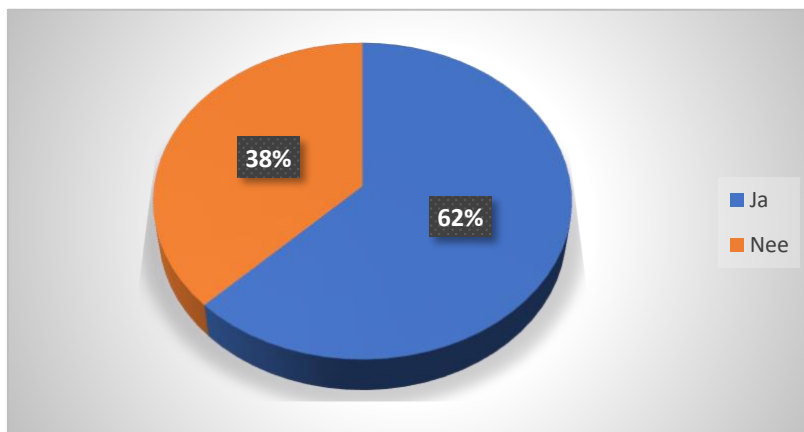
- Doel om de patiënt een goede levenskwaliteit te laten behouden
- Patiënt moet love/tender/care krijgen
- Gericht op comfort en mondzorg
- Kan soms wat beter. Taak van de arts, maar ook de verpleegkundige kan de arts hierop wijzen duidelijk zijn afspraken te noteren en medicatie in te voeren. Artsen gaan niet altijd goed om met palliatief beleid
- Mijn verpleegkundige interventies zijn om zo goed mogelijk voor de patiënt te zorgen en hun naasten
- Wisselgigging, perfusorstand, mondzorg en Maatschappelijk werk in consult
- Klachten in dermate mate verminderen dat kwaliteit van leven duidelijk wordt verbeterd

7.a. Vind er ook evaluatie plaats van de doelen en / of interventies? Indien ja, na hoeveel tijd vind evaluatie plaats?

- Dagelijks 3x
- Taak van verpleegkundige en arts
- Geen idee 2x



8. Ervaart u dat u en uw collega's de juiste begeleiding kunnen bieden aan patiënten in de palliatieve fase? Licht dit toe.



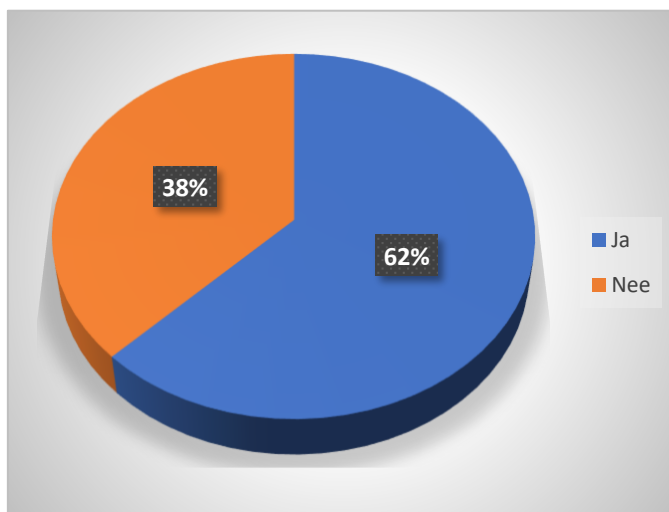
Ja:

- Uitleg / begeleiding / toepassen interventies
- Als er tijd genoeg is of er tijd voor genomen wordt. De een kan dat beter dan de ander natuurlijk
- In principe moet iedereen dit kunnen. Merk wel dat de een hier meer feeling voor heeft dan de ander
- Ze zorgen ervoor dat iemand comfortabel is en familie wordt gesteund. Ook wordt er met de patiënt gepraat zodra zij gevoelens kwijt willen of gewoon willen praten
- Alleen bij hoge werkdruk komt dit wel eens in gevaar
- Bij de meeste ervaringen is de familie en naasten tevreden. We maken veel tijd vrij voor hen
- Wanneer het beleid duidelijk is, lever ik zo goed mogelijk de verpleegkundige zorg
- Met hulp van de juiste disciplines

Nee:

- Soms is er een te hoge werkdruk waardoor je voor deze patiënten onvoldoende tijd hebt
- Vaak is er te weinig tijd voor patiënt/familie
- Niet altijd ivm drukte
- Omdat het beleid (de zorg) rondom de palliatieve fase pas sinds kort actief is op de afdeling
- Er is vaak te weinig tijd

9. Zou u graag handvaten aangeboden willen krijgen over het bieden van palliatieve zorg bij niet oncologische longpatiënten? Indien nee, ga door naar vraag 10.



9.a. Wat voor handvaten zou u graag aangeboden willen krijgen? En door wie?

- Hoe kunnen wij de patiënt helpen / meer informatie over palliatief team
- Oefening / training on the job, graag wil ik betrokken worden hierbij, zo leer je het meeste
- Richtlijnen → Rode draad van het protocol en verdere interventies of stappen die we als verpleegkundige al kunnen zetten / Richtlijnen voor begeleiding etc.
- Duidelijke protocollen voor morfine / dormicum
- Hoe bereid je een patiënt nog beter voor als verdere behandeling zinloos is of het te uitputtend voor de patiënt wordt
- Geen onbekende beleiden meer starten (zoals oxycodonperfusor)
- Een soort stappenplan
- Meer informatie in het algemeen
- Bijscholingen / uitleg palliatief team
- Worden vaak al aangeboden door palliatief team

10. Onderstaand staan belemmerende en bevorderende factoren die invloed kunnen hebben bij het begeleiding bieden bij palliatieve zorg. Indien u het met deze factoren eens bent kunt u deze aankruisen. Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Indien u aanvullingen heeft mogen deze erbij geschreven worden.

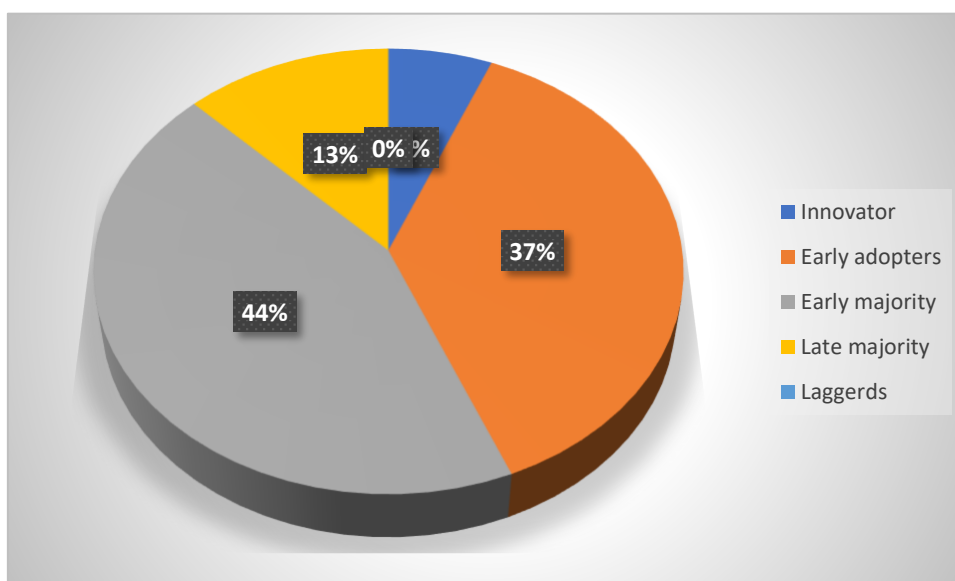
Belemmerende factoren:

- ☐ Hoge werkdruk waardoor weinig/geen tijd voor begeleiding 15 x
- ☐ Gebrek aan privacy 2x
- ☐ Palliatief beleid is niet altijd duidelijk 13x
- ☐ Familie die het er niet mee eens zijn 2x
- ☐ Doorstroom naar hospice vaak te laat in de palliatieve fase, waardoor overname niet meer mogelijk is 2x
- ☐ Palliatief team kan ook hele rare/onbekende beleiden maken 2x
- ☐ Onvoldoende kennis 1x

Bevorderende factoren:

- ☐ Palliatief team kan in consult gevraagd worden 14x
- ☐ Geestelijk verzorger kan een luisterend oor bieden 10x
- ☐ Intern kunnen psychologen in consult worden gevraagd 7x
- ☐ Thuiszorg kan uitgebreid geregeld worden 2x

11. Hoe staat u persoonlijk tegenover veranderingen van protocollen binnen de afdeling?



VII. Zoekstrategie

Waar gezocht	Hoe? Trefwoorden	Resultaat	Welke gebruikt	Motivatie
Eigen bezit	-	-	Grol, R. & Wensing, M., (2015). <i>Implementatie, Effectieve verbetering van de patiëntenzorg</i> . Houten: Bohn Stafleu van loghum (6ed.).	Grol en Wensing 2015 is gebruikt voor de uitleg achter een implementatievoorstel
Eigen bezit	-	-	Baarda, D. B. (2014). <i>Dit is onderzoek! handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek</i> : Groningen Noordhoff Uitgevers (2ed.).	Dit leerboek is aangeraden door de opleiding voor de onderzoeksmethodes die nodig zijn bij het opzetten van een implementatievoorstel
Eigen bezit	-	-	Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J. & Kuiper, C. (2012). <i>Evidence-based practice voor verpleegkundigen</i> . Den Haag: Boom Lemma uitgevers. (3ed.)	Aangeraden door school om de het literatuuronderzoek kwalitatief goed uit te kunnen voeren.
Eigen bezit	-	-	Zaagman, M.J., Aalst, H.C., Geleijns, N., Berg, H. van den, Erren, E., Tibbe, K., Zanten, J.M. van, Wittermans, F.F., Coenen, S., Ophorst, J.M., Eck, L. van & Niet, H. van der. (2009). <i>Zakboek ziektebeelden: Longziekten</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	Boek aangeraden door de stageplek om beter begrip te krijgen over de verschillende longziekten
Eigen bezit	-	-	Spreeuwenberg, C., Bakker, D.J. & Dillmann, R.J.M. (2016) <i>Handboek palliatieve zorg</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.	Boek gebaseerd op onderzoek naar palliatieve zorg om te begrijpen waar de kenmerken voor palliatieve zorg liggen
Eigen bezit	-	-	Palliatief support team UZ Leuven. (2018). <i>Palliatieve zorg in de praktijk</i> . Leuven: Acco.	Boek vanuit Leuven, maar gericht op palliatieve zorg, ook specifiek op longziekten om hier specifiek op in te kunnen gaan.

Eigen bezit	-	-	Visser, A., Bilsen, J.J.R. & Francke, A.L. (2011). <i>Palliatieve zorg door verpleegkundigen</i> . Amsterdam: Reed Business.	Palliatieve zorg bekeken vanuit een verpleegkundig punt, waarbij ook gericht gekeken wordt naar de rol van een verpleegkundige in de palliatieve zorg
Schoolbibliotheek	Enquête	152	Baarda, D.B., & de Goede, M.P.M., & Kalmijn, M. (2015). <i>Basisboek enquêteren, handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes</i> . Groningen/Houten: Noordhoff Uitgever.	Ook aangeraden door school om een kwalitatief goede enquête op te stellen.
Schoolbibliotheek	Respiratory	89	Spiro, S.G., Silvestri, G.A. & Augustí, A. (2012). <i>Clinical respiratory medicine</i> . Philadelphia: Elsevier Saunders (4ed.).	Boek gevonden in de schoolbibliotheek gericht om meer inzicht te krijgen in het verloop van de longaandoeningen en hun verloop
DIZ	Diffusion and innovation	390,335	Rogers, E.M. (2007). <i>Adoptie en Diffusie van innovaties</i> . Moolenburgh. management tools, 3.	Bron gebruikt voor de kenmerken van de interventies volgens Rogers, voals aangeraden vanuit Grol en Wensing
DIZ	Diffusion and innovation	390,335	Rogers, E. M. (2003). <i>Diffusion of innovations</i> : New York [etc.] Free Press 2003 (5th ed).	Net zoals de vorige bron aangeraden vanuit Grol en Wensing om beter overzicht te krijgen in de doelgroepanalyse
Scholar	Longziekten palliatief	495	Hosson, S. de. (2014). <i>Palliatieve zorg bij COPD is nog ondergeschoven kind</i> . Mednet, Vol 7(7), p14-15.	Dr Hosson is een palliatief longarts en heeft veel inzicht in de palliatieve zorg rondom longziekten
Scholar	Longziekten palliatief	495	Bruntink, R. (2018). <i>COPD in de palliatieve fase</i> . Nursing, Vol. 24(5), p51-57.	Recent onderzoek, betrouwbaar, gericht op palliatieve zorg rondom COPD
Scholar	Longziekten palliatief	495	Jordens, E. (2008). <i>Palliatieve zorg: óók bij COPD</i> . Pallium, Vol 10(3), p18-21.	Artikel uit een officieel erkent tijdschrift, artikel meld passende informatie en heeft

				een mooie aanvulling op de eerder gevonden informatie
Springerlink	Palliatieve zorg	768	Bruntink, R. (2002). <i>Een goede plek om te sterven</i> . Zutphen/Apeldoorn: Plataan.	Goede betrouwbare bron waarin de palliatieve zorg uitgebreid beschreven wordt
Springerlink	Palliative lung care	9.000	Faull, C. & Blankley, K. (2015). <i>Palliative care</i> . Oxford: Clays Ltd (2ed.).	Internationale bron waarin de andere bevinden bevestigd worden
Google books	Palliative lung care	109.000	Bourke, S.J. & Peel, E.T. (2013). <i>Integrated Palliative care of respiratory disease</i> . Londen: Springer.	Internationale bron met verder informatie over palliatieve zorg rondom niet oncologische longziekten, recent artikel
Google books	Palliative lung care	109.000	Lugton, J. & McIntyre, R. (2005). <i>Palliative care: The nursing role</i> . Curchill: Elsevier (2ed).	Internationaal artikel wat de functie van een verpleegkundige in palliatieve zorg verder uitlegt en benadrukt.
Google books	Palliative lung care	109.000	Royal college of Physicians (2007). <i>Palliative care services: Meeting the needs of patients</i> . London: Sarum colourView Group.	Internationale bron die de belangen van de patiënt benadrukt.