

Scholing oncologie
Afstudeerproject
Behandelcentrum De Hazelaar
Afdeling Miró 2, te Tilburg



----- *Esperanza* -----

Opdrachtgever
Mariëlle Verheijden

Projectbegeleider
Pieter van Gorkom

Examinator
Christine de Vries - de Winter

Datum
14 juni 2013

Training
IR401

Auteurs
Daniëlle Putters (2158532)
José van der Want (2146951)

Voorwoord

Dit verslag is geschreven in het kader van de module IR401, Afstudeerproject hbo-v. Tijdens de afgelopen 16 weken heeft de projectgroep een onderzoek gedaan. Dit onderzoek heeft te maken met de "oncologie scholing" die de medewerkers van afdeling Miró 2, van Behandelcentrum de Hazelaar in Tilburg, in maart 2013 gevolgd hebben. Na de analysefase heeft de projectgroep een aantal aanbevelingen geschreven.

De opdracht voor dit afstudeerproject is gekomen vanuit een werkgroep oncologie. Deze werkgroep is een samenwerking tussen onder andere het TweeSteden ziekenhuis en de Hazelaar, beide in Tilburg. Mariëlle Verheijden is afdelingshoofd op afdeling Miró en maakt deel uit van deze werkgroep.

De vraag aan de afstudeergroep was: hoe de (bij)scholing geborgd kan worden en hoe nieuwe medewerkers op afdeling Miró geschoold kunnen gaan worden in het omgaan met oncologische cliënten die chemotherapie krijgen. Het (bij-)scholingsprogramma hoeft niet inhoudelijk ontwikkeld te worden maar wel qua opzet en structuur.

De projectgroep wil als eerste Mariëlle Verheijden bedanken voor het geven van deze leuke opdracht en de gesprekken die wij hierover met haar gevoerd hebben. Ook haar feedback tijdens het maken van de "kennistoets" en "vragenlijsten" kwam zeer van pas. Tevens wil de projectgroep Ferenc Kremers, seniorverpleegkundige van Miró, bedanken voor het meelesen en voor zijn kritische feedback.

Daarnaast is er ook gebruik gemaakt van de expertise van diverse collega's, medestudenten, docenten en zorgvrienden en -vriendinnen. Geweldig hoe zij verbeterpunten aan het licht hebben gebracht. Het is heel prettig gebleken als een buitenstaander met "een verse blik" deze onderzoeksinstrumenten kan en wil bekijken. In willekeurige volgorde zijn dat : Miriam van Beurden, Diana Vlemmix, Anne-Marie Schoondorp, Marlène Kieboom, René Sevens, Miranda Snoeren, Els Vos, Meike Verstraaten, Lars den Ouden en Louis Verheij. Allemaal heel hartelijk bedankt voor jullie hulp.

Projectbegeleider tijdens dit afstudeerproject, was Pieter van Gorkom. Hij heeft steeds op tijd sturing en vertrouwen gegeven op de gedachtengang en werkwijze. Hartelijk bedankt voor de fijne manier van begeleiden tijdens dit project.

Vervolgens ook dank aan Janet Plasmans, Angela Geerts en Lieke Verberkt van afstudeergroep 6. Zij waren de referentiegroep tijdens deze afstudeeropdracht. Hun projectvorderingen en feedback hebben er zeker toe bij gedragen dat er door de projectgroep constant vooruitgang gemaakt kon worden.

Ook willen we alle medewerkers van de Hazelaar bedanken voor hun medewerking en het vertrouwen dat wij van hun gekregen hebben. And last but not least wil de projectgroep Christine de Vries bedanken voor het lezen en beoordelen van het Plan van Aanpak, het oriëntatieverslag, het analyseverslag en nu dit eindverslag.

Juni 2013

Fontys HBO-V, Eindhoven

Daniëlle Putters en José van der Want

Samenvatting

Voor palliatieve zorg of revalidatie zijn cliënten al jaren welkom bij behandelcentrum De Hazelaar van Stichting De Weaver. Deze cliënten worden voornamelijk geplaatst op afdeling Miró 2, een afdeling voor intensieve complexe zorg en palliatieve zorg. In samenwerking met het TweeSteden ziekenhuis (TSZ) zullen er op deze afdeling ook steeds meer cliënten opgenomen gaan worden die nog bezig zijn met chemotherapie. Om adequaat en op een veilige manier voor deze cliënten te kunnen zorgen was er scholing nodig voor de medewerkers van de afdeling. De initiële scholing stond vast. De vraag van de opdrachtgever was hoe deze scholing geborgd kan worden.

De probleemstelling geformuleerd door de opdrachtgever luidt als volgt:

Ontwikkel een (bij)scholingsprogramma voor Miró 2 in het omgaan met oncologische cliënten die chemotherapie krijgen. Het (bij)scholingsprogramma hoeft niet inhoudelijk ontwikkeld te worden maar wel qua opzet en structuur.

De projectgroep heeft aan de hand van de probleemstelling 2 deelvragen opgesteld:

Deelvraag 1

Wat is op dit moment het kennisniveau van de medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, huishoudelijke dienst en coördinerende-hoofden) op afdeling Miró 2 op het gebied van oncologie cliënten met chemotherapie, met betrekking tot de zorg voor deze cliënten, zodat ze adequaat kunnen reageren op de bijwerkingen van de medicijnen die de cliënt gebruikt en de veiligheid bewaren voor zowel de cliënt, de medewerkers en ook voor familie en andere bezoekers?

Door middel van een kennistoets die door 22 medewerkers is gemaakt, is het kennisniveau van de medewerkers bepaald. Gemiddeld is bijna 80% van de vragen door de medewerkers goed beantwoord. Hierdoor kan gezegd worden dat het kennisniveau van de medewerkers met betrekking tot oncologische cliënten goed is. Er zijn een aantal vragen door veel medewerkers fout beantwoord. De projectgroep adviseert de opdrachtgever deze onderwerpen terug te laten komen in de volgende bijscholing.

Deelvraag 2

Welke manier (bijvoorbeeld frequentie, soort) van (bij-/na)scholing sluit het beste aan bij de doelgroep (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, medewerkers huishoudelijke dienst en coördinerende-hoofden) op afdeling Miró 2?

De projectgroep heeft door het afnemen van een interview bij 22 medewerkers een antwoord op deze vraag proberen te krijgen. De manier waarop de afgelopen scholing is gegeven is erg goed bevallen bij de medewerkers. Deze scholing heeft namelijk gemiddeld een 8 gekregen. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de medewerkers vooral een klassikale manier van scholen met veel praktijk (voorbeelden) erg prettig vinden. Naast de onderwerpen die zijn voortgekomen uit de kennistoetsen en de interviews, zijn er door de projectgroep vervolgens nog een aantal andere aanbevelingen gedaan.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
Hoofdstuk 1 Aanleiding van de twee onderzoeken	7
1.1 Inleiding.....	7
1.2 Probleemstelling (hoofdvraag).....	7
1.2.1 Deelvragen	8
1.3 Doelstelling.....	8
1.3.1 Onderzoeksdoelstelling deelvraag 1 van Daniëlle	8
1.3.2 Onderzoeksdoelstelling deelvraag 2 van José	8
1.4 De aanpak van het onderzoek	9
1.5 De scholing.....	9
1.6 Conclusie.....	10
Hoofdstuk 2 Literatuuronderzoek.....	11
2.1 Samenvatting over scholing	11
2.2 Samenvatting over oncologie en chemotherapie	12
Hoofdstuk 3 Uitwerking deelvraag 1 van Daniëlle	14
3.1 Deelvraag 1	14
3.2 Methode van onderzoek.....	14
3.2.1 Het onderzoek "de kennistoets"	14
3.2.2 De populatie van het onderzoek.....	14
3.2.3 Dataverzamelingstechnieken van het onderzoek	15
3.2.4 Het werven van de respondenten.....	15
3.2.5 De onderwerpen van de kennistoets.....	16
3.2.6 Waarborging van de kwaliteit van het onderzoek	16
3.2.7 Situatie en locatie van het onderzoek	17
3.2.8 Tijdstip en periode van het onderzoek	17
3.3 Resultaten, analyse en conclusie van deelvraag 1	17
3.3.1 Aanpak analyseren onderzoek	17
3.3.2 Resultaten van de kennistoets	18
3.3.3 Analyse van de kennistoets	20
3.3.3.1 Hoog- en laagopgeleide	20
3.3.3.2 De 4 deelgebieden van de kennistoets	20
3.3.3.3 Uitwerking open vragen kennistoets	21
3.3.4 Conclusie kennistoets	22
Hoofdstuk 4 Uitwerking deelvraag 2 van José.....	23
4.1 Deelvraag 2	23
4.2 Methode van onderzoek.....	23
4.2.1 Onderzoek "het interview"	23
4.2.2 De populatie van het onderzoek.....	24

4.2.3 Waarborging van de kwaliteit van het onderzoek (het interview).....	24
4.2.4 Situatie en locatie van het onderzoek	26
4.2.5 De onderwerpen tijdens het interview.....	26
4.2.6 Het werven van de respondenten.....	26
4.2.7 Dataverzamelingstechnieken van het onderzoek	27
4.2.8 Tijdstip en periode van het onderzoek	27
4.3 Resultaten en analyse van deelvraag 2.....	28
4.3.1 Aanpak analyseren onderzoek	28
4.3.2 Dataverwerking en data-analyse van de vragenlijsten	28
4.3.2.1 De resultaten van de interviews.....	28
4.4 Conclusie.....	35
Hoofdstuk 5 Conclusie van het onderzoek.....	36
5.1 Inleiding.....	36
5.2 De wenselijke situatie	36
5.3 Conclusie.....	38
Hoofdstuk 6 De uitgewerkte aanbevelingen	39
6.1 Inleiding.....	39
6.2 Randvoorwaarden.....	40
6.3 De uitgewerkte aanbevelingen.....	40
6.3.1 Benoem 2 aandachtsvelders oncologie met chemotherapie.....	40
6.3.2 Organiseer workshops voor de studenten en nieuwe medewerkers.....	41
6.3.3 Houder voor blauwe ton (SZA-vat) met voetpedaal aanschaffen	41
6.3.4 Stel een communicatieplan op	41
6.3.5 Evalueer de scholing en de zorg rondom de cliënten met chemotherapie (Evaluatiebijeenkomsten).....	42
6.3.6 Plan een meeloopdag	43
6.3.7 Stel een protocol op voor "noodsituaties"	43
6.4 De integratie met de afdeling	44
6.4.1 Parijs raamwerk.....	46
6.5 Conclusie.....	47
Nawoord	48
Bronnenlijst	49
Bijlage 1 Afdeling Miró 2 in behandelcentrum de Hazelaar.....	54
Bijlage 2 Scholing van werknemers.....	56
Bijlage 3 Scholing in de gezondheidszorg	74
Bijlage 4 Oncologie	86
Bijlage 5 Kennistoets	107
Bijlage 6 Uitgebreide analyse kennistoets.....	115
Bijlage 7 Beoordelingsschaal kennistoets	125
Bijlage 8 Vragenlijst voor de medewerkers van afdeling Miró 2	126

Bijlage 9 Informatie voor feedbackgroep	133
Bijlage 10 Informatie voor feedbackgroep en populatie.....	134
Bijlage 11 De poster	135
Bijlage 12 Resultatenlijst interviews (anoniem)	137
Bijlage 13 Open (overige) antwoorden interview.....	141
Bijlage 14 Uitkomsten interviews onderzoek Miró 2.....	150

Hoofdstuk 1 Aanleiding van de twee onderzoeken

1.1 Inleiding

Op afdeling Miró 2 (zie bijlage 1) van behandelcentrum De Hazelaar van Stichting De Wever te Tilburg, worden veel oncologische cliënten opgenomen voor revalidatie of palliatieve zorg na behandeling. In samenwerking met het TweeSteden ziekenhuis (TSZ) in Tilburg zullen er op korte termijn ook steeds meer cliënten opgenomen gaan worden die nog bezig zijn met chemotherapie. Zij zouden naar huis kunnen om van daaruit verder behandeld te worden. Hier zijn zij echter niet "goed genoeg" voor, of de thuissituatie laat het niet toe. Voor een ziekenhuisbed zijn deze patiënten te duur. Er is gekozen om deze patiënten/zorgvragers onder te brengen op afdeling Miró 2 dat is gelegen naast het TSZ. Het is de bedoeling dat de oncologische cliënten tijdelijk op afdeling Miró 2 zullen verblijven, met de bedoeling dat ze van hieruit naar huis gaan. De verzorging voor deze cliënten vraagt vooral extra aandacht in verband met de risicoperioden.

Om de medewerkers hierover extra kennis te geven, zijn afgelopen maart scholingsmiddagen gepland door het afdelingshoofd van Miró. In dit hoofdstuk staat informatie over de opdracht die de projectgroep met betrekking tot deze scholing in februari 2013 heeft gekregen.

1.2 Probleemstelling (hoofdvraag)

Geformuleerde probleemstelling door de opdrachtgever in januari 2013: Ontwikkel een (bij)scholingsprogramma voor Miró 2 in het omgaan met oncologische cliënten die chemotherapie krijgen.

Het (bij)scholingsprogramma hoeft niet inhoudelijk ontwikkeld te worden maar wel qua opzet en structuur.

Knelpunten zijn: of deze scholing aangeslagen is en de kennis daarna toereikend is.

Nu de medewerkers de scholing hebben gevolgd, is het nog steeds niet bekend of de medewerkers van afdeling Miró 2 de benodigde kennis hebben om de cliënten met chemotherapie te kunnen verzorgen.

Dit gaat de projectgroep onderzoeken met een kennistest. Deze scholing is gegeven zoals de trainers van het TSZ gewend zijn de scholing te geven aan hun collega's van de afdeling oncologie. Of dit ook de juiste manier is voor de medewerkers van afdeling Miró 2 is onbekend. Dit gaat de projectgroep ook onderzoeken door middel van een semi-gestructureerd interview.

Vervolgens is er door de projectgroep in maart 2013, in overleg met de projectbegeleider en de opdrachtgever, een andere probleemstelling geformuleerd. Deze luidt: Hoe draagt de recent gegeven scholing oncologie aan de medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, medewerkers huishoudelijke dienst en coördinerende-hoofden) op afdeling Miró 2, bij aan de kwaliteit van zorgverlening aan de oncologische cliënten met chemotherapie en hoe kan deze scholing geborgd worden?

1.2.1 Deelvragen

Deelvraag 1

Wat is op dit moment het kennisniveau van de medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, huishoudelijke dienst en coördinerende-hoofden) op afdeling Miró 2 op het gebied van oncologie cliënten met chemotherapie, met betrekking tot de zorg voor deze cliënten, zodat ze adequaat kunnen reageren op de bijwerkingen van de medicijnen die de cliënt gebruikt en de veiligheid bewaren voor zowel de cliënt, de medewerkers en ook voor familie en andere bezoekers? In hoofdstuk 3 staat de uitwerking van deze deelvraag.

Deelvraag 2

Welke manier (bijvoorbeeld frequentie, soort) van (bij-/na)scholing sluit het beste aan bij de doelgroep (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, medewerkers huishoudelijke dienst en coördinerende-hoofden) op afdeling Miró 2? In hoofdstuk 4 staat de uitwerking van deze deelvraag.

1.3 Doelstelling

Uiterlijk 28 juni 2013 zijn er aanbevelingen voor de (bij)scholing gedaan, van de medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, medewerkers huishoudelijke dienst en coördinerende-hoofden) op afdeling Miró 2 van behandelcentrum de Hazelaar te Tilburg. Die aanbevelingen betreffen de frequentie en soort scholing. Daarnaast zal de projectgroep aanbevelen welke onderwerpen met betrekking tot de verzorging van cliënten met chemotherapie aanbod moeten komen tijdens de (bij)scholing. Deze onderwerpen komen naar voren uit de kennistoets, die door de afstudeergroep gehouden is bij de medewerkers van afdeling Miró 2.

1.3.1 Onderzoeksdoelstelling deelvraag 1 van Daniëlle

De onderzoeksdoelstelling luidt: Inzicht krijgen in hoeverre de medewerkers op afdeling Miró 2 de benodigde kennis hebben om op een voor iedereen (de cliënt, familie en kennissen, zichzelf en collega medewerkers) veilige manier zorg te verlenen aan de oncologische cliënten met chemotherapie.

Deze zorg is cliënt afhankelijk. Voor de ene cliënt zal dit inhouden dat hij de juiste medicijnen op tijd krijgt en dat er adequaat gereageerd zal worden op bijwerkingen. Bij een andere cliënt kan de complete zorg in handen zijn van de medewerkers van Miró 2, dus medicijnen toedienen, wassen, eten geven en het mobiliseren van de cliënt.

1.3.2 Onderzoeksdoelstelling deelvraag 2 van José

De onderzoeksdoelstelling luidt: Duidelijk voor ogen zien te krijgen welke behoeften aan en vorm van, (bij)scholingsmogelijkheden de medewerkers op afdeling Miro 2, omtrent cliënten die chemotherapie krijgen, hebben.

1.4 De aanpak van het onderzoek

Er is naar aanleiding van de deelvragen, informatie verzameld over de mening en de kennis van de medewerkers die de scholing gevolgd hadden. Er is voor aanvang van de scholing door de opdrachtgever geen nulmeting bij de medewerkers gedaan over de kennis die al aanwezig was over chemotherapie. De projectgroep heeft daarom nu een kennistoets afgenomen. (Zie hoofdstuk 3)

Tevens heeft de projectgroep bij de medewerkers onderzocht hoe de scholing in maart bevallen is en of deze manier van scholing de juiste voor hen was. Dit is gedaan door interviews af te nemen, omdat er dan meer informatie gegeven kan worden door middel van doorvragen in vergelijking met een enquête. Tijdens de interviews is er gebruik gemaakt van een vragenlijst. (Zie hoofdstuk 4)

1.5 De scholing

Voor deze scholing, die in maart door de medewerkers van Miró 2 gevolgd is, zijn de medewerkers door het afdelingshoofd ingedeeld op twee studiemiddagen. Vier middagen in totaal. De eerste groep op dinsdag 5 en vervolgens dinsdag 19 maart. De ander groep op maandag 11 en maandag 25 maart. Dit is buiten de projectgroep om geregeld. Namelijk voor aanvang van de afstudeeropdracht.

De tijdsduur van de scholing stond gepland van 13.00-16.00 uur. Rond 15.30 uur waren de trainer(s) klaar met het geven van de scholing. Daarna was er nog tijd om vragen te stellen en met elkaar van gedachten te wisselen. Op het einde van de eerste scholingsbijeenkomst bleek dat de aangeboden stof door de trainers in één middag gegeven was en de geplande tweede scholingdag voor de medewerkers kwam te vervallen. Hierdoor ontstond er ruimte om meer medewerkers te betrekken bij deze scholing.

Zo zijn de voedingsassistenten van de afdeling, het hoofd huishoudelijk dienst en de coördinerend hoofden van de Hazelaar, in een vrij kort tijdsbestek, ook gevraagd om naar de scholing te gaan.

Tijdens de scholingsdagen waren er geen zieken. In totaal hebben 24 medewerkers de scholing gevolgd tijdens deze drie scholingsmiddagen. Twee medewerkers hiervan zijn niet direct werkzaam op afdeling Miró 2. Eén medewerker is het hoofd van de huishoudelijk dienst en één medewerker is coördinerend hoofd. Hiernaast hebben op de eerste twee scholingsdagen ook nog een aantal medewerkers van het Mobiel Zorgteam deelgenomen aan de oncologie scholing. Omdat deze medewerkers niet bij afdeling Miró betrokken zijn, zijn ze ook niet betrokken bij het onderzoek.

De aanleiding van de scholing waren vragen vanuit de werkvloer. Naar aanleiding van deze vragen is er door het afdelingshoofd scholing geregeld. Omdat er op dat moment al cliënten op de afdeling lagen met chemotherapie was het van belang dat de scholing snel plaats zou vinden. De onderwerpen voor deze scholing zijn gezamenlijk vastgesteld door de 2 senior verpleegkundigen van Miró en de twee oncologieverpleegkundigen van het TweeSteden ziekenhuis die de scholing hebben gegeven. Beide partijen hebben van te voren op elkaars afdeling meegekeken om de onderwerpen te bepalen.

1.6 Conclusie

Tijdens het voorwerk is gebleken dat de informatie uit boeken en de kennis die al bij de projectgroep aanwezig was, ruim voldoende was om een kennistoets en een vragenlijst voor de interviews in elkaar te zetten. Het vergaren van gegevens bij de medewerkers, ten behoeve van antwoorden op de onderzoeksvraag, stond centraal.

In het volgende hoofdstuk de literatuurstudie, die gemaakt is voor aanvang van het onderzoek.

Hoofdstuk 2 Literatuuronderzoek

Door de projectgroep is in februari gestart met het verzamelen van kennis over "scholing" en "oncologie met betrekking tot chemotherapie" en daarnaast ook over "vragenlijsten". De meeste informatie over deze onderwerpen kwam uit boeken van de Fontys bibliotheek in Tilburg en Eindhoven, de Juridische Hogeschool in Tilburg en Bibliotheek Midden-Brabant in Tilburg. Daarnaast is er ook op internet gezocht op betrouwbare sites en naar verslagen uit de bekende databanken, die via Fontys te raadplegen zijn. Er is met betrekking tot de scholing gezocht met trefwoorden als: bij- en nascholing, deskundigheidsbevordering (verpleegkundigen) en leerklimaat. Over oncologie is gezocht met trefwoorden als: oncologie, kanker, chemotherapie (en bijwerkingen), cytostatica (en veiligheid). De uitgebreide lijst met bronnen is te vinden in de literatuurlijst. Hieronder volgt allereerst een korte samenvatting over scholing en vervolgens over oncologie.

2.1 Samenvatting over scholing

Het aanbod aan scholing van werknemers is zeer gevarieerd. Er kunnen veel verschillende scholingsvormen worden onderscheiden die tevens in combinatie met elkaar kunnen voorkomen (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

De geschiktheid van een bepaalde scholingsvorm kan niet op voorhand worden bepaald. De scholingsvorm moet aansluiten bij de wensen van de medewerkers van afdeling Miró 2. Hierdoor is de kans groot dat de informatie die gegeven wordt, ook daadwerkelijk in de praktijk toegepast wordt. Ook weet de projectgroep van de opdrachtgever dat er rekening gehouden zal moeten worden met het scholingsbudget van afdeling Miró (Brouwers & Van der Burgh, 2000). Daarnaast zal er zeer waarschijnlijk ook rekening mee gehouden moeten worden dat vooral laagopgeleide medewerkers (kwalificatieniveau 3 en lager) op concrete en actieve wijze leren. Inspelen op de leerstrategie, door leiderschap en actieve scholingsvormen op de werkplek, stimuleert de ontwikkeling van leerfuncties (Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007). Dit zal blijken uit de kennistest en de persoonlijke gegevens die uit het interview naar voren komen.

Daarnaast zou een ontwikkelingsgerichte omgeving een positieve invloed op veranderingsprocessen hebben. Collectief leren is dan een goede oplossing (Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007). Doordat een nieuwe doelgroep cliënten op de afdeling komt, namelijk de cliënten met chemotherapie, heeft er de laatste weken een veranderproces plaats moeten vinden in de bestaande werkwijze.

Ondanks de diversiteit binnen scholingsactiviteiten, kunnen gemeenschappelijke kenmerken worden vastgesteld. Van belang is dat het leeractiviteiten zijn die doelbewust worden ingezet, namelijk om het functioneren van werknemers en de organisatie direct dan wel indirect positief te beïnvloeden. Ook is van belang dat de werkgever de kosten gedeeltelijk of volledig voor zijn rekening neemt. Een scholingsvorm die aan populariteit wint, is scholing op de werkplek. Binnen deze scholingsvorm zijn eveneens variaties mogelijk. De geschiktheid van een scholingsvorm is mede afhankelijk van het doel dat met scholing moet worden bereikt. Behalve effectiviteitscriteria kunnen ook andere argumenten, bijvoorbeeld de financiële ruimte die het bedrijf heeft, een rol spelen in de keuze van een bepaalde scholingsvorm (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Scholing kan de bedrijfsresultaten positief beïnvloeden, bijvoorbeeld door verhoging van de productiviteit, vermindering van het ziekteverzuim, verbetering in de kwaliteit van de productie of dienstverlening. Deze effecten zijn meetbaar in een organisatie (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Het is duidelijk dat scholing voor organisaties en hun werknemers van toegevoegde waarde is. Het is van belang dat de werkgever rekening houdt met de scholingsbehoeften van de werknemer. Een zeker risico dat de werknemer het geleerde elders in praktijk brengt, is aanwezig (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Uit de literatuur is ook bekend dat al na en half jaar de kennis wegzakt. Dat leidt tot de conclusie dat scholing regelmatig herhaald moet worden om de kennis bij de medewerkers op te frissen (Spieker, 2011).

Een ander gegeven is dat er door BIG geregistreerden sowieso veel geschoold moet worden (Rijksoverheid, 2011 en CIBG, 2013). In het interview staat de vraag hoe vaak per jaar de medewerkers een bijscholing over zorg aan cliënten met chemotherapie willen krijgen.

Hieruit zal blijken wie deze scholing er nog graag bij willen hebben en/of hoe vaak.

Ook worden er wel eens signalen afgegeven dat niet alle medewerkers mee kunnen komen met de vele veranderingen en de cultuuromslag die noodzakelijk gemaakt moet worden. Medewerkers kunnen het als een grote druk ervaren dat er veel geschoold moet worden (scholingsmoe)(Ministerie van VWS, 2012).

In bijlage 2 staat meer informatie over de veelomvattendheid van scholing van werknemers en de diversiteit aan vormen waarin scholingsactiviteiten kunnen worden gegoten. In bijlage 3 staat meer informatie over scholing met betrekking tot zorgverleners.

2.2 Samenvatting over oncologie en chemotherapie

Kanker is het ongecontroleerd delen van cellen met beschadigd DNA (Sleeboom, 2008). Er zijn verschillende oorzaken van kanker. Bijvoorbeeld erfelijke factoren en omgevingsfactoren (onder andere UV straling) (De Vries et al., 2009).

De meest toegepaste behandelingsmogelijkheden bij kanker zijn:

- operatie;
- bestraling (radiotherapie);
- medicijnen (chemotherapie, hormoontherapie, immunotherapie en doelgerichte therapie).

(Sleeboom, 2008 en TweeSteden ziekenhuis 2012)

Chemotherapie is een behandeling met medicijnen, cytostatica genaamd, die erop gericht is om het proces van celdeling stop te zetten. (The Netherlands Cancer Instituut, 2011)

Vrijwel elk medicijn dat tegen kanker wordt ingezet, heeft bijwerkingen.

Dit geldt ook voor de medicijnen, zoals pijnstillers, die worden gegeven om de klachten van kanker te bestrijden (Sleeboom, 2008).

De cytostatica zit nog een aantal dagen na de toediening in het lichaam van de patiënt.

Uitscheidingsproducten zoals urine, ontlasting en braaksel, bevatten nog resten cytostatica.

Hoeveel dagen is afhankelijk van de soort cytostatica. Dit wordt de risicoperiode genoemd.

Tijdens de toediening van cytostatica en in de risicoperiode worden door de verzorgers maatregelen getroffen om het directe contact met cytostatica en de uitscheidingsproducten zoveel mogelijk te vermijden.

Een aantal veel voorkomende bijwerkingen zijn:

- misselijkheid en braken;
- overgevoeligheidsreactie;
- infectiegevaar;
- vermoeidheid;
- haaruitval.

(Sleeboom, 2008)

Wonden ontstaan door een tumorbehandeling zijn oncologische wonden. Zij onderscheiden zich van oncologische ulcera, die ontstaan ten gevolge van het tumorproces zelf. Dit onderscheid wordt gemaakt omdat de wondbehandeling verschillend is. Het doel van de wondbehandeling is een zo snel mogelijk herstel en de pijn en ongemak van de patiënt te beperken. Als er sprake is van combinatietherapie moet een wond grotendeels genezen zijn voordat de volgende behandeling plaats kan vinden (Lintz-Luidens et al., 2002).

Mensen die met kanker worden geconfronteerd, zijn in bijna alle facetten van hun bestaan geschokt: het vertrouwen in zichzelf, in hun lichaam en in de wereld kan acuut helemaal verdwenen zijn. Het omgaan met deze tegenslag en het zoeken naar een nieuw levensevenwicht is meestal een proces van vallen en opstaan. Het vraagt een enorme kracht van deze mensen om de angst en ontredde die op hen afkomen, geleidelijk beter te leren hanteren en de veranderingen die in hun leven opdoemen een plaats te leren geven. Voor velen zal het leven nooit meer zo zijn als voorheen (Brunklaus, 1996).

In bijlage 4 staat meer informatie over chemotherapie, de bijwerkingen, psychosociale aspecten bij kanker en de veiligheid omtrent chemotherapie.

Hoofdstuk 3 Uitwerking deelvraag 1 van Daniëlle

In dit hoofdstuk staat de uitgewerkte onderzoeksmethode, de resultaten van het onderzoek, de analyse en ten slotte de conclusie van deelvraag 1. Voor het beantwoorden van deze deelvraag is gebruik gemaakt van kennistoetsen. (Zie bijlage 5).

3.1 Deelvraag 1

De vraag die de projectgroep en de opdrachtgever beantwoord wil zien luidt: Wat is op dit moment het kennisniveau van de medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, huishoudelijke dienst en coördinerende-hoofden) op afdeling Miró 2 op het gebied van oncologie cliënten met chemotherapie, met betrekking tot de zorg voor deze cliënten, zodat ze adequaat kunnen reageren op de bijwerkingen van de medicijnen die de cliënt gebruikt en de veiligheid bewaren voor zowel de cliënt, de medewerkers en ook voor familie en andere bezoekers?

3.2 Methode van onderzoek

In deze paragraaf is beschreven hoe het onderzoek om deelvraag 1 te beantwoorden heeft plaatsgevonden. Voor dit onderzoek zijn kennistoetsen afgenomen bij bijna alle deelnemers van de oncologie scholing.

3.2.1 Het onderzoek “de kennistoets”

Om het kennisniveau van de medewerkers te meten is gebruik gemaakt van een kennistoets. (Zie bijlage 5). Dit is een kwantitatief onderzoek geweest door middel van een gestructureerde dataverzamelmethode. Het was een toetsend onderzoek. Er is onderzocht of de medewerkers na afloop van de recent gegeven scholing oncologie, de juiste en voldoende informatie en kennis hebben om optimaal voor de oncologische cliënten te kunnen zorgen. Zodat de cliënt de zorg krijgt die nodig is. Er moet rekening gehouden worden met de veiligheid van alle betrokkenen, en er moet adequaat gereageerd worden op bijwerkingen die naar aanleiding van de chemotherapie op kunnen treden.

3.2.2 De populatie van het onderzoek

Er heeft een populatieonderzoek plaatsgevonden. Bijna alle elementen van de populatie hebben mee gedaan met de kennistoets. Hierdoor is de betrouwbaarheid en representativiteit van het onderzoek vergroot ten opzichte van een steekproef. De populatie bestond uit alle medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, medewerkers huishoudelijke dienst van Miró 2 en de coördinerende hoofden) die de scholing oncologie gehad hebben. Bij aanvang van het onderzoek was de $n=23$.

De medewerkers van het Mobiel Zorgteam van de Wever hebben wel meegedaan met de scholing, maar vallen niet onder de populatie. Zij zijn namelijk niet werkzaam op afdeling Miró 2. Daarom zullen deze medewerkers niet meedoen met het onderzoek.

Hieronder volgen de inclusie- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

- alle medewerkers op afdeling Miró die de oncologie scholing hebben gehad, omdat zij contact hebben met de cliënten met chemotherapie op afdeling Miró 2.

Exclusiecriteria :

- medewerkers die tijdens het afnemen van de kennistoets niet aanwezig zijn (door bijvoorbeeld ziekte of vakantie);
- medewerkers die de scholing oncologie niet gevolgd hebben;
- de stagiaires en leerlingen (omdat ze niet bij de scholing oncologie zijn geweest);
- medewerker, tevens projectlid die de kennistoets op heeft gesteld;
- medewerkers van het Mobiel Zorgteam.

3.2.3 Dataverzamelingstechnieken van het onderzoek

Het onderzoek is afgenomen door middel van een schriftelijke kennistoets. De vragen zijn in de 'je'-vorm opgesteld, omdat de medewerkers en de projectgroep elkaar kennen. De medewerkers (respondenten) kregen de kennistoets waarbij zij bij elke vraag konden kiezen uit een beperkt aantal antwoordmogelijkheden (combinatie van multiple choice vragen en ja/nee vragen). Deze antwoorden worden kwantitatief geanalyseerd. Bij de analyse is er gebruik gemaakt van het opleidingsniveau en er is gekeken naar de 4 categorieën (zie paragraaf 3.2.5). De resultaten zijn ook verwerkt in een aantal tabellen en grafieken. Op het einde van de kennistoets zijn twee open vraag gesteld, namelijk vraag 29 en 30. Deze antwoorden zijn kwalitatief geanalyseerd. De antwoorden op deze twee open vragen zijn gebundeld. Als hetzelfde antwoord meerdere malen gegeven is, zal dit vermeld worden (zie paragraaf 3.3.3.3) (Verhoeven, 2011; Baarda et al., 2007; Swanborn, 2005 en Van Buuren et al., 2003).

3.2.4 Het werven van de respondenten

Contact leggen en werven: In het werkoverleg op 4 april 2013 is door één projectlid de kennistoets aangekondigd bij de respondenten. De respondenten zijn hierdoor geïnformeerd dat de projectgroep een kennistoets zal gaan afnemen. Twee dagen voordat de projectgroep actief is begonnen met het afnemen van de kennistoets zijn de respondenten nogmaals per mail geïnformeerd over de exacte dagen hiervoor. Op deze manier konden de medewerkers er rekening mee houden dat de projectgroep regelmatig met een collega medewerker apart ging zitten om de kennistoets af te nemen. Er is tijdens het werkoverleg en ook in de email uitgelegd dat de medewerkers zich niet extra voor deze kennistest voor hoefden te bereiden. Na afloop van de kennistoets is de medewerker erop gewezen dat hij of zij de toets niet met zijn collega's mag bespreken, omdat er anders een vertekend beeld kan ontstaan. Ook heeft de projectgroep erbij gezegd dat collega's beter maar een fout antwoord kunnen geven. Van de fouten kan geleerd worden. Dit onderdeel komt dan terug in de scholing.

Op de referentielijst is tijdens het onderzoek bijgehouden wie de kennistoets nog in moest vullen. Op de dienstlijst was te zien wanneer de mogelijkheid zich voor deed om diegene te treffen en de kennistoets te laten maken.

Op de kennistoets die door de medewerker is ingevuld, is een nummer komen te staan. Op een aparte referentielijst is dit nummer gekoppeld aan de medewerker. Deze referentielijst is in het bezit van de projectgroep en zal niet met iemand anders dan de projectleden gedeeld worden. Op deze manier is de toets niet anoniem afgenomen, maar wel anoniem verwerkt en kan de anonimiteit van de medewerkers gegarandeerd worden.

3.2.5 De onderwerpen van de kennistoets

De kennistoets bestond uit vragen naar aanleiding van de literatuurstudie door de projectgroep over oncologie (zie bijlage 4) en de scholing over oncologie die de onderzoekspopulatie heeft gevolgd in het bijzijn van de projectgroep.

De scholing en ook de kennistoets bestonden uit de volgende deelonderwerpen:

- Algemene kennis over kanker
- Chemotherapie algemeen
- Bijwerkingen van chemotherapie
- Veiligheid rondom chemotherapie

3.2.6 Waarborging van de kwaliteit van het onderzoek

Het is belangrijk om aandacht aan de kwaliteit van de kennistoets te besteden: zijn de vragen eenduidig en begrijpelijk, geven ze antwoord op wat men wil weten en ontbreken er geen cruciale onderwerpen? Op kleine schaal uitproberen van de lijst verdient aanbeveling (Grol & Wensing, 2011).

De vragen zijn met zorg gemaakt. Eerst zijn indicatoren (topics) opgesteld. Aan de hand van deze indicatoren zijn de vragen bedacht. De antwoorden op deze vragen vormen uiteindelijk de variabelen in de analyse (Baarda et al., 2007).

Vervolgens heeft de projectgroep de kennistoets laten testen door één van de oncologie verpleegkundigen die de scholing heeft gegeven, twee kritische HRM medewerkers en twee (specialistische) verpleegkundigen. Hierna is de kennistoets door de projectgroep aangepast en voorgelegd ter beoordeling aan de projectbegeleider, de opdrachtgever en de referentiegroep. Deze drie partijen hebben ook enkele opmerkingen geplaatst. Deze zijn ook door de projectgroep verwerkt en vervolgens is begonnen met het afnemen van de kennistoets. (Elshof & Pieters, 2006).

De kwaliteit van het gegevensbestand kan sterk aan waarde inboeten als de gegevens onvolledig of selectief zijn verzameld. Om dit te voorkomen heeft de projectgroep gebruik gemaakt van de testpersonen zoals hierboven beschreven. Door de kennistoets te laten invullen door één van de trainers en de testpersonen (inhoudsvaliditeit), wordt de betrouwbaarheid van de kennistoets voor het onderzoek verhoogd (Verhoeven, 2011). Ook is de projectgroep aanwezig tijdens het invullen van de kennistoets om eventueel onduidelijkheden uit te leggen.

Om de kwaliteit te waarborgen, wordt de analyse beoordeeld door de projectbegeleider, de referentiegroep en de opdrachtgever (Verhoeven, 2011 en Wouters & Van Zaalen, 2012).

3.2.7 Situatie en locatie van het onderzoek

Het onderzoek is gehouden op afdeling Miró 2. De opdrachtgever was hiervan op de hoogte gesteld. Tijdens het werk heeft de projectgroep de respondenten gevraagd om de kennistoets ter plekke, onder toezicht van één projectlid, te maken. Dit om ervoor te zorgen dat de medewerker geen hulp krijgt van een collega of het antwoord op kan zoeken. De kennistoetsen zijn door de medewerkers in de studentenruimte, de tussenruimte en de kleine huiskamer ingevuld.

3.2.8 Tijdstip en periode van het onderzoek

De kennistoets is afgenomen vanaf 11 april tot en met 25 april. Op de maandagen, woensdagen en donderdagen was de projectgroep op de afdeling zodat de medewerkers de toets konden invullen.

De projectgroep heeft rekening gehouden met de bezetting en de drukte op de werkvloer. Aangezien tussen 7.00 uur en 10.00 uur de werkdruk hoog is in verband met de ochtendzorg, is de projectgroep altijd pas na 10.00 uur begonnen. Tijdens het afnemen van de kennistoets heeft het projectlid dat ook werkzaam is op de afdeling, tijdelijk het werk overgenomen van de medewerker, zodat de medewerker de kennistoets op zijn/haar gemak kon invullen. De opdrachtgever was hiervan op de hoogte en had haar akkoord hiervoor gegeven.

3.3 Resultaten, analyse en conclusie van deelvraag 1

3.3.1 Aanpak analyseren onderzoek

Eerst zijn alle kennistoetsen (zie bijlage 5) afgenomen bij de medewerkers die ook deel hadden genomen aan één van de drie oncologie scholingen. Daarna zijn alle toetsen nagekeken en gecorrigeerd. Bij de goede antwoorden is met rode pen een krul voor gezet en bij antwoorden die fout waren is een rood kruis gezet. Tevens zijn de juiste antwoorden aangekruist en is er uitleg gegeven waarom het antwoord fout was. Bij het corrigeren is rekening gehouden met het niveau van de medewerker. De toetsen zijn gescand en afzonderlijk per email tussen 20 en 26 mei naar de medewerkers gestuurd. Elke medewerker krijgt daarmee zijn gecorrigeerde toets terug.

Op deze manier kunnen de medewerkers zien hoe de vragen gemaakt zijn en ook waarom het antwoord fout was door de uitleg die erbij geschreven is. Al deze specifieke vragen hoeven daardoor ook niet allemaal terug te komen in de bijscholing die dit najaar gegeven zal worden. Het bekijken van de uitkomsten van de kennistoets is meteen een extra leermoment voor de medewerkers. Door het voorleggen van de uitgewerkte antwoorden aan de respondenten, blijven zij zich betrokken voelen bij de deskundigheidsbevordering die nodig is om de continuïteit en de kwaliteit te waarborgen voor de verzorging van de oncologiecliënten met chemobehandelingen op afdeling Miró 2.

Door het afnemen van de kennistoets, door de individuele uitkomsten terug te geven aan de medewerkers en door het in de groep nogmaals bespreken van de uitkomsten tijdens de presentatie in het teamoverleg zorgt de projectgroep voor herhaling van de informatie die van belang is bij het borgen van de scholing en ten goede komt aan de zorg aan cliënten met chemotherapie. Herhaling zorgt ervoor dat informatie beter en langer paraat blijft. Door in de kennistoets ook te vragen naar onderwerpen die in volgende trainingen aanbod moeten komen, creëer je betrokkenheid en draagkracht bij de medewerkers (Van der Donk & Van Lanen, 2011).

3.3.2 Resultaten van de kennistoets

Van de 23 medewerkers die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan de kennistoets, zijn er 22 medewerkers geweest die daadwerkelijk de kennistoets hebben gemaakt. Slechts één medewerker heeft niet deelgenomen. De projectgroep gaat verder niet in op de reden, omdat anders de anonimiteit in het geding komt. De populatie is dus veranderd naar 22 (n=22).

Nadat alle kennistoetsen nagekeken waren, zijn alle gegevens in tabel 1 verwerkt. Vooraf heeft elke medewerker een nummer tussen de 10 en 100 gekregen. Dit om de anonimiteit van de medewerkers te garanderen.

Aan de bovenkant van de tabel staan de nummers van de vragen van links naar rechts. In de tabel is een G neergezet als de medewerker de vraag goed had en een F als de medewerker de vraag fout had. De G's zijn toepasselijk groen en de F's rood gekleurd.

De vragen zijn in de tabel door dikke lijnen onderverdeeld in de vier categorieën. Categorie A is algemene kennis over kanker, categorie B is chemotherapie algemeen, categorie C is chemotherapie en bijwerkingen en categorie D is veiligheid rondom chemotherapie. (Zie tabel 1).

Tabel 1: Resultaten van de kennistoets (n=22)

			A					B		C										D										totaal goed	totaal fout				
medewerker	opleiding	functie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
92	niveau 5	verpleegkundige	ja	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	G	nee	geen	26	1		
53	niveau 5	verpleegkundige	ja	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	F	G	G	G	G	G	nee	geen	25	2	
86	niveau 5	verpleegkundige	ja	F	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	F	F	G	F	ja	geen	21	6		
67	niveau 5	verpleegkundige	ja	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	ja	geen	24	3	
28	niveau 4	verpleegkundige	ja	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	F	F	G	G	G	G	G	G	G	G	G	nee	geen	24	3	
37	niveau 4	verpleegkundige	nee	G	G	G	G	F	G	G	G	F	G	G	G	G	G	F	G	F	F	G	G	G	G	G	G	F	G	G	nee	ja	21	6	
49	niveau 4	verpleegkundige	ja	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	F	G	F	ja	geen	23	4	
58	niveau 4	verpleegkundige	ja	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	F	F	G	F	G	F	G	G	G	G	G	G	nee	geen	22	5	
31	niveau 4	verpleegkundige	ja	G	G	F	G	G	G	G	G	G	F	F	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	nee	geen	23	4	
81	niveau 4	verpleegkundige	ja	G	G	G	G	G	G	G	G	F	F	G	F	G	G	G	F	G	F	F	F	G	G	G	F	F	G	G	ja	geen	19	8	
46	niveau 3	verzorgende	ja	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	F	F	F	F	G	G	G	G	F	G	G	F	G	nee	geen	20	7	
74	niveau 3	verzorgende	ja	G	G	F	G	G	G	G	G	F	F	G	G	G	G	G	F	F	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	nee	geen	21	6	
85	niveau 3	verzorgende	ja	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	F	G	F	G	F	G	G	G	G	G	F	G	G	nee	geen	21	6	
12	niveau 3	verzorgende	ja	F	G	F	F	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	F	F	G	G	G	G	F	G	G	G	G	nee	geen	20	7	
97	niveau 2	helpende	ja	G	G	F	G	G	F	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	F	G	G	nee	geen	22	5	
84	niveau 2	voedingsassistent	ja	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	F	G	G	F	G	F	F	F	G	G	G	G	F	F	G	G	F	nee	geen	18	9
75	niveau 2	voedingsassistent	nee	G	G	F	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	G	G	G	F	F	F	nee	geen	21	6	
32	niveau 2	voedingsassistent	nee	G	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	F	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	nee	geen	23	4	
29	niveau 2	voedingsassistent	nee	G	G	F	G	G	G	F	F	F	F	F	G	F	G	G	F	G	G	F	G	G	G	F	G	G	F	F	ja	geen	15	12	
10	niveau 2	voedingsassistent	ja	G	G	F	F	G	G	F	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	F	F	G	G	G	G	G	G	G	G	nee	geen	21	6	
61	niveau 1	HHD	nee	G	G	G	G	G	G	G	G	G	F	G	F	G	G	F	G	G	G	F	G	F	F	F	F	G	G	G	nee	geen	19	8	
78	niveau 1	HHD	nee	G	G	F	G	G	F	G	G	G	G	F	G	G	G	G	F	F	F	G	G	G	G	F	G	G	F	G	nee	geen	19	8	
Tabel 1	GOED / ja		16	20	22	12	19	21	20	20	21	16	15	17	17	21	22	15	13	10	12	11	22	20	20	16	19	14	17	16					
	FOUT / nee		6	2	0	10	3	1	2	2	1	6	7	5	5	1	0	7	9	12	10	11	0	2	2	6	3	8	5	6					
	GOED			91%	100%	55%	86%	95%	91%	91%	95%	73%	68%	77%	77%	95%	100%	68%	59%	45%	55%	50%	100%	91%	91%	73%	86%	64%	77%	73%					
	FOUT			9%	0%	45%	14%	5%	9%	9%	5%	27%	32%	23%	23%	5%	0%	32%	41%	55%	45%	50%	0%	9%	9%	27%	14%	36%	23%	27%					

- A Algemene kennis over kanker
- B Chemotherapie algemeen
- C Chemotherapie en bijwerkingen
- D Veiligheid rondom chemotherapie

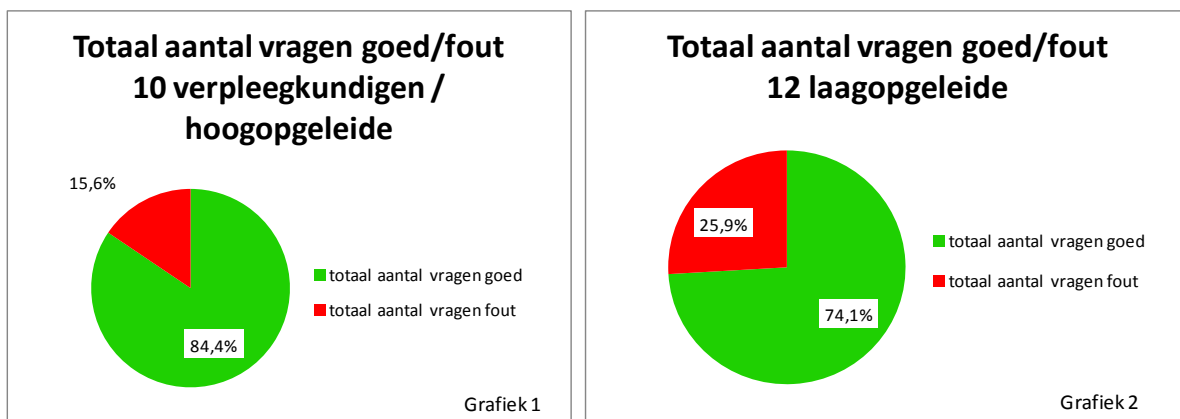
3.3.3 Analyse van de kennistoets

Op de eerste dag gaf een medewerker aan dat bij vraag 20 niet duidelijk was of bij deze dagen ook de periode van de chemokuur hoort. Dit was dus niet het geval. Daarom is bij deze vraag in de vervolg kennistoetsen de tekst "exclusief periode van de chemokuur" bijgeschreven. Dit was de enige onduidelijkheid die naar voren is gekomen tijdens het invullen van de kennistoetsen.

3.3.3.1 Hoog- en laagopgeleide

Alle 22 medewerkers bij elkaar, hebben gemiddeld 78,8% van de vragen goed beantwoord.

De hoogopgeleide, de verpleegkundigen van zowel niveau 4 en niveau 5 (n=10) hebben samen gemiddeld 84,4% van de vragen goed beantwoord. De verpleegkundigen hadden dus gemiddeld meer vragen goed dan de totale populatie (zie grafiek 1).



De laagopgeleiden, de medewerkers huishoudelijke dienst, de voedingsassistenten, de helpende en de verzorgenden hebben samen gemiddeld 74,1% van alle vragen goed beantwoord (zie grafiek 2).

3.3.3.2 De 4 deelgebieden van de kennistoets

De kennistoets was onderverdeeld in 4 deelgebieden. De 27 kennisvragen zijn verdeeld in 4 vragen over algemene kennis over kanker, 2 vragen over chemotherapie in het algemeen, 12 vragen over chemotherapie en bijwerkingen en 9 vragen over veiligheid rondom chemotherapie. De meeste vragen zijn gesteld over bijwerkingen en veiligheid omdat hier tijdens de scholing de nadruk op lag. Naast de 27 kennisvragen is er één vraag gesteld of de scholing aansloot bij de huidige kennis van de medewerkers.

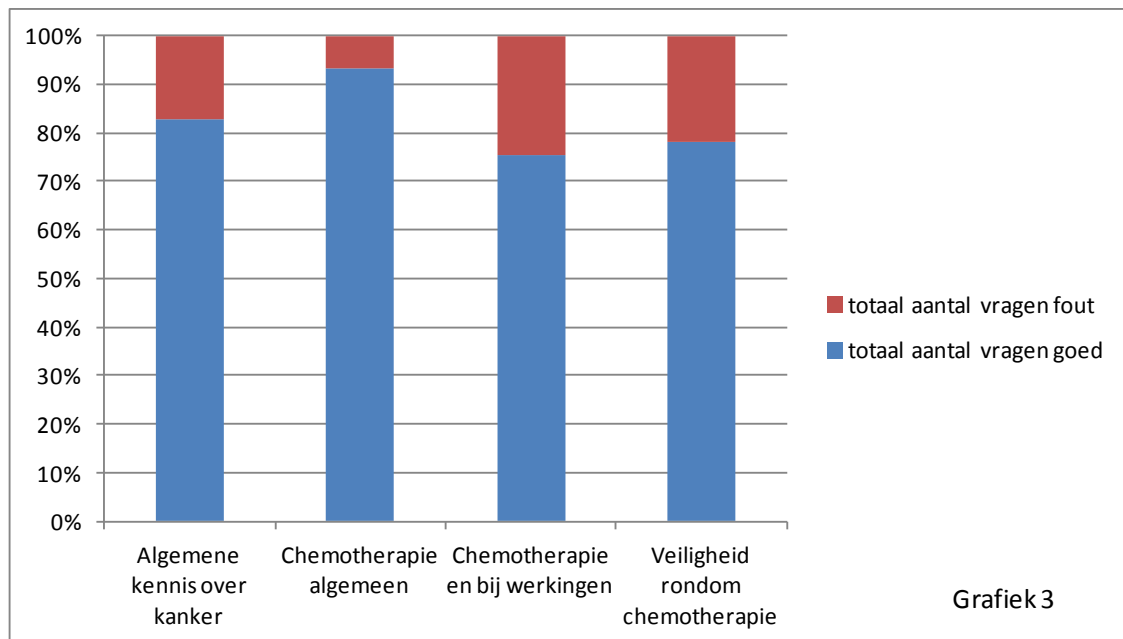
In totaal zijn gemiddeld 83,0% van de algemene vragen over kanker goed beantwoord door de totale populatie.

Gemiddeld 93,2% van de vragen over chemotherapie in het algemeen, zijn goed beantwoord.

Van de 12 vragen over chemotherapie en bijwerkingen is gemiddeld 75,5% goed beantwoord.

Tenslotte is gemiddeld 78,3% van de vragen over veiligheid rondom chemotherapie goed beantwoord (zie grafiek 3 en tabel 12 van bijlage 6).

Grafiek 3: De score van de vier categorieën.



Grafiek 3

3.3.3.3 Uitwerking open vragen kennistoets

Hieronder volgt de uitwerking van de twee open vragen die tijdens de kennistoets gesteld zijn.

Er zijn 5 respondenten geweest die een antwoord op vraag 29 hebben gegeven, of er nog onderwerpen met betrekking tot oncologische cliënten met chemotherapie waren waar ze meer informatie over wilde hebben. 4 respondenten waren verpleegkundigen en 1 respondent was verzorgende. Geen van de respondenten gaven hetzelfde antwoord. De verzorgende gaf als antwoord dat ze graag had gewild dat ze eerst uitleg gekregen hadden over de cliënten voordat deze op de afdeling kwamen. De volgende antwoorden zijn gegeven door de verpleegkundige:

- Tips bij het bloedprikken bij cliënten met chemotherapie
- Extra uitleg over medicatie
- Werkwijze / procedure van de blauwe chemo ton (SZA-vat)
- Hand/voet syndroom

De projectgroep heeft al navraag gedaan over het bloedprikken bij cliënten met chemotherapie bij het Mobiel Zorgteam van de Wever. Het Mobiel Zorgteam gaf als antwoord dat het inderdaad moeilijk is om deze cliënten te prikken, doordat de vaten een hardere wand krijgen en gevoeliger worden. Voor het prikken van deze cliënten zijn er geen extra tips dan de tips die in het algemeen gelden bij mensen die moeilijk te prikken zijn (bijvoorbeeld gebruik maken van een vlindernaaldje). Een arts kan beslissen om een port à cath of een PIC catheter te plaatsen zodat er niet direct in de vaten van de cliënt geprikt hoeft te worden.

1 respondent heeft antwoord gegeven op vraag 30. Het was echter geen direct antwoord op de vraag. De vraag was namelijk welke onderwerpen ze gemist hadden tijdens de recent gegeven oncologie scholing. Het antwoord gegeven door de verpleegkundige was dat ze het jammer vond dat de studenten en leerlingen niet naar de scholing mochten. Voor hen is het namelijk ook erg leerzaam en zij werken ook met deze cliënten.

Uit deze analyse kan geconcludeerd worden welke onderwerpen zeker terug moeten komen in de scholing later dit jaar. De antwoorden op de open vragen zijn gebundeld en ook op de lijst gezet van onderwerpen die zeker terug moeten komen in de volgende scholing. Deze informatie staat in hoofdstuk 5.

Voor meer gedetailleerde informatie over de uitkomsten van de kennistoets zie bijlage 6.

3.3.4 Conclusie kennistoets

In het algemeen kan gezegd worden dat de kennistoets goed gemaakt is door de medewerkers. Gemiddeld is namelijk bijna 80% van de antwoorden goed beantwoord. (Zie bijlage 6). 22 van de 27 kennisvragen zijn gemiddeld goed gemaakt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de medewerkers na de scholing kennis hebben hoe ze de cliënten met chemotherapie moeten verzorgen. Ze zijn in staat de bijwerkingen te herkennen en kunnen hier adequaat op reageren. Daarnaast weten ze goed welke veiligheidsmaatregelen ze moeten treffen en waarom. De scholing is hiermee toereikend geweest. (Zie bijlage 7).

Er zijn nog een aantal punten die aandacht verdienen, zoals bijvoorbeeld de procedure die geldt bij vragen en problemen van cliënten, maar dit heeft niet direct invloed op de zorg aan de cliënten. Ook op het gebied van veiligheid en bijwerkingen zijn er een aantal onderwerpen die terug moeten komen in de volgende scholing.

Ook kan uit de analyse geconcludeerd worden dat hoe hoger het opleidingsniveau van de medewerkers, hoe beter de kennistoets gemaakt is.

In hoofdstuk 5 staat welke onderwerpen naar aanleiding van dit onderzoek terug moeten komen in de volgende scholing. In het volgende hoofdstuk staat de uitwerking van deelvraag 2.

Hoofdstuk 4 Uitwerking deelvraag 2 van José

In dit hoofdstuk staat de uitgewerkte onderzoeksmethode, de resultaten van het onderzoek, de analyse en ten slotte de conclusie van deelvraag 2. Voor het beantwoorden van deze deelvraag is tijdens de interviews gebruik gemaakt van een vragenlijst. (Zie bijlage 8).

4.1 Deelvraag 2

De vraag die de projectgroep en de opdrachtgever beantwoord wil zien luidt: Welke manier (bijvoorbeeld frequentie, soort) van (bij-/na)scholing sluit het beste aan bij de doelgroep (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, medewerkers huishoudelijke dienst en coördinerende-hoofden) op afdeling Miró 2?

4.2 Methode van onderzoek

In deze paragraaf is beschreven hoe het onderzoek om deelvraag 2 te beantwoorden heeft plaatsgevonden. Voor dit onderzoek zijn interviews gehouden met bijna alle deelnemers van de oncologie scholing.

4.2.1 Onderzoek "het interview"

Om zicht te krijgen welke manier van (bij-/na)scholing het beste aansluit bij de doelgroep zoals hierboven omschreven, is bij de deelnemers van de scholing een interview afgenomen met een gestructureerde vragenlijst, zie bijlage 8, waarop vooral open vragen stonden. In het groen de tekst, bij de antwoorden, die gedurende de interviews zijn aangepast. Dit is gedaan om het analyseren te vereenvoudigen. Deze vragenlijst is gemaakt met behulp van een topiclijst. Deze topiclijst is door de afstudeergroep gemaakt naar aanleiding van de literatuurstudie over scholing.

Er is door de projectgroep voor een gestructureerd interview gekozen om het onderwerp af te kunnen bakenen. Als instrument is een vragenlijst gebruikt. Deze werd ook gebruikt als antwoordenlijst. Hier is door de projectgroep voor gekozen om de antwoorden vlot te kunnen bundelen. Dit was nodig omdat het anders niet haalbaar zou zijn om 24 interviews te kunnen uitwerken en analyseren in de tijd die er voor was. Dit is dus een kwantitatief onderzoek geweest met behulp van een gestructureerde dataverzamelmethode. Het was een toetsend onderzoek.

Projectlid José heeft alle interviews afgenomen. Daniëlle, het andere projectlid, heeft de antwoorden genoteerd op de vragenlijst waar een beperkt aantal antwoordmogelijkheden al gegeven waren. Aankruisen was dan vaak voldoende. Was het antwoord van de medewerker anders, dan was er ruimte vrijgelaten om dit te kunnen noteren. Door deze opzet kreeg het interview het karakter van een mondelinge enquête. De onderzoekers hielden beiden tijdens het interview in de gaten of alle vragen aan bod kwamen. De medewerker kreeg veel gelegenheid zijn of haar verhaal te vertellen en als er een onduidelijk antwoord gegeven werd kon er doorgevraagd worden. Hiermee kon worden ingegaan op onverwachte situaties.

De resultaten zijn 'natuurgetrouw', omdat een projectlid tijdens de teambespreking uitleg heeft gegeven over de manier waarop de anonimiteit gewaarborgd wordt. De medewerker was hierdoor waarschijnlijk meer geneigd een eerlijk antwoord te geven. Er is geprobeerd de vragen zo veel mogelijk op dezelfde manier te stellen, waardoor de antwoorden meer eenduidig zouden zijn (Rijksoverheid, 2011).

De antwoorden zijn vervolgens zo veel mogelijk gebundeld om daarna kwantitatief te kunnen analyseren (Verhoeven, 2011).

4.2.2 De populatie van het onderzoek

Er heeft een populatieonderzoek onderzoek plaatsgevonden. Bijna alle elementen van de populatie hebben mee gedaan met de interviews. Hierdoor is de betrouwbaarheid en representativiteit van het onderzoek vergroot ten opzichte van een steekproef. De populatie bestond uit alle medewerkers (verpleegkundigen, verzorgenden, helpende, voedingsassistenten, medewerkers huishoudelijke dienst van Miró 2 en de coördinerende hoofden) die de scholing oncologie gehad hebben. Bij aanvang van het onderzoek was de $n=24$.

Van de 24 medewerkers die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan de interviews, zijn er 22 medewerkers geweest bij wie daadwerkelijk het interview is afgenomen. Slechts twee medewerkers hebben niet deelgenomen. De projectgroep gaat niet verder in op de reden, omdat anders de anonimiteit in het geding komt. De populatie is dus veranderd naar 22 ($n=22$). De projectgroep wilde alle medewerkers de kans geven hun zegje over de scholing oncologie te doen, omdat ze hier op voorhand totaal geen inspraak over gehad hadden. Het initiatief ten aanzien van opleiden en leren kan niet alleen top-down worden gedirigeerd. De opwaartse 'bottom-up' beweging van ervaringen, inzichten en oplossingen van de medewerkers op het niveau van de werkprocessen moet de verbindende schakel zijn in het continue proces.

De medewerkers van het Mobiel Zorgteam van de Wever hebben wel meegedaan met de scholing, maar vallen niet onder de populatie. Zij zijn namelijk niet werkzaam op afdeling Miró 2. Daarom zullen deze medewerkers niet meedoen met het onderzoek.

Hieronder volgen de inclusie- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

- alle medewerkers op afdeling Miró 2 die de oncologie scholing hebben gehad omdat zij contact hebben met de cliënten op de afdeling met chemotherapie inclusief Daniëlle (projectlid).

Exclusiecriteria:

- medewerkers die tijdens het afnemen van de interviews niet aanwezig zijn (door bijvoorbeeld ziekte of vakantie);
- medewerkers die de scholing oncologie niet gevolgd hebben;
- medewerkers die tijdens de tien interviewdagen niet werken;
- de stagiaires en leerlingen (omdat ze niet bij de scholing oncologie zijn geweest);
- medewerkers van het Mobiel Zorgteam.

4.2.3 Waarborging van de kwaliteit van het onderzoek (het interview)

Scholingen worden niet vaak aan een hele afdeling gegeven. Dat is voor Miró 2 nu wel gedaan. De vervolgscholing is dat in principe ook weer, tenzij er iets anders uit het onderzoek naar voren komt. Daarom wilde de projectgroep graag van alle medewerkers, die de scholing hadden meegemaakt, weten hoe deze scholing was bevallen.

Binnen zorginstelling De Wever en dus ook binnen behandelcentrum de Hazelaar was deze oncologie scholing nieuw. In het TweeSteden ziekenhuis is hij ongeveer in deze vorm al vaker, door één van de twee trainers, gegeven aan nieuwe medewerkers op de afdeling oncologie.

In februari is er door de projectgroep begonnen met het samenstellen van een vragenlijst. Vervolgens is deze vragenlijst door twee vierdejaars voltijd medestudenten die in de opleidingscommissie zitten, nagekeken en van feedback voorzien. Daarna door een hbo verpleegkundige. Vervolgens is er met een mbo verpleegkundige een proef interview gehouden. Tussendoor is de feedback steeds verwerkt. Het is belangrijk om aandacht aan de kwaliteit van de vragen te besteden: zijn de vragen begrijpelijk, geven ze antwoord op wat de projectgroep wil weten en ontbreken er geen cruciale onderwerpen? Op kleine schaal uitproberen van de vragenlijst verdient aanbeveling (Grol & Wensing, 2011).

De kwaliteit van het gegevensbestand kan sterk aan waarde inboeten als de gegevens onvolledig of selectief zijn verzameld. Om dit te voorkomen heeft de projectgroep gebruik gemaakt van de testpersonen zoals hierboven beschreven. Door hen de vragenlijst te laten nakijken of deze samen met hen door te nemen en het testinterview, wordt de betrouwbaarheid van deze manier van onderzoek verhoogd (Verhoeven, 2011).

Omdat diegene die feedback hebben gegeven niet alle ins and outs van de afstudeeropdracht kenden, heeft de projectgroep een aanvullend informatiestukje geschreven. (Zie bijlage 9, voor de informatie die de afstudeergroep hen gegeven heeft).

Vervolgens kregen zij ook de tekst te lezen van de mondelinge inleiding (zie bijlage 10) die voor aanvang van elk interview gehouden is. Deze inleiding is door de projectgroep gedaan om de medewerker duidelijk te maken waarom het interview was en hoe het zou verlopen. De projectgroep liet hierbij ook de vragenlijst zien met de antwoorden, zodat het duidelijk zou zijn dat projectlid Daniëlle niet de hele tijd zou zitten te schrijven.

Na de aanpassingen van deze feedback en die van de referentiegroep heeft de opdrachtgever met enkele tips erbij haar akkoord voor de vragenlijst gegeven. De projectbegeleider gaf als laatste zijn goedkeuring. Met deze procedure verhoogde de projectgroep de inhoudsvaliditeit ervan en is ook de betrouwbaarheid van de vragenlijst voor het onderzoek hoger (Elshof & Pieters, 2006 en Verhoeven, 2011).

De projectgroep kwam er tijdens de samenstelling van de vragenlijst wel achter dat het goed afnemen van een interview veel voorbereiding en training vereist (Grol en Wensing, 2011). Training heeft een projectlid gehad tijdens haar werkzaamheden als cliëntadviseur bij de Rabobank en later tijdens diverse projecten als telefonisch enquêteur bij een callcenter.

De projectgroep wil dat het onderzoek betrouwbaar en vrij van toevallige fouten is. De uitspraken van de respondenten zijn nauwkeurig genoteerd, zodat ze toetsbaar zouden zijn. Het informatiegehalte van de uitspraken is daardoor maximaal en des te informatiever. De projectgroep wil ook dat het intern valide onderzoek efficiënt is. Het tijdspad is haalbaar gebleken en het onderzoek bruikbaar (Verhoeven, 2011).

4.2.4 Situatie en locatie van het onderzoek

Het onderzoek is gehouden op afdeling Miró 2. Dit is gedaan met goedkeuring van de opdrachtgever, tevens leidinggevende, op afdeling Miro 2. Zij had uitgelegd dat er op de onderzoeksdagen voldoende bezetting was om de medewerkers even te missen.

4.2.5 De onderwerpen tijdens het interview

Tijdens het interview werden er eerst enkele persoonlijke vragen aan de medewerkers gesteld. Daarna vragen over de oncologie scholing en scholing in het algemeen om te kunnen vergelijken. In bijlage 8 staat de vragenlijst die gebruikt is tijdens de interviews.

De afstudeergroep wilde de medewerkers onder andere mee laten denken over de manier van scholing oncologie en de scholingsduur, later dit jaar en die er daarna nog gaan volgen.

Deze vragenlijst bevatte vragen over:

- de ervaring met scholing;
- de mening over scholing;
- de manier van scholing;
- de frequentie van de scholing;
- de leerstijl;
- de context van de medewerker, zoals opleiding, functie en leeftijd.

4.2.6 Het werven van de respondenten

Contact leggen en werven: In het werkoverleg op 4 april 2013 heeft één projectlid het interview aangekondigd bij de medewerkers. Er is bij verteld dat dit ongeveer 15 - 20 minuten zou duren en dat het tijdens een dienst, dus onder werktijd, op de afdeling gehouden zou worden. Op deze manier konden de medewerkers er rekening mee houden dat de projectgroep regelmatig met een collega medewerker apart ging zitten om de interviews af te nemen.

Dit aankondigen is gedaan omdat uit onderzoek gebleken is dat aankondigen van het onderzoek kan helpen de respons te verhogen (Elshof & Pieters, 2006).

Op de referentielijst is tijdens het onderzoek bijgehouden bij wie het interview was afgenomen. Op de dienstlijst was te zien wanneer de mogelijkheid zich voordeed om diegene te treffen die nog niet geweest was.

- Het mogelijke interviewschema is als reminder op een gele flyer in de teamkamer opgehangen. De interviewdagen zijn ook aan het afdelingshoofd doorgegeven.
- In de teamkamer is bij aanvang van het onderzoek, het afnemen van de kennistoetsen, dus ruim een week voor het houden van de interviews, een poster (zie bijlage 11) opgehangen met aandacht hiervoor. Op verzoek van de studenten zijn daar twee dagen later onze namen bij gezet. Zij wisten niet wie deze afstudeergroep was.
- Op de vragenlijst, is een nummer komen te staan. Op een aparte referentielijst is dit nummer gekoppeld aan de medewerker. Deze referentielijst is in het bezit van de projectgroep en zal niet met iemand anders dan de projectleden gedeeld worden. Op deze manier is de toets niet anoniem afgenomen, maar zal wel anoniem verwerkt worden en kan de anonimiteit van de medewerkers gegarandeerd worden.

Dit gevarieerde gebruik van communicatie strategieën dat een groot aantal mensen bereikt, kan een goede organisatorische interventie voor de populatie zijn (Grol & Wensing, 2011).

4.2.7 Dataverzamelingstechnieken van het onderzoek

Enkele dagen voor het interview heeft de medewerker een uitnodiging per mail, in verband met de leerstijltest, ontvangen. In de uitnodiging werd de vraag gesteld of ze wisten wat hun leerstijl is? Zo niet, of ze de test hiervoor willen maken op de site van 123 test (<http://www.123test.nl/leerstijl/>). Door het antwoord al te weten kon deze vraag sneller beantwoord worden en was de medewerker korter van de werkvloer.

De respondenten zijn onder werktijd gevraagd of zij die dag tijd hadden voor het individuele interview. Bij aanvang van het gesprek werd er door middel van een puntenlijst in verhaalvorm verteld waarom het interview werd afgenomen, wat de rol was die de projectleden hadden, hoe er aantekeningen gemaakt zouden gaan worden en hoe de opbouw van het interview zou zijn. (Zie bijlage 10 voor deze mondelinge inleiding). Ook de feedbackgevers hadden deze informatie (tekst) nodig in verband met een situatie schets. Deze tekst had het projectlid José bij de hand ter controle, mocht er door haar op dat moment iets vergeten worden om mee te delen.

Vervolgens startte het interview (nadat het nummer van de medewerkster op de vragenlijst gezet was dat correspondeerde met de referentielijst. Dit om de anonimiteit te waarborgen. Dit nummer werd er meestal voor binnenkomst van de medewerkster al opgezet. De projectgroep wist immers altijd wie er zou komen, omdat dit vlak ervoor zo was afgesproken). Deze vragenlijst werd vervolgens gebruikt als antwoordformulier. De vragen zijn in de 'je'-vorm opgesteld omdat de medewerkers en de projectgroep elkaar kennen.

Vraag 20 was een lijstje met stellingen. Dit stond op een apart vel en is door de medewerker zelf ingevuld. (Zie bijlage 8).

4.2.8 Tijdstip en periode van het onderzoek

De interviews zijn afgenomen op negen onderzoeksdagen, van woensdag 17 april tot en met zaterdag 4 mei. Op de meeste maandagen, woensdagen en donderdagen was de projectgroep op de afdeling. Ook twee keer op vrijdag en zelfs een keer op een zaterdag. De geplande onderzoekstijd, negen dagen, die voor de interviews uitgetrokken was, klopte. De doorlooptijd van de interviews verliep voorspoedig. Dit kwam vooral door de bereidwilligheid van de medewerkers om hieraan mee te werken. De projectgroep heeft er zo voor kunnen zorgen alle projectactiviteiten tijdig te kunnen uitvoeren. Ook rond de 20 minuten lukte bijna bij elke medewerker, als er niet afgeweken werd van het onderwerp. Het was voor de projectgroep heel prettig om te merken dat er heel open gepraat werd. Blijkbaar voelde men zich vrij om dat te doen. Dit wordt door de projectgroep als een compliment beschouwd.

De projectgroep heeft rekening houden met de bezetting en de drukte op de werkvloer. Aangezien tussen 7.00 - 10.00 uur de werkdruk hoog is in verband met de ochtendzorg, is de projectgroep altijd pas na 10.00 uur begonnen.

4.3 Resultaten en analyse van deelvraag 2

4.3.1 Aanpak analyseren onderzoek

Als analyse model is een excelbestand gebruikt. (Zie bijlage 12). In deze antwoordenlijst staan horizontaal bovenaan de referentienummers die bij de medewerkers horen. Meteen eronder de L of H van lager of hoger opgeleiden. Helemaal links, dus verticaal, staan de vragennummers met een letter als code, voor de antwoorden. De antwoorden "ja" en "nee" of anders kregen bijvoorbeeld de codes a, b en c. De letters a en b vertegenwoordigen een antwoord dat mooi opgeteld kan worden. Het antwoord bij c staat vervolgens in het worddocument. Dit is bijvoorbeeld de motivatie voor het gegeven antwoord bij a of b.

Die "overige" antwoorden zijn in een worddocument verzameld met vier kolommen horizontaal. (Zie bijlage 13). In de eerste kolom staat het nummer van de vraag. In de tweede kolom het referentienummer van de medewerker. In de derde kolom de letters van de overgebleven keuzemogelijkheid van het antwoord (als het niet in de lijst stond). In de vierde kolom is het antwoord getypt dat gegeven was. In totaal, alle overige antwoorden, die niet bij de antwoorden op de vragenlijst stonden.

Vervolgens zijn de antwoorden van elk interview apart verwerkt in deze twee documenten.

De leeftijden, het aantal jaren zorgervaring en de gegeven cijfers voor de scholingen zijn als cijfers genoteerd en konden daardoor eenvoudig gecategoriseerd worden of gedeeld.

Om de kwaliteit te waarborgen, wordt de analyse beoordeeld door de projectbegeleider, de referentiegroep en de opdrachtgever (Verhoeven, 2011 en Wouters & Van Zaalen, 2012).

4.3.2 Dataverwerking en data-analyse van de vragenlijsten

In deze paragraaf staan de meest relevanten resultaten die de projectgroep heeft verzameld uit alle interviews. De totale uitwerking staat cijfermatig in bijlage 12. De uitleg hierbij in bijlage 13 en 14.

Bij het uitwerken van de interviews is een constante vergelijkmethode gebruikt, waarbij niet alleen verwachte antwoorden aan bod konden komen maar tevens nieuwe konden worden toegevoegd. Al deze gegevens komen de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling ten goede waardoor de uitkomsten algemeen geldig zijn (Bergenhengouwen & Mooijman, 2010 en Grol & Wensing, 2011).

4.3.2.1 De resultaten van de interviews

Het cijfer correspondeert met de vraag.

1. Hoeveel jaar ben je (al) werkzaam als zorgverlener?	4 < 5 jaar	10x 5 - 15 jaar	8 > 15 jaar
	Gemiddeld 15,6 jaar		

Tabel 2

Er is dus veel zorgervaring op de afdeling. Miro is een Zorginnovatiecentrum (ZIC) is. Dat betekent dat dit een afdeling is waar de zorg door de medewerkers samen met studenten wordt gedaan. (Fontys, 2013).

2. Hoelang ben je werkzaam op Miró 2?	Gemiddeld 3 jaar		
3. Wat is je leeftijd?	5 < 30 jaar	6x 30-45 jaar	9 > 45 jaar

Tabel 3

4. Welke vooropleiding heb je gedaan?	Aantal
a inservice opleiding verpleegkunde A	1
d inservice opleiding ziekenverzorging (IG)	2
f opleiding helpende	1
g opleiding verzorgende (IG)	1
h mbo verpleegkunde	3
i hbo verpleegkunde	5
j anders nl. (zie bijlage 13)	10

Tabel 4

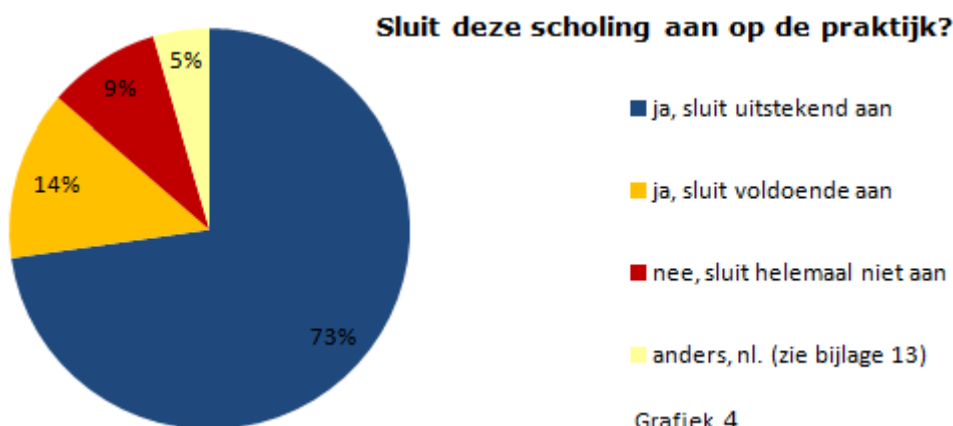
De medewerkers hebben een opleiding gedaan die klopt bij de functie (zie vraag 5) die ze hebben op de afdeling. Het laatste antwoord heeft te maken met de voedingsassistentes en het hoofd HD. Zij hebben mavo, leao of bijvoorbeeld huishoudschool.

5. Bij de hele populatie klopt de functie bij de vooropleiding.

Vervolgens komen hierna resultaten uit een aantal vragen over de recent gegeven oncologie scholing.

6. De medewerkers vonden de scholing, met betrekking tot zorgverlening voor cliënten met chemotherapie om meer dan één reden per persoon belangrijk. Vooral het antwoord met betrekking tot eigen "veiligheid" scoorde met 68% (15x) hoog. Veel medewerkers vertelden hierbij ook dat ze hoopten dat ze de scholing vaak nodig zouden hebben. Dus echt zouden kunnen gebruiken, omdat er nog niet veel cliënten met chemotherapie op de afdeling zijn. (Zie bijlage 13).

7. De scholing was een goede aansluiting op de praktijk. 73% (16 medewerkers) van de populatie reageerden hier positief op. Andere zeiden iets in de strekking van dat het moeilijk te zeggen was omdat er momenteel niet veel mee gewerkt wordt. Toch was iedereen blij deze scholing gehad te hebben voor het geval de stroom cliënten op gang gaat komen. n=22 (Zie grafiek 4).



8. De scholing is gemiddeld met een 8 beoordeeld. Van de hoger opgeleide, heeft iedereen op één na, het cijfer 8 of hoger gegeven.

9. Heeft dit te maken met de manier waarop de training is gegeven, zoals klassikaal, of met de trainer(s)?		Aantal
a	De klassikale manier van lesgeven	3
b	De trainer(s)	7
c	Beide, de klassikale manier van lesgeven en de trainers	8
d	Anders, nl. (zie bijlage 13)	6
e	De informatie was interessant	7
f	Het was mogelijk vragen te stellen en interactie	5

Tabel 5

Hier waren meerder antwoorden per persoon mogelijk. Een veel gehoord antwoord was, dat het blauwe boekje, dat voor aanvang van de scholing aan de medewerkers van de eerste twee scholingsmiddagen was uitgereikt om vooraf te lezen, als prettig is ervaren. Bij de laatste scholingsmiddag is dat boekje pas achteraf gegeven. Een enkeling gaf bij de volgende vraag als antwoord dat ze dit inderdaad liever eerder gekregen hadden. Die doelgroep vond zoals het nu gegaan is, blijkbaar ook prima.

Er is 7x vooral de trainer(s) geantwoord. Dit is vooral door de medewerkers gedaan die de eerst scholingsmiddag hebben gevolgd. Er waren die dag twee trainers aanwezig. Een verpleegkundige had ervaring om deze scholing te geven. Hij heeft dat voor de medewerkers van de afdeling oncologie in het TSZ vaker gedaan. Zijn collega gaf de scholing voor het eerst. Zij heeft de andere twee scholingsmiddagen in haar eentje verzorgd. Tijdens de eerste scholingsmiddag wisselden zij elkaar af en gaf vooral de ervaren verpleegkundige tussendoor veel praktijk voorbeelden. Dit werd door iedereen zeer op prijs gesteld.

10. Er zijn negen ideeën geopperd, door 55% (12 medewerkers) van de populatie, hoe de scholing beter of anders zou kunnen. Zie bijlage 13.

11. 82% (18 medewerkers) van de respondenten waardeerden de tijdsduur met 'goed'. 10% (twee medewerkers) vonden hem zelfs 'te kort'.

In de volgende vraag meer uitleg over het hoe en waarom.

12. 55% (12 medewerkers) van de respondenten, maakt het niet uit hoelang de scholing duurt. Als het maar interessant is. Als aanvulling erbij dat er genoeg afwisseling moet zijn. Dat was nu ook. Luisteren, vragen, praktijkvoorbeelden. Een pauze vind men ook noodzakelijk. Aan een nieuw onderwerp mag ook wel tijd besteed worden, was ook een antwoord.

Er waren drie personen die de scholing te lang vonden duren. Zij hoorden bij de lager opgeleiden. Zeker voor de pauze toen er weinig praktijkvoorbeelden waren. Dit was tijdens de derde scholingsmiddag. Ook vonden twee medewerkers bij die scholing de informatie confronterend, in verband met recente ervaringen in de nabijheid.

Er volgen nu een aantal resultaten over scholing in het algemeen.

13. Als je scholing krijgt, kan je dan zeggen aan welke randvoorwaarden de scholing voor jou moet voldoen, behalve leerzaam zijn? Dus dat je er met een tevreden gevoel op terugkijkt.		Aantal
c	dat de informatie praktisch is	5
d	dat de informatie interessant is	2
e	dat het niet ver weg is	2
f	dat ik een toets moet maken	4
i	dat ik begrijp waar het over gaat	2
j	dat ik me niet verveel (te laag niveau	3
l	omdat ik in een prettig leslokaal zit	5
m	omdat er op een voor mij prettige manier lesgegeven werd	2
n	omdat diegene die de scholing geeft het op het leuke manier brengt	2
o	anders, nl. (zie bijlage 13)	17

Tabel 6

Dat de informatie praktisch is en in een prettig lokaal (in verband met ventilatie), is bij 23% van de populatie (vijf keer) de belangrijkste randvoorwaarden waar scholing aan moet voldoen.

14. Bijna de hele populatie, 82%, heeft het afgelopen jaar, naast deze oncologie scholing, nog een andere scholing gevolgd. Enkele voedingsassistenten gaven aan geen scholing gevolgd te hebben.

15. De meest gevolgde scholing is "skills" met 13 keer. Gevolgd door 3 keer de training "werkbegeleiding basis" en "BHV". Andere antwoorden waren: palliatieve zorg, omgaan met agressie, Zoco, PREZO, Kruidengeneeskunde, familie zorg etc. Op alle niveaus werden er bijna meerder antwoorden gegeven.

16. Het gemiddelde cijfer dat nu voor deze andere scholingen gegeven werd, is een 7,2. Bijna een punt lager dan de oncologie scholing. Dit cijfer is vooral door het cijfer voor de trainingen in het skillslab zo laag uitgevallen. Bij punt 17 de verklaring.

17. De trainingen in het skillslab worden over het algemeen niet goed beoordeeld omdat er bijna altijd te weinig tijd is om te oefenen. Daar komen de meeste medewerkers voor. De theorie schijnt goed besproken te worden.

18. De hele populatie is gemotiveerd voor het volgen van bijscholing. Daarbij wel de kritische noot hierboven beschreven.

19a. Bijna iedereen, 86%, wist welke leerstijl hij/zij had.

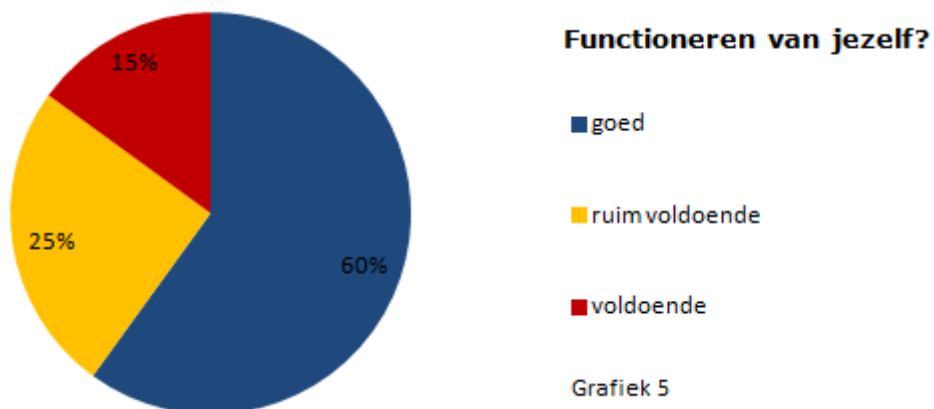
19b. De meeste medewerkers, 73% (16 medewerkers) zijn een "doener" en 23% (5 medewerkers) is een "denker". 2 medewerkers daarvan geven aan dat ze echt "doeners" waren maar nu meer "denker" zijn. Er is 1 dromer.

Hierna kwam er een lijst met acht stellingen. Dit stond op een apart vel en is door de medewerker zelf ingevuld.

20. De uitkomsten van de eerste zes stellingen komen bij de medewerkers redelijk overeen. (Zie bijlage 14).

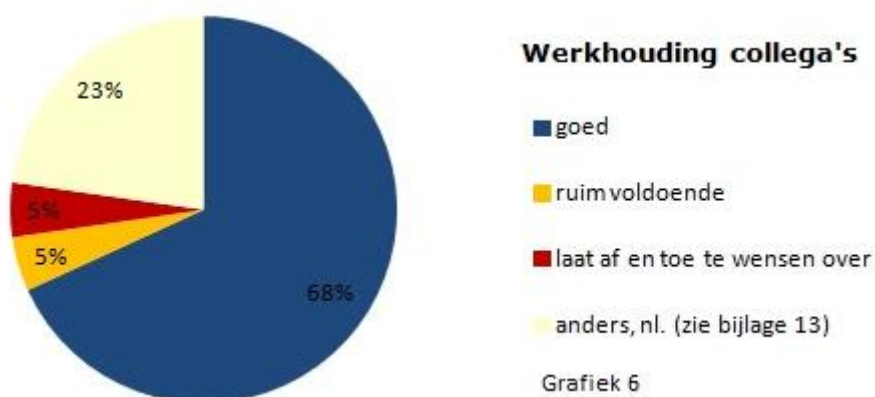
Bij 7 medewerkers (32%) laat de drukte van hun baan het volgen van (bij)scholing onvoldoende toe. Hier zijn 2 hoger opgeleiden bij.
Privé wordt door 50% van de medewerkers regelmatig een cursus of workshop gevolgd.

21. 85% van de populatie (17 medewerkers), geeft aan dat ze goed of ruim voldoende functioneert na deze scholing. Niemand dacht "onvoldoende". n = 20. Het coördinerend hoofd en hoofd huishoudelijke dienst zijn niet meegenomen in de telling. (Zie grafiek 5)



Wel wordt er de kanttekening bij gemaakt, dat er nog niet veel ervaring mee wordt opgedaan omdat de hoeveelheid cliënten met chemotherapie zo laag is. De risicoperiode is ook zo kort dat de kans dat je die dag werkt en er dan ook nog mee te maken krijgt gering is. De voedingsassistenten willen geïnformeerd worden als er iemand in de risicoperiode zit. Het staat wel op de deur van de kamer, maar de cliënt kan in de woonkamer zitten bij aanvang van hun dienst. Zodoende is het al voorgekomen, dat voedingsassistenten niet op de hoogte waren dat een cliënt in de risicoperiode zat.

22. Niemand van de populatie beoordeelt de werkhouding van de collega's met "onvoldoende". n = 22. (Zie grafiek 6).



Men is kritisch en bevraagt elkaar. Vooral het feit dat de studenten deze scholing niet gevolgd hebben zorgt dat er extra op hen gelet moet worden. De voedingsassistenten, geven aan hier niet zo'n zicht op te hebben omdat ze veel alleen werken. Een verklaring die zij geven is dat zij afgebakende taken hebben die duidelijk omschreven zijn.

23. Wat is voor jou een geschikte manier van scholing?		Aantal
a	In een groep, zoals de afgelopen scholing oncologie	12
b	In een groep/klassikaal met behulp van een lotus	3
c	Klinische les	1
d	Vragen mogen stellen en interactie	4
e	Workshop	3
f	E-learning	3
g	Training on the job	2
k	Praktisch	11
l	Anders, nl. (zie bijlage 13)	6

Tabel 7

55% geeft aan dat "in een groep, zoals de afgelopen scholing oncologie" een fijne manier van scholing is. Er zijn vaak meerdere antwoorden gegeven. 50% wil ook graag dat het praktisch bruikbaar is.

In de antwoorden herken je de doeners op de afdeling. De denkers vinden dit toch ook een prettige manier om te leren. Tussen hoger of lager opgeleiden zat geen duidelijk verschil.

24. Hierop zijn diverse namen genoemd. Er wordt vooral aangegeven dat het collega's op allerlei niveau kunnen zijn in verband met de capaciteiten die ze hebben. Namen worden genoemd, omdat het dan iemand is die veel van het onderwerp afweet en/of veel ervaring heeft. Bijvoorbeeld aandachtsvelder is of zorgcoördinator.

Bij de kwaliteiten die iemand moet hebben, wordt ook 'doorvragen' en 'goed bevragen' genoemd. Ook dat ze duidelijk uitleggen, wordt als leidend hierin gegeven.

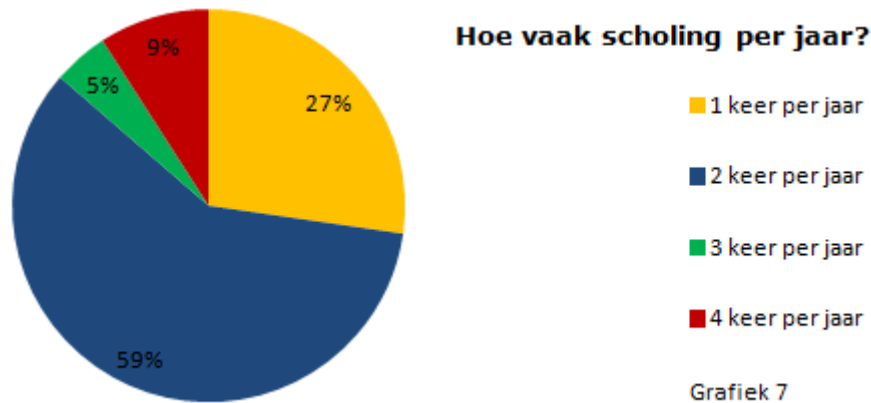
Op dit moment van het interview wordt aangegeven dat het gesprek afgerond gaat worden. Hieronder volgen nog enkele resultaten over de recent gegeven oncologie scholing.

25. Het merendeel van de medewerkers, 73% (16 medewerkers) van de populatie, denkt niet dat hij/zij nog vaardigheden mist met betrekking tot de verzorging van de oncologie cliënten die chemotherapie krijgen. Er is namelijk nog nergens tegenaan gelopen maar heeft ook nog niet regelmatig de kans gehad dit te ervaren. Er moeten meer cliënten met chemotherapie komen. 27% (7 medewerkers) denkt hier anders over. Zie de volgende vraag.

26. 27% (6 medewerkers) van de populatie heeft diverse antwoorden gegeven waarom ze nog denken ervaring te missen. Niets sprong er echt uit. (Zie bijlage 13).

27. 18% (4 personen) van de populatie wist meteen hoe ze de vaardigheden die ze missen wilden leren en gaven hier ongeveer hetzelfde antwoord op. Meekijken met een ander, bijvoorbeeld op de chemokamer in het TSZ. Of navragen bij een ander. Dit antwoord is op deze afdeling bij alle leeftijden en niveaus hetzelfde.

28a De meeste medewerkers willen twee keer per jaar bijscholing over zorg aan cliënten met chemotherapie krijgen. Dat is ook het gemiddelde antwoord. n = 22 (Zie grafiek 7)



Op het antwoord bij de vorige vraag "één keer", werd meteen verteld dat uit de literatuur is gebleken dat kennis na een half jaar wegzakt. Of ze dan toch bij hun antwoord bleven?

28b. Het antwoord werd door slechts één medewerker bijgesteld naar twee. medewerkers bleven bij hun antwoord en gaven uitleg daarover.

Enkele medewerkers gaven aan meteen op de hoogte gesteld te willen worden bij verandering in inzichten en medicatie of protocol. Het ligt ook aan de cliëntenstroom. Iedereen moet geprikkeld blijven. Enkel hoger opgeleiden, 19% (4 medewerkers) van de populatie gaf aan één keer scholing voldoende te vinden.

29a. De projectgroep wist dat één voedingsassistente zich niet opgegeven had voor de scholing. De voedingsassistentes wisten dit allemaal ook. Bij de andere medewerkers was dit meestal niet bekend. Wel gaven veel medewerkers aan dat de studenten (stagiaires en leerlingen) én medewerkers van Miró 1 niet geschoold waren.

29b. 59% (13 medewerkers) van de populatie vindt het niet vervelend dat niet iedereen geschoold is. 41% (9 medewerkers) dus wel. Vervolgens kwamen er 15 reacties op de vraag: "Waarom?" (Zie bijlage 13)

De medewerkers waren er zich goed van bewust dat ze de leerlingen en stagiaires altijd al in de gaten houden. Op dit punt nu nog eens extra. Hier wordt onder werktijd ook op bevraagd.

30. 36% (8 medewerkers) van de populatie, wilde nog graag iets over scholing in het algemeen kwijt. Die zal de projectgroep doorgeven of het is al gedaan. De antwoorden die gegeven zijn staan in bijlage 12.

Daarna gaf de projectgroep aan dat dit het eind van het interview was. Dat we hem/haar hartelijk wilden bedanken. En mocht er de komende dagen nog iets zijn wat ze met ons wilde delen, ze dan welkom waren om dat te doen. Hierop is daarna geen reactie meer gekomen. Behalve dat er gevraagd werd wanneer de presentatie zou zijn.

4.4 Conclusie

Op deze afdeling, met kritische zorgverleners die gewend zijn op elkaars werk te reflecteren, is gemiddeld ruim 15 jaar zorgervaring. De projectgroep heeft onderzocht hoe tevreden de medewerkers met de recent gegeven scholing oncologie zijn, door middel van interviews. Deze interviews hebben een duidelijk inzicht gegeven in de context van, ervaringen met, en opvattingen over deze scholing in verband met de cliënten met chemotherapie op de afdeling. De antwoorden hiervan hebben ervoor gezorgd dat het de projectgroep duidelijk is geworden dat de afgelopen scholing over de gehele linie als leerzaam en zeer prettig is ervaren. Deze scholing is gemiddeld bijna een punt hoger gegeven dan andere scholingen. Dit kwam door: de klassikale scholing, de trainers (ervaren verpleegkundigen), hun interactieve manier van lesgeven met veel praktische informatie, het interessante onderwerp, de locatie, de scholingsduur en de mogelijkheid tot vragen stellen. Qua opzet en structuur hoeven er dus geen veranderingen plaats te vinden. 2 keer per jaar een bijscholing had bij de medewerkers gemiddeld de voorkeur. Hoger opgeleiden hebben aangegeven dat 1 keer bijscholing ook zou kunnen volstaan. Aandachtspunten zullen in het volgende hoofdstuk besproken worden.

Tijdens de interviews is er ook een onderwerp aan het licht gekomen, met betrekking tot chemotherapie, die tijdens de nascholing inhoudelijk besproken moet worden. Hierover in het volgende hoofdstuk ook meer.

Hoofdstuk 5 Conclusie van het onderzoek

5.1 Inleiding

Doel van dit afstudeerproject was om de scholing te borgen. Borging is niets meer of minder dan de afspraken die er gemaakt zijn te toetsen en te bewaken. Vaak is het politieagent spelen en iedere keer weer iedereen erop wijzen hoe het eigenlijk moet. Implementatie en borging van regels en protocollen gaat in de verpleegkundige praktijk nogal eens fout door gebrekkige communicatie (Nursing, 2012).

Dit hele project is bedoeld voor een goede nazorgfase van de scholing oncologie die de medewerkers in maart hebben mogen volgen en die in het najaar een vervolg krijgt. Alle activiteiten van de projectgroep zijn vanaf het begin erop gericht geweest dat de opdrachtgever het projectresultaat kan (en zál) gaan gebruiken, beheren en onderhouden. Hiervoor heeft de projectgroep diverse acties, zoals eerder omschreven, ondernomen.

Hieronder worden de uitkomsten gegeven die antwoord geven op de deelvragen van het onderzoek.

5.2 De wenselijke situatie

Uit de kennistoets is gebleken dat de medewerkers goed op de hoogte zijn hoe ze de cliënten met chemotherapie moeten verzorgen. In de praktijk blijkt dat ook uit de gesprekken en rapportages, heeft het projectlid gemerkt, die één dag van de week op de afdeling werkt. De medewerkers verzorgen de cliënten met chemotherapie zo veilig mogelijk, zodat de kans op besmetting minimaal is. Dit komt omdat iedereen zich goed bewust is van de gevaren van cytostatica.

Een paar punten met betrekking tot veiligheid zouden nog extra onder de aandacht mogen komen in de volgende scholing. In geprioriteerde volgorde zijn dat:

- duur van de cave excreta (risiciperiode) na de chemokuur;
- procedure in bad of douchen;
- servies ophalen zonder handschoenen.

Ook is het bekend bij de medewerkers dat er bijwerkingen kunnen optreden bij cliënten die een chemokuur krijgen. Ze weten dat ze in geval van bijwerkingen direct contact op moeten nemen met arts / afdeling oncologie van het TSZ. De preciese procedure is niet helemaal bekend. Vandaar dat dit ook extra onder de aandacht mag komen bij de volgende scholing en opgenomen moet worden in het communicatieplan. (Zie hoofdstuk 6) Net als een aantal bijwerkingen die minder bekend zijn bij de medewerkers. Namelijk:

- neuropathie (bijvoorbeeld minder gevoel in vingers);
- hand/voet syndroom.

Over de volgende, door hen zelf genoemde, onderwerpen zouden de medewerkers graag meer informatie willen krijgen:

- tips bij het bloedprikken bij cliënten met chemotherapie;
- extra uitleg over medicatie;
- werkwijze / procedure van de blauwe chemo ton (SZA-vat).

Wellicht kunnen deze onderwerpen tijdens de volgende scholing terug komen. Enkele keren meekijken met een collega is met betrekking tot het bloedprikken een goede optie.

Uit de interviews is ook een punt naar voren gekomen die in dezelfde bijscholing behandeld zou moeten worden. Namelijk:

- bejegening van cliënten met chemotherapie.

Door de projectgroep zijn er vier soorten aanbevelingen voor de volgende manier van scholing opgesteld. Deze criteria zijn in geprioriteerde volgorde:

1. Wenselijk criteria scholing

Omdat de vorige scholing oncologie als bijzonder prettig en leerzaam is ervaren, moet bij de volgende scholing de voorwaarden minstens ongeveer hetzelfde gehouden worden.

De uit de interviews naar voren gekomen criteria daarvoor, staan hieronder opgesomd.

Namelijk:

- mogelijkheid geven tot het stellen van vragen;
- klassikale scholing;
- interessante informatie krijgen;
- interactie, in verband met spiegelinformatie van elkaar;
- twee trainers, liefst dezelfde als de afgelopen oncologie scholing;
- veel praktijkvoorbeelden krijgen;
- praktische informatie krijgen;
- zelfde tijdsduur;
- een pauze;
- leslokaal in "de Hazelaar".

2. Nieuwe criteria scholing

Verbeterpunten die de medewerkers in de interviews voor een volgende scholing hebben aangegeven zijn:

- ruim lokaal met ventilatiemogelijkheid;
- eventueel inleesmateriaal vooraf ronddelen;
- nog meer praktijkvoorbeelden krijgen;
- handouts vooraf uitreiken voor het maken van aantekening bij de slides;
- meer terugkoppeling naar situaties op de werkvloer van Miró 2.

3. Standaard criteria

Voorwaarden die op advies van de projectgroep moeten blijven zoals ze bij de vorige scholing waren zijn:

- zorgmedewerkers (verpleegkundige, verzorgenden en helpende) moeten samen getraind worden met de andere medewerkers (voedingsassistenten, medewerkers HHD en de coördinerende hoofden). Dit op aanraden van de trainers;
- trainingstijd op een middag van 13.00 - 16.00 uur of korter in overleg met de trainers;
- zorgen dat er water, koffie en thee aanwezig is;
- eindigen met stellingen;
- bij vragen bereikbaar zijn van de trainers.

4. Communicatieve verbeterpunten (zie hoofdstuk 6, communicatieplan)

Door de projectgroep is opgemerkt dat een volgende scholing beter zou kunnen verlopen door de volgende verbeterpunten. Namelijk:

- de apparatuur, beamer en projectiescherm, dient klaar gezet te worden voor aanvang van de scholing;
- de ruimte voor aanvang gereed/ingericht met leslokaal opstelling, bijvoorbeeld in U-vorm;
- de groepen zouden groter mogen (dat hebben de trainers aangegeven);
- tijdig uitnodigen van de coördinerend hoofden voor de bijscholing;
- tijdig uitnodigen hoofd huishoudelijke dienst voor de bijscholing;
- eventueel overwegen om de medewerkers van het Mobiel Zorgteam weer bij de bijscholing te betrekken en dus tijdig uit te nodigen.

5.3 Conclusie

In het algemeen kan gezegd worden dat de oncologie scholing die afgelopen maart is gegeven toereikend is geweest voor de medewerkers om adequate zorg te verlenen aan de clienten met chemotherapie. Dit kan geconcludeerd worden doordat gemiddeld bijna 80% van de kennistoets goed was beantwoord. Hiernaast is uit de interviews gebleken dat het overgrote merendeel vindt dat ze zelf goed of ruim voldoende functioneren met betrekking tot deze nieuwe cliëntèle doelgroep. Ook vinden ze dat collega's ruim voldoende functioneren.

Naar aanleiding van de afgenomen kennistoetsen en interviews geeft de opsomming van bovenstaande items een goed beeld waar tijdens het organiseren en geven van de volgende scholing aan gedacht kan worden. Hiermee ziet het er naar uit dat de oncologie bijscholing in het najaar een minstens even hoge tevredenheid zal hebben als de afgelopen oncologie scholing. In het volgende hoofdstuk staan de aanbevelingen die de projectgroep hiernaast heeft gedaan om de scholing oncologie een goed vervolg te geven en het werken met cytostatica nog veiliger te maken.

Hoofdstuk 6 De uitgewerkte aanbevelingen

6.1 Inleiding

In het hoofdstuk hiervoor staan de aanbevelingen met betrekking tot de vorm die de bijscholing oncologie zou moeten krijgen volgens de wensen van de meeste medewerkers. Ook een gedeelte van de inhoud is voor de eerstvolgende scholing uit de kennistoets naar voren gekomen en daar aangegeven. Deze punten zijn de uitkomsten van het onderzoek dat door de projectgroep is uitgevoerd.

In dit hoofdstuk werkt de projectgroep aanbevelingen uit die verder door de afdeling geïmplementeerd dienen te worden. De projectgroep is er door het bestuderen van alle theorie rondom implementatie van overtuigd geraakt dat het een heel mooi stapsgewijs proces kan zijn dat gedurende het traject regelmatig geëvalueerd moet worden. Vooral om te kijken of alle neuzen nog dezelfde kant op staan. Die indruk was tijdens het onderzoek duidelijk aanwezig. De projectgroep denkt dat een goed begin het halve werk is. Daar is met de scholing in maart een goede aanzet voor gedaan. Echter, enkel met het doorvoeren van de aanbevelingen zal de scholing niet geborgd zijn en worden. Daar is meer voor nodig.

De sleutelwoorden zijn, draagvlak en communicatie. De projectgroep is van mening dat er een enorm draagvlak voor de veranderingen op de afdeling is.

Uit literatuurstudie en observatie door de projectgroep zijn de volgende aanbevelingen voortgekomen om de kans op slagen van informatieve scholingsdagen oncologie in de toekomst te behouden. De projectgroep heeft naast de resultaten uit de onderzoeken nog negen aanbevelingen die ertoe kunnen bijdragen dat de oncologie scholing een goed vervolg zal krijgen. De aanbevelingen zijn:

- 1) Benoem 2 aandachtsvelders;
- 2) Stel een communicatieplan op;
- 3) Regel evaluatiebijeenkomsten;
- 4) Houder voor blauwe ton (SZA-vat = speciaal ziekenhuis afval) met voetpedaal aanschaffen;
- 5) Plan een meeloopdag;
- 6) Organiseer workshops voor de studenten (stagiaires en leerlingen) en nieuwe medewerkers;
- 7) Stel een protocol op voor "noodsituaties";
- 8) Laat nieuwe medewerkers participeren in de scholing die het TSZ voor hun nieuwe medewerkers geeft en laat hen meedoen aan de workshop voor de studenten;
- 9) Organiseer 2 keer per jaar bijscholing voor de medewerkers van Miró 2 en andere medewerkers die betrokken zijn bij de afdeling. Zoals coördinerend hoofden, medewerkers huishoudelijke dienst en medewerkers van Miró 1 die regelmatig op Miró 2 werken.

6.2 Randvoorwaarden

In tabel 9 staan de randvoorwaarden voor deze aanbevelingen. Hierin worden kosten, tijd, effectiviteit en haalbaarheid per aanbeveling nagegaan of deze scoren van zeer slecht tot zeer goed. Ook wordt hierin aangegeven of er sprake is van een lang en/of korte termijn doel.

Randvoorwaarden					
Aanbevelingen	Kosten	Tijd	Effectiviteit	Haalbaarheid	Kort- of lange termijn doel
1. 2 aandachtsvelders	++	+	++	++	Kort / lang
2. Communicatieplan	+/-	-	++	+	Kort / lang
3. Evaluaties inplannen	-	+/-	++	+/-	Kort / lang
4. Houder voor SZA-vat	-	+/-	++	++	Kort
5. Meeloopdag	+/-	+/-	++	+	Kort
6. Workshops	+/-	+/-	++	++	Kort / lang
7. Noodsituatie	+	-	+/-	++	Kort / lang
8. Nieuwe medewerkers	+/-	+/-	++	++	Kort / lang
9. 2 scholingen per jaar	+/-	-/-	++	+	Lang

Tabel 8 -- zeer slecht, - slecht, +/- redelijk, + goed, ++ zeer goed

Aan de hand van dit schema is er een top 3 opgesteld. Dit zijn aanbevelingen die mogelijk het meest haalbaar en effectief zijn om als eerste mee aan de slag te gaan.

1. 2 aandachtsvelders aanstellen;
2. Organiseer workshop voor studenten (stagiaires en leerlingen) en nieuwe medewerkers;
3. Houder voor blauwe ton (SZA-vat) met voetpedaal aanschaffen.

Op basis van bovenstaande analyse is er voor gekozen om alle 9 verbeterpunten ook bij de opdrachtgever aan te bevelen om te implementeren. De bovenste zeven heeft de projectgroep hieronder uitgewerkt. Punt 8 en 9 kunnen door de aandachtsvelders in het communicatieplan verwerkt worden.

6.3 De uitgewerkte aanbevelingen

Hieronder worden de 7 aanbevelingen uitgewerkt.

6.3.1 Benoem 2 aandachtsvelders oncologie met chemotherapie

De projectgroep adviseert om 2 aandachtsvelders aan te stellen in verband met de continuïteit (ziek, op vakantie of geen dienst). Zij zorgen voor het maken en opstellen van procedures en het up-to-date houden van deze procedures. Ook zijn ze verantwoordelijk voor het bijhouden van vernieuwingen en de overige medewerkers hierover te informeren.

De aandachtsvelders hebben ook de taak om de borging van de scholing te bewaken en eventuele onderwerpen voor de volgende scholing met de trainers te bespreken. In overleg met hen en de opdrachtgever wordt in de toekomst bepaald hoe vaak de bijscholing gegeven gaat worden.

6.3.2 Organiseer workshops voor de studenten en nieuwe medewerkers

De projectgroep adviseert om tijdens de studiewerkdagen een workshop te geven aan de studenten. Deze workshop zal twee keer per jaar gegeven moeten worden, omdat er ook twee keer per jaar nieuwe stagiaires en leerlingen beginnen. De meeste stagiaires beginnen in september en februari met hun stage. Op 1 oktober en 1 maart beginnen de leerlingen met hun nieuwe werkperiode. Door de workshop na die data te plannen, kunnen de stagiaires en leerlingen deelnemen aan deze workshop.

De projectgroep adviseert dat de aandachtsvelders de workshop verzorgen. Zij kunnen de informatie uit de scholing van het TweeSteden ziekenhuis, de literatuurstudie oncologie van de projectgroep en de uitkomsten van de kennistoets gebruiken om de workshop op te zetten. Ook de resultaten over de manier van scholing uit het interview zijn bruikbaar bij het opzetten van de workshop. Bijvoorbeeld het gebruik maken van veel interactie, veel praktische voorbeelden geven en gebruik maken van twee trainers, die elkaar afwisselen. De workshop moet verplicht zijn voor de stagiaires en leerlingen van Miro en optioneel zijn voor de stagiaires en leerlingen van afdeling Rietveld en stagiaires van andere afdelingen.

Doordat de stagiaires en leerlingen deze workshop krijgen, zijn ze beter op de hoogte van de veiligheidsvoorschriften die gelden bij de verzorging van oncologie cliënten met chemotherapie. Ook kunnen ze hierdoor beter de bijwerkingen signaleren en hierin overleg actie op ondernemen. Ook nieuwe medewerkers kunnen participeren in deze workshop.

6.3.3 Houder voor blauwe ton (SZA-vat) met voetpedaal aanschaffen

Cytostatica-afval valt onder de categorie Specifiek Ziekenhuis Afval (SZA). Dit afval moet in een SZA-vat worden afgevoerd. Dit is een lucht- en lekdichte, schokbestendig vat, voorzien van een eenmalig te gebruiken sluit.

Deze vaten worden al op afdeling Miró 2 gebruikt. Echter is het niet voor iedereen duidelijk hoe men de deksel van het vat af moet doen. De één doet het met besmette handschoenen en de ander doet het zonder handschoenen. Daarom adviseert de projectgroep om de SZA-vaten in een houder te zetten voorzien van een voetpedaal. Dit minimaliseert ongemerkte verspreiding van cytostatica en tegelijkertijd ook besmettingsgevaar.

6.3.4 Stel een communicatieplan op

Gebrekkige communicatie is fout nummer één bij verbeterinitiatieven. Als er niet goed wordt gecommuniceerd met de mensen die betrokken zijn bij een verbeterproject, is de kans van slagen klein. Goede communicatie zorgt ervoor dat iedereen op de hoogte is en zorgt daarmee voor draagvlak en betrokkenheid. Door regelmatig te communiceren en zaken op elkaar af te stemmen, kun je voorkomen dat belanghebbenden een verschillend beeld hebben van het doel van dit verbeterproject en dat zij verschillende uitgangspunten hanteren bij de invulling daarvan. Het precieze doel moet voor alle betrokkenen duidelijk zijn, zodat alle neuzen dezelfde kant op staan. Dit laatste is op Miró 2 zeker het geval.

In het najaar is de eerste nascholing. Vervolgens zullen er in de toekomst vaker nascholingen zijn. Stel een lijst op wie daar allemaal bij betrokken zijn? Wie geven de scholing en wie komen in aanmerking om de (bij)scholing te volgen? Nodig iedereen ruim van te voren hiervoor uit. De opleidingsadviseur van Miró zal hier ook bij betrokken moeten worden. Zij kan een adviserende en coördinerende rol spelen in het geheel, zoals gebruikelijk is met opleidingen binnen De Hazelaar.

De mensen op de werkvloer, in dit geval de zorgverleners/medewerkers, zijn degenen die ervoor kunnen zorgen dat de wijziging in de cliëntendoelgroep uiteindelijk tot een succesvolle verandering leidt. De projectgroep heeft hen regelmatig geïnformeerd over de stand van zaken en hoopte daarmee dat de medewerkers zich betrokken zullen voelen bij de scholing in verband met de veranderingen op de afdeling. Het doel van de afstudeeropdracht is op de afdeling goed gecommuniceerd en betrokkenen zijn voortdurend op de hoogte gebracht van de voortgang (Rubrech & De Lange, 2010).

Gekeken naar de oorspronkelijke opzet van de scholing, zouden er meerdere communicatiemomenten kunnen zijn. Zo'n communicatieplan zou vormgegeven kunnen worden vanuit de intentie om de samenwerking met de doelgroep (onder andere door de aandachtsvelders) en de trainers zoveel mogelijk te stimuleren. Volgens Clemmer (1998) in Grol en Wensing (2011) kan dit onder andere bereikt worden door het ontwikkelen van een gezamenlijke doelstelling, het creëren van een open en veilige sfeer waarin iedereen kan meepraten en kan meedoen en daarnaast door het stimuleren van het uiten van diverse meningen.

Er kan voor de tijd, tot het volgende scholingsmoment, een planning van de verschillende communicatiemomenten gemaakt worden. Geprobeerd moet worden om deze communicatiemomenten te spreiden, zodat het project steeds onder de aandacht blijft. Een goede manier om dit te doen is het plannen van zogenaamde mijlpalen. Zo kunnen de betrokkenen, de medewerkers op de afdeling, op een positieve manier over de voortgang van het project geïnformeerd blijven (Rubrech & De Lange, 2010).

Hoe krijgt de patiënt in het TSZ te horen dat er een mogelijkheid is om naar afdeling Miró 2 te verhuizen en daar te revalideren voor de volgende chemokuur? Wie zorgt hiervoor en welke informatie wordt hierbij verstrekt. De medewerkers van afdeling oncologie moeten ook enthousiast zijn over de mogelijkheid dat de chemotherapiepatiënt van hun afdeling naar Miró 2 kan verhuizen. Zij brengen die boodschap over. Verloopt dit proces naar wens van de patiënt en de zorgverlener in het TSZ en de aandachtsvelders van Miró. Dit kan intern en daarna met de gesprekspersoon van de afdeling oncologie geëvalueerd worden in combinaties met de transferverpleegkundige van het TSZ en de zorgadviseur van afdeling Miró 2.

Een andere item dat in het communicatieplan moet komen is de onderlinge communicatie tussen de verschillende disciplines. Bijvoorbeeld de informatieoverdracht van de verpleging naar de voedingsassistenten.

Tevens zal ook de procedure bij vragen en problemen van cliënten opgenomen moeten worden in het communicatieplan. In dit geval is het belangrijk dat de verpleging weet dat ze eerst contact moeten opnemen met de eigen afdelingsarts van Miró 2 of buiten kantooruren en in het weekend eerst met het coördinerend hoofd. Deze kan dan besluiten of er contact opgenomen dient te worden met de oncologie afdeling van het TSZ.

6.3.5 Evalueer de scholing en de zorg rondom de cliënten met chemotherapie (Evaluatiebijeenkomsten)

Na de bijscholing in het najaar zal er vooruit gekeken moeten worden naar de volgende bijscholingsdatum. De aandachtsvelders (facilitators) kunnen met het verplegend team, voedingsassistenten en het afdelingshoofd, bijvoorbeeld in begin en najaar van elk jaar, de huidige werkwijze bespreken. Deze evaluatiebijeenkomst kan in twee sessies worden gedaan om zo te proberen alle teamleden erbij te betrekken. De aandachtsvelders zouden hiervoor een veilige omgeving moeten creëren waarin de medewerkers vrijuit durven te zeggen hoe het er momenteel op de werkvloer aan toe gaat en hoe voor hen een wenselijk situatie eruit ziet. Hier moeten duidelijke aantekeningen van gemaakt worden.

De uitkomst van deze evaluatiebijeenkomst is een basis voor de aandachtsvelders om verder mee aan de slag te gaan. Vervolgens kan de uitkomst gebruikt worden als een uitgangsmeting waaraan later afgemeten kan worden of de verandering gelukt is (Grol en Wensing, 2011).

Volgens Davis (2006) in Grol en Wensing (2011) overschatten de meeste zorgverleners hoe goed ze feitelijk werken. Inzicht in het verschil tussen de werkelijke en wenselijke situatie motiveert medewerkers bovendien om iets aan hun huidige situatie te willen veranderen. Door te luisteren en elkaar aan te vullen, kan inzicht verkregen worden in de sterke en zwakke kanten van de (eigen) werkwijze die het meest om aanpassing vraagt. Volgens Terra (2004) is het belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de behoeftes van het team. Als het team een open houding heeft naar veranderingen en als de belanghebbenden er in een vroeg stadium, serieus bij betrokken worden, zal dit bevorderlijk zijn voor een succesvolle implementatie.

6.3.6 Plan een meeloopdag

De projectgroep wil dat de aandachtsvelders een dag mee gaan lopen op de afdeling oncologie in het TweeSteden ziekenhuis (TSZ). Er kan gekozen worden voor participerende of niet- participerende observatie. Dit kan bij het plannen van die dag in overleg besloten worden. Ter voorbereiding wil de projectgroep dat de aandachtsvelders goed voor ogen hebben wat zij deze dagen willen vragen en zien en van wie. Bij voorkeur niet alleen van de trainers die de scholing geven.

Om een goede meeloopdag te kunnen organiseren, is medewerking van de afdeling in het TSZ nodig.

Voordat er met de afdeling contact opgenomen wordt over wanneer de meeloopdagen plaats kunnen vinden, zouden de volgende punten moeten worden uitgewerkt:

- Wat is het doel van de meeloopdag?
- Op welke termijn zou de meeloopdag moeten plaatsvinden?
- Wie gaat of gaan er naar de meeloopdag (Wie zijn de aandachtsvelders)?
- Hoe lang duurt de meeloopdag?
- Hoe laat begint de meeloopdag?
- Wat wordt er geobserveerd en bestudeerd tijdens de meeloopdag en met welk doel?
- Welke personen worden bevraagd tijdens de meeloopdag?
- Wat gaat er gebeuren met de verzamelde data na afloop van de meeloopdag?

Na het uitwerken van voorgaande vragen zou er contact opgenomen kunnen worden met de afdeling oncologie. Door antwoorden op de vragen te geven wordt het voor de organisatie duidelijk wat de aandachtsvelders komen doen.

Tijdsplanning: Deze wordt opgesteld nadat de afdeling akkoord is met de plannen. Als alle betrokkenen bekend zijn met het doel van de meeloopdag en met wat deze dag moet opleveren voor de aandachtsvelders. Afhankelijk van hoe het gaat, kunnen er meerdere meeloopdagen gepland worden. Om te beginnen is één dag voldoende. Daarna nog enkele momenten om gesprekken te voeren in verband met de eerst volgende bijscholing. Vervolgens kunnen dit in de toekomst ook enkel afspraakmomenten zijn voor gesprekken over het vervolg traject van en met een patiënt op de afdeling oncologie in het TSZ, om dat op Miró 2 te doen.

6.3.7 Stel een protocol op voor “noodsituaties”

In geval van een calamiteit is het handig als de medewerkers kunnen terugvallen op een protocol. Daarom adviseert de projectgroep om een noodprotocol op te stellen.

Bijvoorbeeld als een cliënt met chemotherapie moet overgeven en dit komt over een medewerker of bezoeker heen. Wat zijn in dit geval de stappen die de medewerker moet doen voor de veiligheid om eventuele besmetting te voorkomen?

De te nemen acties zijn:

1. Medewerker/bezoeker moet besmette kledingstukken uit doen.
2. Medewerker/bezoeker moet zo snel mogelijk douchen, op een plek zo dicht mogelijk waar het incident zich heeft voorgedaan om verdere besmetting op de afdeling te voorkomen.

Medewerker/bezoeker moet andere kleding krijgen. In de linnenkamer ligt reserve kleding. Indien er niemand aanwezig is bij de linnenkamer ('s avonds en in het weekend) kan er contact opgenomen worden met het dienstdoende coördinerend hoofd in verband met een sleutel van de linnenkamer).

6.4 De integratie met de afdeling

De projectgroep heeft gekozen om de uitkomsten van onder andere de gesprekken met de opdrachtgever, de opleidingsadviseur van Miró, de medewerkers en de interviews met de medewerkers te verwerken in het oorzaak en gevolg diagram, ook wel het Ishikawa's visgraat diagram genoemd. Met behulp van het visgraat diagram is het mogelijk om basisoorzaken en gegevens zodanig te ordenen dat er inzicht ontstaat in de feitelijke oorzaken van een optredend probleem.

De methode kent de volgende stappen:

1. Benoem de belangrijkste oorzaken die bijdragen aan het probleem wat wordt geanalyseerd.
2. Zet de hoofdoorzaken als labels van de zijtakken op het diagram.
3. Bepaal voor elke zijtak een aantal suboorzaken en benoem de feiten. Ook deze kunnen weer worden opgedeeld en zo verder (Root Cause Analysis, 2013).

Een ander hulpmiddel om te analyseren is het 7S-model van McKinsey. Dit model kan helpen om inzicht te krijgen in de interne organisatie. In het 7S-model zijn zogenoemde "harde" en "zachte" elementen opgenomen, waarbij harde elementen zich richten op zaken waar een organisatie direct invloed op kan uitoefenen. De zachte elementen zijn meer abstract in een organisatie aanwezig en zijn terug te vinden in de organisatiecultuur.

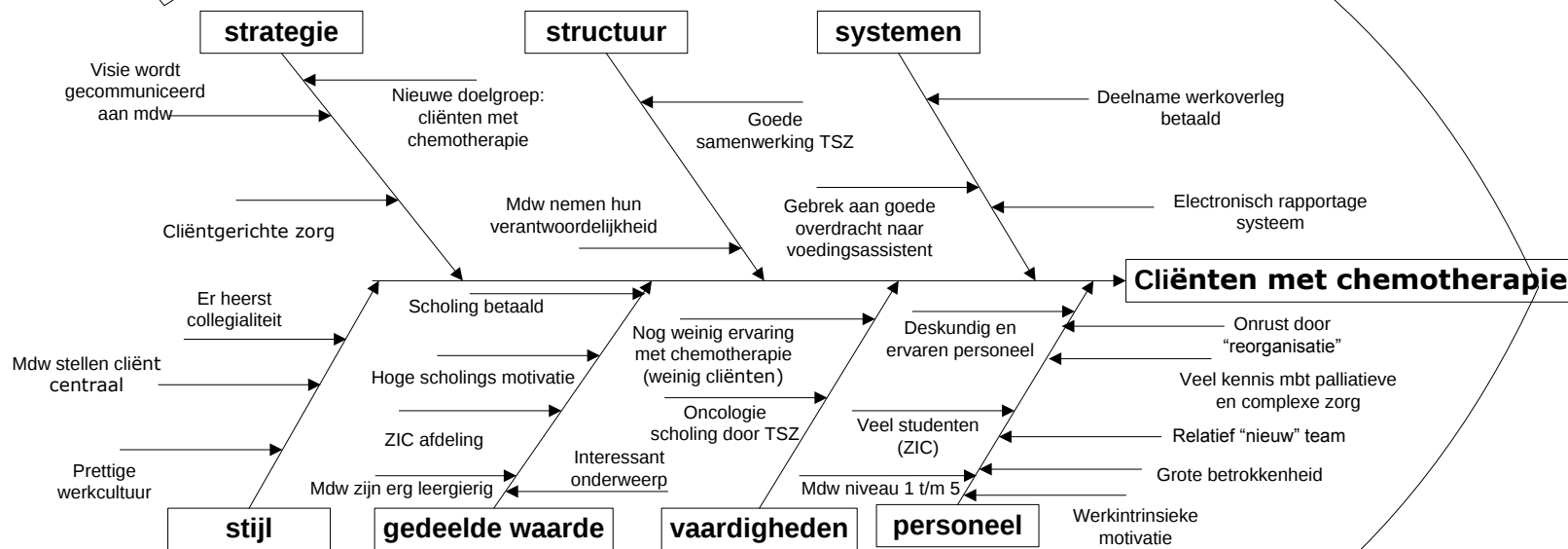
Harde elementen:

1. Strategy (strategie) – aan de hand van missie en visie wordt duidelijk welke doelstellingen een organisatie heeft.
2. Structure (structuur) – hoe is de organisatie opgebouwd en welke hiërarchische lagen zijn er?
3. Systems (systemen) – alle formele en informele werkwijzen, procedures en communicatiestromen.

Zachte elementen:

4. Style (stijl) – het gaat hier om leiderschap- en managementstijlen.
5. Shared values (gedeelde waarden) – de normen en waarden en andere vormen van ethiek binnen een organisatie, waarbij visie, bedrijfscultuur en identiteit centraal staan.
6. Skills (vaardigheden) – het gaat hier om zowel de vaardigheden van de organisatie als die van de medewerkers.
7. Staff (personeel) – het gaat hier om de medewerkers, hun competenties en hun taakomschrijvingen (ScienceProgress, 2013).

Om zowel de onderliggende oorzaken boven water te krijgen en om een beter inzicht te krijgen in de interne organisatie heeft de projectgroep ervoor gekozen om voor deze analyse een combinatie te gebruiken van het visgraat diagram en het 7S model (zie grafiek 8).



Grafiek 8

6.4.1 Parihs raamwerk

In deze paragraaf heeft de projectgroep de uitkomst uit bovenstaande analyse, en de aanbevelingen, in het Parihs raamwerk met elkaar geïntegreerd.

Context

Cultuur

Mede doordat Miro een ZIC is en er hierdoor veel studenten op de afdeling aanwezig zijn heerst er een leercultuur op de afdeling. Dagelijks worden de persoonlijke leerdoelen besproken, zowel van de studenten als van de vaste medewerkers. Hierdoor ligt er een grote focus op leren. Uit de interviews is gebleken dat de vaste medewerkers van Miro openstaan voor scholing. Door deze open mind setting zijn de medewerkers erg gemotiveerd om nieuwe dingen te leren en om de oncologie scholing te blijven volgen.

Leiderschap

Belangrijk bij een implementatie is dat er steun van het management is. Het afdelingshoofd is nauw betrokken bij de nieuwe oncologie cliënten met chemotherapie doordat ze deel uit maakt van de werkgroep oncologie, een samenwerkingsverband tussen Behandelcentrum De Hazelaar, het TweeSteden ziekenhuis (TSZ) en het Instituut Verbeeten. Het afdelingshoofd heeft de behoefte van de medewerkers op de afdeling gezien voor meer kennis over de zorg aan deze cliënten. Daarom heeft ze het initiatief genomen om scholing hiervoor te regelen. Vervolgens heeft ze de projectgroep een afstudeerproject rondom deze scholing laten doen. Door haar betrokkenheid bij deze nieuwe cliënten doelgroep en haar besef dat het belangrijk is om goede zorg te verlenen aan deze cliënten kan het afdelingshoofd samen met de 2 seniorverpleegkundigen de medewerkers ook stimuleren en motiveren tot het volgen van de scholing.

Evalueren

Bij implementaties is het altijd belangrijk om te evalueren. Dan kan gekeken worden of de verbeteringen die geïmplementeerd zijn ook daadwerkelijk verbeteringen zijn. De Plan-Do-Act-Check-cirkel van Deming kan hier een hulpmiddel bij zijn. De projectgroep heeft geadviseerd om een evaluatieplan op te stellen.

Faciliteren

Een grote taak van het faciliteren zal bij de 2 aandachtvelders komen te liggen. Het is aan hun om de andere medewerkers te helpen zich te ontwikkelen. Zij moeten zorgen voor de verder deskundigheidsbevordering van het team. Zij nemen een sleutelpositie in om het team te ondersteunen bij de veranderingen die gaan komen. Zij zullen in nauwe samenwerking met het afdelingshoofd het initiatief moeten nemen om de aanbevelingen die de projectgroep heeft gemaakt te implementeren. De facilitators (aandachtvelders) zijn ook verantwoordelijk voor het evaluatieplan en het communicatieplan.

Evidence

De projectgroep heeft bij aanvang van het project een literatuurstudie gedaan. Deze is terug te vinden in bijlage 2, 3 en 4. Uit deze studie is onder andere gebleken dat kennis na een half jaar afneemt. Vandaar dat de projectgroep adviseert om 2 keer per jaar een opfrisscholing te laten plaats vinden. Uit de literatuur is ook gebleken dat het voor de continuïteit van een implementatie nodig is om aandachtsvelders aan te stellen. Daarom adviseert de projectgroep om 2 aandachtsvelders aan te stellen.

6.5 Conclusie

De projectgroep is van mening dat de resultaten van de gehouden onderzoeken, de kennistoets en het interview, en deze negen aanbevelingen, een fundering vormen voor een goed vervolg van de scholing oncologie en daarmee de kwaliteit van zorg rondom de cliënt met chemotherapie optimaal zal zijn. Het gaat en staat met de cliëntenstroom die er zal moeten komen en blijven. Door constant met deze cliënten die chemotherapie hebben te werken, blijven de onderwerpen van de scholing onder de aandacht bij de medewerkers van afdeling Miró 2. Dat is de belangrijkste borging van de opgedane kennis die er is.

Mochten deze aanbevelingen uiteindelijk niet voldoende blijken te zijn voor een goed verloop met betrekking tot de nascholing oncologie, dan zal dit besproken worden tijdens de evaluatie. Er zal vervolgens opnieuw bekeken moeten worden wat er alsnog nodig is om ervoor te zorgen dat de kennis, met betrekking tot cliënten met chemotherapie, bij alle medewerkers die hier mee te maken hebben op afdeling Miró 2, voldoende geborgd blijft.

Nawoord

Het maken van dit afstudeerproject was voor de projectgroep een uitdaging. Na een periode van 20 weken heeft de projectgroep aanbevelingen gedaan waar zij trost op zijn. Het afstuderen is een andere werkwijze dan de projectgroep gewend was van andere projecten. Het maken van dit afstudeerproject verliep soepel omdat de kwaliteiten van de projectleden een goed gevormde basis voor het project is gebleken. Juist doordat de projectleden verschillende personen zijn, met beide hun sterke en zwakke punten konden ze elkaar erg goed aanvullen. Ze gaven elkaar feedback en stonden open voor suggesties. Door deze constante stroom aan vragen en feedbackmomenten kon het product vorderen en heeft het project niet stil gestaan gedurende de afstudeerperiode. De taken die elk projectlid in onderling overleg op zich genomen heeft, zijn uitgevoerd. De projectgroep heeft tijdens dit project veel geleerd van het komen tot onderzoeken, het plannen van het onderzoek en daarna het analyseren van de data.

Vanuit de praktijk heeft de projectgroep positieve feedback gekregen. De medewerkers vonden de opdracht van de projectgroep duidelijk. Ze vonden ook dat de projectgroep toegankelijke en benaderbaar was op de afdeling. De onderzoeken waren tijdig en goed aangekondigd. De meeste collega's vonden de poster in de teamkamer ook erg leuk gemaakt. De kennistoets vonden ze goed en leuk om te maken en ook het interview vonden ze leuk en zeker niet te lang.

Dit eindverslag beschrijft een aanpak waarmee een verandering in de organisatie in gang kan worden gezet. De verwachting is dat als de uitkomsten van de onderzoeken en de negen aanbevelingen meegenomen worden in de organisatie rondom de scholing, deze scholing goed geborgd zal zijn.

Dit verslag is een mooie afsluiting van een geslaagd afstudeerproject.

Bronnenlijst

- Baarda, D.B. en Goede, M.P.M. de, 2006. *Basisboek methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff Uitgevers bv.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, en Kalmijn, M., 2007. *Basisboek enquêteren: Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff Uitgevers bv.
- Baars-van Moorsel, M., 2004. Leerklimaat. De culturele dimensie van leren in organisaties. *Pedagogiek*, blz. 270-295.
- Bergenhengouwen, G.J. & Mooijman, E.A.M., 2010. *Strategisch opleiden en leren in organisaties*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Bolhuis, S., en Simons, P.R.J., 2001. Naar een breder begrip van leren. In J. W. M. Kessels & R. Poell (Eds.), *Human Resource Development. Organiseren van het leren*, pp 37-51.
- Bragt, A.C. van et al., 2010. Looking for students' personal characteristics predicting study outcome. Opgeroepen op 2 maart 2013 van: http://download.springer.com/static/pdf/696/art%253A10.1007%252Fs10734-010-9325-7.pdf?auth66=1363628792_70ace9d444377888570ba9a73a77dac&ext=.pdf.
- Brouwers, K, en Burgh, Y. van der, 2000. Scholing van werknemers. Een verkenning. Opgeroepen op 6 februari 2013 van: <http://www.ondernemerschap.nl/pdf-ez/A199921.pdf>
- Brunklaus, O., 1996. *Luisteren naar mensen met kanker*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Buuren, H. van et al., 2003. *Onderzoek de basis*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- CBS, 2010. Sterftcijfers door kanker in Nederland. Opgeroepen op 12 maart 2013 van: <http://overons.kwfkankerbestrijding.nl/perscentrum/Pages/feiten-en-cijfers-sterftcijfers-door-kanker-in-nederland.aspx>
- CBS, 2013. Begrippen, bedrijfsopleiding. Opgeroepen op 6 februari 2013 van: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=106>
- CBS, 2010. Vaker behoud van werk met scholing. Opgeroepen op 6 februari 2013 van: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/onderwijs/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-08-12-werk-scholing-tk.htm>
- CIBG, 2013. BIG register. Opgeroepen op 11 maart 2013 van: <http://www.bigregister.nl/>
- Coelho, 2009. *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetinchem: Reed Business bv.
- Dewever.nl, onbekend. De Wever. Opgeroepen op 15 maart van: <http://www.dewever.nl/Folders/Zorg.aspx>

Donk, C. van der en Lanen, B. van., 2011. *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Elshof, M. en Pieters, I., 2006. *Een goed onderzoek*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.

Erasmus MC, 2013. Opgeroepen op 11 maart 2013 van: <http://www.erasmusmc.nl/radiotherapie/patientenzorg/faq/bestraling>

Erasmus MC, 2013. Skillslab, ErasmusMC. Opgeroepen in maart 2013 van: http://www.erasmusmc.nl/oor/post_academisch_onderwijs/3020825/

Fontys, 2013. ZorgInnovatieCentrum. Opgeroepen op 7 mei 2013 van: <http://www.fontys.nl/verpleegkunde/zic/wat.is.een.zic.204186.htm>

Fontys.nl, 2013. Verpleegkunde. Opgeroepen op 5 maart 2013 van: <http://fontys.nl/Studeren/Opleidingen/Verpleegkunde-voltijd/Inhoud.htm>

Gielis, K. & Kanter, J. de, 2004. De leeromgeving centraal: winst voor leerling, school en leerbedrijf. *Onderwijs & gezondheidszorg*. Uitgave 4, pp 146-149.

Grol, R. en Wensing, M., 2011. *Implementatie: effectieve verbeteringen van patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed business.

Haarhuis, J.M., 2009. Anders leren, thuiszorg op maat. *Onderwijs en gezondheidszorg*. Uitgave 7, pp 18-20.

Hunink et al, 2011. *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

InfoNu.nl, 2007. Leerstijlen - De leercyclus van Kolb. Opgeroepen op 4 maart van: <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/onderwijs/4982-leerstijlen-de-leercyclus-van-kolb.html>

Klaren, A. en Meer, C van der, 2004. *Oncologie*: Handboek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Koot, A.N.G.J. en Dekker, F. den, 1999. *Leren en opleiden op de werkplek*; Werkdocument. Opgeroepen op 22 februari 2013 van: <http://archieff.praktijkonderwijs.nl/images/PrO%20in%20de%20steigers%20-%20Publicaties/Leren%20en%20opleiden%20op%20de%20werkplek.pdf>

Kwaliteit in medische informatie, 2013. Opgeroepen op 9 maart 2013 van: <http://www.consumed.nl/ziekten/2565/Erytheem>

Leefgelukkig.be, 2011. Opgeroepen op 15 maart 2013 van: <http://www.leefgelukkig.be/darmkanker/uitzaaiingen/>

Leren.nl, 2012. Leerstijlen - Model van Kolb. Opgeroepen op 4 maart 2013 van: <http://www.leren.nl/artikelen/2003/leerstijlen.html>

Lintz-Luidens, H., et al., 2002. *Werk in uitvoering*. Oncologische wonden: '...en onder die pijn zit ik...'. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.

LUMC, 2013. Educatie Zorgsector. Opgeroepen op 4 maart 2013 van:
<https://www.opleidingenlumc.nl/pages/LEZ/Home?windowuid=uid1298890557>

Martini, F.H. en Bartholomew, E.F., 2009. *Anatomie en fysiologie: Een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.

Ministerie van VWS, 2012. Rapport van het inspectiebezoek aan Zorgcentrum Sint Gerlachus te Maastricht. Opgeroepen op 5 juni van:
http://www.kiesbeter.nl/content/igz_rapport/verpleging-en-verzorging/Sint%20Gerlachus%20Maastricht%20maart%202012.pdf

Molenberghs, C. 2010. Zorg voor zorgverleners. Tijdschrift: Denkbeeld, 2010, aflevering 3, juli 2010.

Nederlandse Vereniging voor Hematologie, 2013. Opgeroepen op 4 maart 2013 van:
<http://www.hematologienederland.nl/book/export/html/46>

Nursing, 2012. Borging is niet sexy. Opgeroepen in februari 2013 van:
<http://www.nursing.nl/verpleegkunde/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid/nieuw/7889/wees-alert-op-borging-van-protocollen>

Openarmen.nl, 2013. Opleidingen in de zorg. Opgeroepen op 4 maart van:
http://www.openarmen.nl/zorg-opleidingen/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_content=opleidingen&utm_campaign=openarmen2

Overheid.nl, 2006. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Opgeroepen op 26 februari 2013 van:
<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/29282/kst-29282-30?resultIndex=277>

Overheid.nl, 2013. Wet- en regelgeving. Opgeroepen op 2 juni van:
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0004593/HoofdstukV/Artikel47/>

Pleijers, A. en Nieuweboer, J., 2009. Deelname aan cursussen voor het werk hangt vooral samen met opleidingsniveau. Opgeroepen op 6 februari 2013 van:
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/6F3CB3ED-98BB-488A-86E0-E40F73F1C8AE/0/2009k2v4p27.pdf>

Praktijkopleiden.nl, 2013. Leerafdelingen. Opgeroepen op 2 maart 2013 van:
<http://www.praktijkopleiden.nl/artikelen/thema/themas/30>

Reynaarde, 2011. Reynaarde Talentontwikkeling. Opgeroepen op 22 februari 2013 van:
<http://www.reynaarde.nl/talentontwikkeling/analyse-en-besluitvorming-competentie-leervermogen.html>

ROC.nl, 2013. Mbo-Verpleegkundige. Opgeroepen op 5 maart 2013 van:
<http://www.roc.nl/default.php?fr=details&id=3831&inst=45>

Root Cause Analysis, 2013. Oorzaak en gevolgen diagram. Opgeroepen op 30 april 2013 van: <http://rootca.weebly.com/oorzaak-en-gevolg-diagram.html>

Rubrech, J. en Lange, G.S. de, 2010. *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. Amsterdam: Pearson Education Benelux

RWI, 2013. Scholing. Opgeroepen op 2 maart 2013 van: <http://www.rwi.nl/nl-NL/Thema's/Arbeidsmarkt/Scholing>

Rijksoverheid, 2011. Overheidscommunicatie. Kwantitatief onderzoek. Opgeroepen op 20 maart van: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overheidscommunicatie/informatie-voor-professionals/omgevingsonderzoek/kwantitatief-onderzoek>

Rijksoverheid.nl, 2011. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Bekwaam is bevoegd. Innovatie opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg. Opgeroepen op 23 februari van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/05/17/rvz-advies-bekwaam-is-bevoegd.html>

Schipper, H.G. & Godfried, M.H., 2001. Richtlijnen Fysische diagnostiek – ascites. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. 2001;145:260-4. <http://www.ntvg.nl/publicatie/fysische-diagnostiek-ascites/volledig>

ScienceProgress, Dé kennisbank voor wetenschap en praktijk, 2013. 7S-MODEL (MCKINSEY). Opgeroepen op 30 april 2013 van: <http://www.scienceprogress.nl/diagnose/7s-model-mckinsey>

Sleeboom, Dr. H., 2008. *Chemo en meer: Veel over chemotherapie en nieuwe medicijnen*. Wormer: Immerc.

Snoeren, M.W.C. & Dekker-van Doorn, C.M., 2007. Leren = Veranderen. Een kwalitatief onderzoek naar de relatie tussen veranderingsprocessen en de leerstrategie van lageropgeleide medewerkers. *Verpleegkunde*. Uitgave 22, nr.2

Soeterboek, A., & Stapper, L., 2006. *Het geneesmiddel en zijn toepassing*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Spieker, P., 2011. Drie richtlijnen tegelijk ingevoerd. *Bijzijn*. Uitgave 5, p 28

Swanborn, P.G., 2005. *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel/Amsterdam: Boom.

Terra, B., Mechelen-Gevers M., Burgt van der M., 2004. *Doen wat kan: Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

The Netherlands Cancer Instituut. Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, 2011. Opgeroepen op 28 februari 2013 van: <http://www.nki.nl/Ziekenhuis/Patienten/Kanker+en+Behandeling/Pati%C3%ABnten+traject/Behandeling/Chemotherapie.htm>.

ToetsWijzer, 2011. Toetswijzer - Cito, algemeen. Opgeroepen op 2 juni van: <http://toetswijzer.kennisnet.nl/main.asp?Sector=ALG>

TweeSteden ziekenhuis, 2012. *Patiënteninformatie: Behandelwijzer oncologie*. Tilburg: TweeSteden ziekenhuis.

UMCG, Hematologie Groningen, 2013. Opgeroepen op 4 maart 2013 van: <http://www.hematologiegroningen.nl/patienten/content/3anemie.htm>

Verhoeven, N., 2011. *Wat is onderzoek? praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Vos, 1999. Nederland is cursusmoe. In: *Intermediair*, nr. 30, p. 12-15.

Vries, de J. et al., 2009. *Oncologie voor de algemene praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

VU Medisch Centrum, 2004. Opgeroepen op 11 maart 2013 van:
http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/72625/27797/475617/stereotactische_radiotherap1.pdf

Wondenwijzer, oncologische wonden, 2011. Opgeroepen op 10 maart 2013 van:
<http://www.wondenwijzer.nl/oncologische%20wonden/Behandeling.htm>

Wouters, E., en Zaalen, Y. van, 2012. *Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

ZonMw, 2008. Projecten, onderzoek & resultaten. Opgeroepen op 23 februari 2013 van:
<http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/onderzoek-naar-de-mogelijkheden-en-haalbaarheid-van-e-learning-bij-de-implementatie-van-richtlijnen/voortgang/>

Bijlage 1 Afdeling Miró 2 in behandelcentrum de Hazelaar

De meeste mensen leven het liefst in hun eigen, vertrouwde en veilige woonomgeving, waar ze zelfstandig kunnen functioneren en hun sociale contacten hebben. Bij mensen met een zorgvraag wordt zo lang mogelijk geprobeerd hen in de eigen omgeving te laten wonen. Dat kan door thuiszorg en/of behandeling thuis.

Als de verhuizing naar een zorgcentrum noodzakelijk is geworden, is dat in Tilburg mogelijk naar één van de twintig locaties van De Wever. De cliënt kan in de gastvrije woonzorg- en behandelcentra, door sfeer en gezelligheid en in de vorm van tal van activiteiten zijn leefstijl behouden. Naast diverse zorglocaties is er ook een mobiel zorgteam 24 uur per dag bereikbaar (dewever.nl, onbekend).

Missie

Voor (oudere) cliënten is De Wever een vriendelijke en betrouwbare organisatie die op het gebied van zorg, behandeling en diensten een passend antwoord biedt op vragen en behoeften van de cliënt.

De Wever biedt met een team deskundige en toegewijde medewerkers en vrijwilligers waarborgen voor kwaliteit en continuïteit, vriendelijkheid en warmte in de relatie met de cliënt. De Wever is een innoverende organisatie die investeert in onderzoek en onderwijs om blijvend te verbeteren en/of nieuwe zorgconcepten en diensten te ontwikkelen voor de cliënten.

De Wever wil voor medewerkers een goede werkgever zijn en tegelijkertijd een boeiende werkplek en ervaring bieden om op deze manier medewerkers te binden en inspireren.

De Wever is een marktgerichte, maatschappelijke onderneming die zich naast het leveren van individuele diensten inzet voor het woon- en leefklimaat in Tilburg (dewever.nl, onbekend).

Zorgvisie

De Wever wil uitstekende persoonlijke zorg, behandeling en diensten bieden aan (oudere) cliënten en bijdragen aan hun kwaliteit van leven. Daarbij gaat De Wever uit van een cliënt die zelf de regie wil houden over en inhoud geven aan zijn/haar leven. De vraag en wens van die cliënt is richtinggevend voor het aanbod van producten en diensten(dewever.nl, onbekend).

Behandelcentrum de Hazelaar

Behandelcentrum de Hazelaar is één van de twintig locaties van De Wever. De Wever is een organisatie op het gebied van ouderenzorg in Tilburg. Bij De Wever kan men terecht voor een compleet pakket aan zorg, behandeling en diensten, met name voor ouderen. Bij de Hazelaar kan men terecht voor intensive zorg, behandeling en verpleging. Ruim 500 medewerkers: zorgadviseurs, artsen, verplegers, verzorgers, activiteitenbegeleiders, diëtisten, fysio-, ergo- en muziektherapeuten, logopedisten, geestelijk verzorgers, psychologen en personeel achter de schermen zijn er werkzaam. Daarnaast assisteren er ongeveer 150 vrijwilligers (dewever.nl, onbekend).

Afdeling Miro

Op afdeling Miró kan men terecht voor palliatieve zorg, intensieve zorg en chronisch somatische zorg. Het is opgesplitst in afdeling Miró 1 en Miró 2. Op afdeling Miró 1 verblijven chronisch somatische cliënten. Deze cliënten verblijven hier permanent. Op Miró 2 verblijven de palliatieve en intensieve cliënten. Deze cliënten verblijven hier tijdelijk. Er is geen maximale termijn. De meeste cliënten overlijden.

Op het moment zijn 15 van de 17 cliënten van Miró 2 oncologische cliënten. Twee van de oncologische cliënten ondergaan momenteel orale chemotherapie. Deze cliënten hopen dat de therapie aanslaat en dat ze dan naar huis kunnen.

In de toekomst worden dit waarschijnlijk meer cliënten. Dit zijn cliënten die in het ziekenhuis (tijdelijk) klaar zijn met hun chemotherapie maar niet in de omstandigheid verkeren om naar huis te kunnen. Op afdeling Miró 2 hebben ze een eigen kamer en moet aan hen de juiste verzorging gegeven kunnen worden. Hiervoor moeten de medewerkers geschoold worden. Deze scholing is door twee verpleegkundigen van het TSZ in maart gegeven (Mariëlle Verheijden en eigen ervaring projectgroep).

Recente ontwikkelingen van Miró 2

Afdeling Miró 2 heeft net zoals andere afdelingen te maken met interne en externe ontwikkelingen. In deze paragraaf worden deze interne en externe kenmerken in kaart gebracht. Daarnaast krijgt de lezer ook een helder beeld van de situatie zoals die op dit moment is.

Door de ingebruikname van behandelcentrum Damast heeft er verschuiving plaats gevonden van cliënten met een niet aangeboren hersenletsel die nu niet meer naar afdeling Miró 2 komen maar naar Damast gaan. Hierdoor is er op afdeling Miró 2 ruimte ontstaan om een andere doelgroep op te gaan vangen. Mariëlle Verheijden, afdelingshoofd van afdeling Miró, zit samen met medewerkers uit het TSZ en medewerkers van het Instituut Verbeeten (specialistisch ziekenhuis op het gebied van radiotherapeutische oncologie en nucleaire geneeskunde) in de werkgroep Oncologie.

Uit deze werkgroep is de vraag naar voren gekomen waar cliënten die met enige regelmaat chemotherapie krijgen naartoe kunnen, als ze (tijdelijk) klaar zijn in het ziekenhuis, maar niet in staat zijn om naar huis te gaan. Omdat er altijd al veel oncologische cliënten op de afdeling zijn geweest was dit maar een kleine stap. (Mariëlle Verheijden)

De twee senior verpleegkundigen van Miró 2 zijn een dag gaan meelopen op de afdeling oncologie in het TSZ om hun kennis en vaardigheden rondom de zorg van deze cliënten te vergroten. Ook zijn er twee verpleegkundigen van het TSZ een dag op afdeling Miró 2 mee komen kijken om te kijken hoe de verzorging van de cliënten daar gaat. Vervolgens zijn alle medewerkers recent extra geschoold door deze zelfde twee oncologie verpleegkundigen van het TweeSteden ziekenhuis, in het omgaan met cliënten die door de chemotherapie een risicoperiode meemaken. De projectgroep heeft ook deelgenomen aan deze scholing (Mariëlle Verheijden).

Personeelsbestand

Binnen de afdeling zijn er werknemers in verschillende uiteenlopende functies actief.

- 1 afdelingshoofd
- 2 senior verpleegkundigen
- 7 verpleegkundigen
- 5 verzorgenden (IG)
- 1 helpende
- 6 voedingsassistenten
- enkele medewerkers huishoudelijke dienst
- 20 (ongeveer) stagiaires en leerlingen (Afdeling Miró is een Zorg Innovatie Centrum)
- (Mariëlle Verheijden en kennis projectgroep)

Bijlage 2 Scholing van werknemers

De belangstelling voor scholing van werknemers is de afgelopen jaren toegenomen en de zinvolheid ervan wordt alom erkend door het bedrijfsleven, de wetenschap, bij vakbonden en door de overheid. Bij scholing van werknemers wordt al snel gedacht aan externe cursussen die door een scholingsinstituut worden verzorgd (Brouwers & Van der Burgh, 2000). In '(de Dikke) Van Dale' (2013) staat bij 'scholing', het scholen of geschoold-worden. Synoniem: opleiding.

Uiteenlopende activiteiten, zoals een gezamenlijke bezinning op de missie en visie van het bedrijf, deelname aan congressen of werkbijeenkomsten, teambuildingsessies of meelopen met een collega kunnen zijn bedoeld als scholingsactiviteit.

Scholing van werknemers kent uiteenlopende vormen en kan op veel verschillende manieren worden aangepakt. Met deze bijlage is het de bedoeling meer te weten komen over de kenmerken, de functies en de soorten scholing.

2.1 Kenmerken van scholing

Wat is nu kenmerkend voor scholing van werknemers? Wanneer wordt er wel, en wanneer niet, gesproken over scholingsactiviteiten?

In de literatuur worden verschillende definities gebruikt. Enkele voorbeelden:

- *bedrijfsopleiding* - elke opleiding of cursus die de werkgever initieert, faciliteert en geheel of gedeeltelijk financiert. Dit verwijst naar een 'geplande activiteit' waardoor mensen kennis, vaardigheden en kwalificaties kunnen verkrijgen, vermeerderen of in stand houden (CBS, 2013).
- *werkplekleren* - leren in de context van het werk. Het is één van de vele manieren waarop medewerkers nieuwe kennis en vaardigheden opdoen. Het leren vindt plaats in de werksituatie zelf en wel via veelvuldige interacties met collega's en de leidinggevende. Met name de onderlinge informatie-uitwisseling (kennis delen) op de werkplek is hierbij van belang (Koot & Den Dekker, 1999)
- *Korte cursus* - met het begrip cursus worden niet alleen geplande periodes van training of instructie bedoeld waarmee kennis of vaardigheden aan een groep worden overgedragen. Er kan ook sprake zijn van schriftelijke opleidingen, privélessen, workshops of seminars. Voor de cursussen geldt wel dat ze minder dan een half jaar duren (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

In de definities komt de veelomvattendheid van scholing terug. Er bestaan uiteenlopende scholingsvormen. Een belangrijk kenmerk is dat bedrijfsscholing (financieel) wordt ondersteund door de werkgever. Scholing van werknemers wordt opgevat als een investering van het bedrijf of de instelling. Scholing verwijst naar gerichte activiteiten waarmee werknemers kennis, vaardigheden en/of attitudes kunnen verkrijgen, verder ontwikkelen of in stand houden. Scholing moet het functioneren van werknemers en de organisatie direct dan wel indirect ten goede komen. Dit betekent dat er sprake is van een doelbewuste, geplande inzet van activiteiten om het leren van werknemers te bevorderen. Toevallige – incidentele – leersituaties worden niet tot de scholingsactiviteiten gerekend. Incidenteel leren wil zeggen onopzettelijk of toevallig leren (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

2.2 Functies van scholing

Het doel van scholing van werknemers op korte of langere termijn is voor de arbeidsorganisatie volgens Brouwers en Van der Burgh (2000), het functioneren van de organisatie te verbeteren. Scholing heeft te maken met het strategisch beleid van het bedrijf. Scholingsactiviteiten zijn primair gericht op het verwerven van benodigde (vak)kennis en aanleren van extra vaardigheden. Het verwerven van kennis en vaardigheden kan afhankelijk van de aanleiding verschillende functies hebben.

Onderhoudsfunctie

Een onderhoudsfunctie is het geval wanneer de kennis en/of vaardigheden van aanwezig personeel niet meer voldoende actueel zijn. Dat de functie of het beroep is veranderd of dat werknemers kennis en vaardigheden zijn 'vergeten' kan hiervan de oorzaak zijn. Scholingsactiviteiten met een onderhoudsfunctie vallen onder de categorie *herscholing*. Werknemers worden opnieuw geschoold voor een vak waarvoor zij eerder zijn geschoold (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Innovatie-ondersteuning

Scholingsactiviteiten kunnen er ook toe dienen om aanvullende kennis en vaardigheden te verwerven die nodig zijn om (technologische) vernieuwing door te voeren. Scholing met een dergelijke innovatieondersteunende functie wordt bijscholing genoemd (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Loopbaanombuiging

In de derde plaats kan scholing de functie van loopbaanombuiging hebben. De scholingsactiviteiten zijn dan bedoeld om werknemers te kunnen laten omschakelen naar een heel andere functie dan waarvoor zij oorspronkelijk waren geschoold. Deze vorm van scholing wordt aangeduid met de term *omscholing* (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Herscholing, bijscholing en omscholing zijn vormen van nascholing of post-initiële scholing. Dit wil zeggen dat het scholingsactiviteiten zijn die worden gevolgd ná de schoolopleiding die voorafging aan de eerste baan. Scholing van werknemers heeft betrekking op post-initiële scholingsactiviteiten. Stages en leerwerktrajecten, bijvoorbeeld in het kader van het leerlingwezen, is geen vorm van nascholing of post-initiële scholing. Dit is een vorm van initiële scholing, ook wel on-the-job-training genoemd (zie ook paragraaf 2.4.1). In de praktijk zullen overigens de hiervoor genoemde post-initiële scholingsvormen en functies van scholing vaak niet goed te onderscheiden zijn omdat ze gecombineerd voorkomen (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

2.3 Variatie in scholingsactiviteiten

Scholingsactiviteiten kunnen variëren in inhoud, vorm en plaats. Er kunnen verschillende methoden worden gebruikt om werknemers iets te leren. Scholing van werknemers is veelomvattend. Hieronder een schets van de diversiteit binnen scholingsactiviteiten. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling om een compleet overzicht te geven, omdat later, in bijlage 3, ook nog op scholing voor zorgverleners ingegaan zal worden.

Accent op kennis, vaardigheden of attitudes

Scholing is meestal gericht op kennisvermeerdering of actualisering van kennis. Daarnaast kunnen scholingsactiviteiten zijn bedoeld om vaardigheden aan te leren of verder te ontwikkelen. Ook attitudes of houdingsaspecten kunnen het onderwerp zijn van scholingsactiviteiten. Vaak hebben scholingsactiviteiten betrekking op een combinatie van deze inhoudsaspecten (Brouwers & Van der Burgh, 2000). Tabel 1 geeft een voorbeeld van een training wondzorg waarin dit het geval is. Het laat zien dat de doelen anders zijn per inhoudsaspect.

Inhoudsaspect	Doel
Kennis	• Het zien van het verband tussen de (gele, rode en zwarte) wond, oncologische wonden, brandwonden, etc., de behandeling, genezing en producten • Begrijpen hoe een wond kan genezen • Bestaande kennis opfrissen • De nieuwste ontwikkelingen te horen krijgen
Vaardigheden	• Bekwamen in de technische uitvoering door praktische oefeningen • Kunnen beschrijven van de algemene en lokale factoren die van invloed zijn op de wondgenezing • Kunnen herkennen van de verschillende fases van wondgenezing
Attitudes	• Interesse tonen • Relevante vragen stellen • Proberen aan te voelen wat 'normale' of 'gewenste' aandacht is, die het zorgverleningsproces bij een cliënt te goede komt

Tabel 1

Voor de vorm waarin de scholingsactiviteiten plaatsvinden is de inhoud van een scholingsactiviteit medebepalend. Er zal sprake zijn van een vaardigheidstraining als inhoudelijk vaardigheden worden geoefend.

Een schriftelijk cursus kan soms ook geschikt zijn voor het verwerven van kennis (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Vakinhoudelijk of algemeen

De houding en vaardigheden die moeten worden aangeleerd of de kennis die moet worden verworven, kunnen specifiek te maken hebben met de vakinhoud van de medewerker of toegespitst zijn op de kernprocessen van het bedrijf. Scholingsactiviteiten kunnen ook meer algemeen van aard zijn en betrekking hebben op de algemene bedrijfsvoering van een organisatie. Voorbeelden zijn communicatietrainingen, EHBO-cursussen, of trainingen in veilig werken. De kennis en vaardigheden die in deze scholingsactiviteiten worden geleerd zijn meestal minder bedrijfsspecifiek (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Deelnemers aan ICT-cursussen en cursussen in de gezondheidszorg- of opvoeding zijn het meest positief over het gebruik van de nieuwe kennis en vaardigheden (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

Externe of interne scholing

Er kan onderscheid worden gemaakt naar interne en externe scholing. Een interne opleiding volg je alleen met mensen uit dezelfde organisatie of van je afdeling. Een voordeel hierbij is dat je je collega's beter leert kennen door een interne opleiding (Applinet B.V., 2012).

Voorbeelden van interne scholingsactiviteiten zijn: bijwonen van een lezing in de kantine of het samen met collega's volgen van een cursus.

Externe scholing is toegankelijk voor mensen van verschillende arbeidsorganisaties. Deelname aan congressen, of een cursus bij een opleidingsinstituut die ook voor werknemers van andere organisaties toegankelijk is zijn voorbeelden van externe scholingsactiviteiten.

Het merendeel van de interne scholingsactiviteiten wordt door de bedrijven zelf verzorgd, externe opleidingen worden het meest door particuliere instituten verzorgd (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Externe, interne of geen docent

Bij scholingsactiviteiten is meestal een docent of begeleider aanwezig die de te leren kennis of vaardigheden overdraagt aan de deelnemer(s). Soms is dit een persoon die afkomstig is van een andere organisatie, bijvoorbeeld de leverancier van een nieuwe machine of een opleidingsinstituut. Een scholingsactiviteit kan ook worden begeleid door een collega of leidinggevende van de werknemer. Vakinhoudelijke bijscholing op de werkplek door een collega die als mentor of coach optreedt, is daarvan een voorbeeld. De aanwezigheid van een docent of begeleider is niet in alle scholingsactiviteiten noodzakelijk. Er kan sprake zijn van zelfstudie. Voorbeelden zijn cursussen in de vorm van geautomatiseerde programma's, waarbij de computer optreedt als instructeur en corrector (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Formeel of informeel

Formele scholing kan bijvoorbeeld bestaan uit een zorgvuldig van tevoren samengestelde cursus of training, meestal volgens een methodische aanpak.

Informele scholing kan bestaan uit het leren van een collega tijdens de uitvoering van werkzaamheden die veelal ad hoc en niet volledig gepland plaatsvindt. Informele scholing lijkt synoniem aan het opdoen van werkervaring. Ook werkbesprekingen kunnen dienst doen als informele scholingsactiviteit.

Het verschil in scholing, en dus ook bij meer informele vormen van scholing, is dat er altijd sprake is van een bewuste opzet van de organisatie en/of het individu om te leren, terwijl werkervaring opdoen ook onopzettelijk, als bijkomend effect, kan plaatsvinden en vooral een zaak is van de individuele werknemer.

(Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Standaard- of maatwerk

Als de scholingsactiviteiten nauwkeurig zijn afgestemd op de specifieke scholingsbehoeften van het bedrijf en de individuele medewerker is het maatwerk.

Daarnaast is gestandaardiseerde scholing mogelijk.

Wordt er niet of nauwelijks rekening gehouden met specifieke scholingsbehoeften van een bedrijf en/of van de individuele werknemer bij de ontwikkeling en uitvoering dan is het een gestandaardiseerde scholingsactiviteit (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Groepsgewijs of individueel

Een cursus, training of opleiding die gelijk is voor een aantal mensen die tegelijkertijd en op dezelfde plek deelnemen is in groepsverband. De groep kan bestaan uit medewerkers van hetzelfde bedrijf, maar kan ook zijn samengesteld uit werknemers die afkomstig zijn van uiteenlopende bedrijven.

Voordeel van scholing in een groep is dat de deelnemers ook van elkaar kunnen leren en ervaringen kunnen uitwisselen.

Voor een bedrijf kan het ook van belang zijn dat werknemers dezelfde opleiding volgen om te bereiken dat 'de neuzen dezelfde kant opstaan'. Bovendien is het een efficiënte manier van aanpak indien meer werknemers hun kennis en/of vaardigheden moeten bijschaven (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Individuele scholing kan het voordeel hebben dat het makkelijker in het werk is in te passen. Ook is het mogelijk om de scholingsactiviteit beter aan te passen aan de persoonlijke doelstellingen en wensen van de individuele werknemer. Dan is er sprake van maatwerk (Applinet B.V., 2012).

2.4 Diversiteit aan leermiddelen

Bij scholingsactiviteiten kan gebruik worden gemaakt van diverse leermiddelen.

Het merendeel van de cursussen wordt nog op de traditionele manier gevolgd, zonder gebruik van computer of internetfaciliteiten. Denk bijvoorbeeld aan boeken en ander schriftelijk leermateriaal dat moet worden bestudeerd, lezingen, mondelinge cursussen, trainingsbijeenkomsten, workshops, groepsdiscussies.

Een ander leermiddel dat populair is, is het mentorschap of de coaching, waarbij een werknemer wordt begeleid in zijn werk door een collega of een leidinggevende (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

Ontwikkelingen in de informatie- en communicatietechnologie bieden nieuwe mogelijkheden. Het gebruik van de computer of het internet is goed ingeburgerd in de opzet van opleidingen en trainingen. (Pleijers & Nieuweboer, 2009). Dit heet E-learning.

E-learning

E-learning is dé nieuwe manier van leren, van onderwijs aanbieden. De manier waarop geleerd en opgeleid wordt, verandert de laatste jaren sterk. Dat komt door nieuwe onderwijskundige inzichten, maar ook door wijzigingen in de organisatie van opleidingen én de verwachtingen van degenen die cursussen en opleidingen volgen. De meeste mensen willen steeds meer kunnen leren op door ons zelfgekozen plaatsen en tijden. Informatie- en communicatietechnologie (ICT) speelt daarin een centrale rol (Fontys.nl, 2013).

Zo'n internetcursus is laagdrempeliger om te volgen dan een cursus die op een traditionele manier wordt aangeboden. De cursus kan op de eigen werkplek worden gevolgd en er hoeft niet meer te worden gereisd naar de cursuslocatie. Vier op de tien mensen volgden begin 2008 een cursus via de computer en/of internet (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

Onder andere Enursing, platform voor online zorgcursussen, heeft op internet een site met diverse cursussen die niet duur zijn. Op deze manier kan iedereen op ieder gewenst moment van de dag en op elk moment dat het uitkomt, online, in je eigen tempo, je kennis op peil houden (Enursing, 2013).

Voor het vakblad "Nursing" verzorgt Enursing ook toetsen. Samen met deskundigen op het gebied van didactiek, informatiekunde en informatica hebben zij een digitale leeromgeving ontwikkeld waarbij op overzichtelijke wijze theorie en praktijkkennis worden gepresenteerd. Cursussen worden ontwikkeld voor en door professionals, op basis van wensen en behoeften van professionals uit de dagelijkse praktijk. Er zijn daarom bijvoorbeeld veel casusbesprekingen opgenomen. In de hoofdstukken van de internetcursussen worden onder meer achtergronden, anatomie, materialen, werkwijze en toepassingen behandeld. In elke paragraaf wordt een deel van het onderwerp uitgewerkt. Behalve tekst, zijn hier ook illustraties, interactieve proefvragen en animaties te vinden. Na elk hoofdstuk kan geoefend worden door middel van een tussentoets. Aan het einde van de cursus volgt dan de eindtoets, met nog een mogelijkheid voor herkansing. Van cursisten wordt verwacht dat zij actief met de lesstof en de aangeboden werkvormen aan de gang gaan (Enursing, 2013).

Intervisie

Intervisie is een vorm van ervaringsleren. De termen supervisie en Action Learning Sets (ALS) worden ook wel gebruikt. In een groepje, bestaande uit gelijken, adviseer je elkaar ten aanzien van werkproblemen. De groepsleden leren van elkaar en zij merken dat ze steun van elkaar kunnen krijgen. Een belangrijke voorwaarde is dat ieder intervisielid zich veilig voelt. Intervisie lijkt op coaching. Er is echter sprake van gelijkwaardige inbreng van de deelnemers en de zorgverleners moeten goed in staat zijn tot zelfreflectie. Om groei in de professionele ontwikkeling mogelijk te maken, is het nodig om regelmatig intervisie te plannen. Bijvoorbeeld eens in de vier à zes weken (Hunink et al, 2011).

Een procesbewaker (soort coach) fungeert als communicatiedeskundige. Hij/zij nodigt uit om stil te staan bij onszelf en de sterktes en zwaktes, de kwaliteiten en de grenzen van onszelf, de ander, de zorgvisie en de organisatie te erkennen. Hij schoolt bij in het effectief bespreken van de cliënten/patiënten, met inbegrip van de eigen beleving en de zorgen en problemen die er voorkomen in de begeleiding/verzorging van de cliënten en hun familie. En hij/zij ondersteunt de leiding in de sturing of bijsturing van de teams (Molenberghs, 2010).

2.4.1 Scholing op de werkplek (on-the-job-training)

Van de scholingsmogelijkheden die de werkomgeving zelf te bieden heeft wordt in de context van bedrijfsopleidingen door arbeidsorganisaties steeds meer bewust gebruik gemaakt. Scholing op de werkplek is één van de vele manieren waarop medewerkers/leerlingen/stagiaires nieuwe kennis en vaardigheden opdoen. Het leren vindt plaats in de werksituatie zelf. Door veelvuldige interacties met collega's en de leidinggevende. Met name de onderlinge informatie-uitwisseling (kennis delen) op de werkplek is hierbij van belang (Koot & Den Dekker, 1999).

Er is een essentieel verschil tussen het leren op de werkplek en het leren op school of in een cursus of vaardigheidstraining. Werkpleklernen gebeurt niet in een opleidingsinstituut of een extern instructielokaal, maar op de werkplek zelf. En bij het leren is niet een leerboek of cursusmap uitgangspunt, maar de ervaringen op de werkplek. Ervaringen van de werknemer en de naaste collega's. Werkpleklernen kan kortweg worden omschreven als: leren in de context van het werk (Koot & Den Dekker, 1999).

De sfeer die op het werk heerst ten aanzien van leren, ofwel het leerklimaat, bepaalt in belangrijke mate hoe medewerkers zich op de werkplek ontwikkelen (Baars, 2004).

Leren op een werkplek stelt een leerling in staat om kennis, attitude en vaardigheden te verwerven in een waarachtige en zinvolle context (Gielis & Kanter, 2004).

Kenmerkend voor on-the-job training is:

- dat het opleiden plaats vindt op de huidige of toekomstige werkplek van de werknemer in opleiding in het kader van het arbeidscontract;
 - dat er wordt gewerkt volgens een gestructureerd plan;
 - dat de leerresultaten getoetst worden aan te voren bepaalde doelen;
 - leren in het werk heeft vaak te maken met beloning, selectie of beoordeling. Mensen mogen soms leren als beloning, of zijn daarvoor gevraagd;
 - leren in het werk heeft tot doel het werkproces beter of anders te laten verlopen of tot betere resultaten te komen. Werkpleklernen is dan gekoppeld aan organisatieverandering, waarbij leerresultaten direct zichtbaar moeten worden gemaakt op de werkplek;
 - het belang van het werk gaat voor, ook al wordt het eventueel tijdelijk op de tweede plaats gezet. De tijdsdruk waaronder het werk gedaan moet worden, kan nadelig zijn voor het leerproces en het leersucces;
 - dat de werknemer begeleid wordt door zijn chef of een ervaren collega.
- (Koot & Den Dekker, 1999)

Voordelen ten opzichte van off-the-job scholing kunnen zijn:

- betere mogelijkheden om theorie en praktijk te integreren;
 - betere mogelijkheden om het geleerde meteen in de praktijk toe te passen;
 - betere aansluiting bij het streven naar continue kwaliteitsverbetering;
 - betere aansluiting bij de tendens om opleidingsverantwoordelijkheid neer te leggen bij leidinggevendens;
 - betere aansluiting bij ideeën over lerende organisaties.
- (Brouwers & Van der Burgh, 2000)

Een belangrijke vraag is: in hoeverre maakt de werkplek leeractiviteiten mogelijk? En: in hoeverre is de lerende bereid en in staat om relevante en doelgerichte leeractiviteiten zelfstandig te verrichten? Want voor iedere opleiding geldt dat leerresultaten uiteindelijk afhankelijk zijn van de leeractiviteiten van de lerende. Dit betekent ook dat de mate waarin voordelen van leren op de werkplek worden gerealiseerd in sterke mate wordt bepaald door de kwantiteit en de kwaliteit van de leeractiviteiten (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Voorwaarden op de werkplek

In de literatuur worden de volgende voorwaarden genoemd:

1. Er dienen mogelijkheden te zijn om de werkdruk te reguleren.
 2. De werkzaamheden moeten passen in het opleidingstraject.
 3. Er moeten afspraken worden gemaakt over wie, wat, wanneer doet en waarvoor verantwoordelijk is. Iemand moet in staat zijn om deze afspraken te maken.
 4. De begeleider moet beschikken over didactisch inzicht.
 5. De werknemer moet de mogelijkheid krijgen om het geleerde regelmatig toe te passen. Scholen 'op voorraad' werkt niet.
 6. Acceptatie en begrip van collega's en leidinggevend. Wanneer mensen net een opleiding hebben gevolgd, hebben ze misschien nog wat extra begeleiding nodig of kan er iets misgaan of is de productie nog niet wat die zou moeten zijn.
 7. De bijdrage van nieuwe technologieën aan leren zou moeten worden onderzocht. Computers zijn erg geschikt om actuele informatie op te slaan en uit te leveren wanneer dat gewenst is.
- (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

2.5 Het leervermogen van de werknemer

Het leervermogen van iemand blijkt te worden bepaald door de kennis die hij geleerd heeft, de leervaardigheden waarover hij beschikt en door zijn leerhouding of leerbereidheid. Of er feitelijk op de werkplek een leerproces plaatsvindt, is niet alleen afhankelijk van het leeraanbod op deze plek, maar ook van de lerende werknemer zelf. De definitie van 'leervermogen': het hebben van aandacht voor nieuwe informatie, deze opnemen en toepassen (Koot & Den Dekker, 1999).

Er zijn diverse factoren die op het leervermogen van medewerkers van invloed zijn. Het ligt aan een geheel aan competenties (kennis, vaardigheden en attitude) van medewerkers.

Het competentiegebied analyse en besluitvorming omvat de competenties die betrekking hebben op het gedrag op het gebied van het verzamelen, analyseren en wegen van gegevens, het plaatsen hiervan in een breder perspectief, het innemen van standpunten en het weloverwogen nemen van besluiten. Een lage score op leervermogen kan samengaan met een lage score op aanpassingsvermogen en zelfstandigheid (Reynaarde, 2011)

Verder is ook de vooropleiding en de opgebouwde werkervaring van belang net als het van huis uit meegekregen culturele kapitaal.

En eveneens het zelfbeeld dat de werknemer heeft ontwikkeld is belangrijk. In de omgang met collega's en beroepsgenoten kan een werknemer namelijk een positief beroepsbeeld ontwikkelen. Ook de maatschappelijke status die een bepaalde functie heeft, kan van invloed zijn op het feitelijke leervermogen van een werknemer (Koot & Den Dekker, 1999). Meer hierover in de volgende paragrafen.

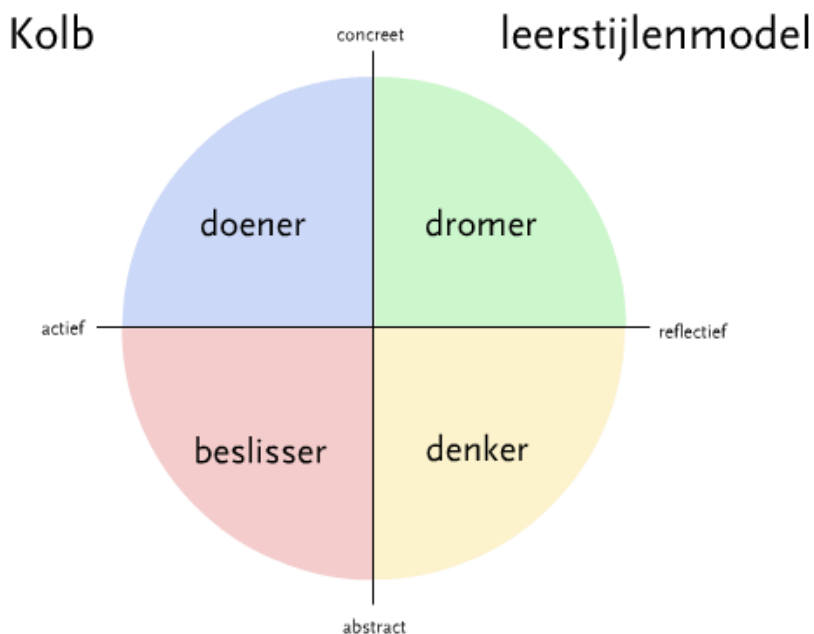
2.5.1 Leerstijlen

Deskundigheid bevorderen heeft te maken met hoe men leert, onze leerstijl. Hierover bestaan verschillen leertheorieën. Deze leertheorieën verschillen van elkaar maar hebben ook overeenkomsten die aangeven wanneer mensen het beste leren. Men leert beter wanneer:

- de nieuwe kennis en vaardigheden aansluiten bij de reeds aanwezige kennis en vaardigheden, ook wel voorkennis genoemd;
- de manier van leren aansluit bij de individuele leerstijl;
- er sprake is van intrinsiek leren, dus van binnenuit gemotiveerd zijn om te leren; extrinsieke motivatie kan bijvoorbeeld in de vorm van een toets overigens fungeren als een beloning voor geleverde inspanningen en prestaties;
- er actief met de nieuwe kennis en vaardigheden aan de slag gegaan kan worden; dus liever discussiëren, toepassen en zelf problemen oplossen dan aanhoren of bekijken hoe het moet;
- er een inspirerend rolmodel is; een goed voorbeeld doet goed volgen;

- de nieuwe kennis en vaardigheden uitdagend, haalbaar en bereikbaar zijn; de lat moet net een beetje hoger liggen;
 - de nieuwe kennis, vaardigheden en resultaten nodig zijn of gebruikt worden;
 - er variatie is in de manieren van leren, de werkvormen.
- (Hunink, 2011)

Ieder mens leert op zijn of haar eigen manier. Leren is een proces dat uiteindelijk leidt tot gedragsverandering. De psycholoog Kolb deed veel onderzoek naar de fasen in het leergedrag van mensen en vond vier fasen. Deze fasen kunnen je inzicht geven in wat de leerstijl van iemand is (InfoNu.nl, 2007)



Het **model van Kolb** maakt onderscheid tussen vier fasen van het leerproces:

1. Beslisser (concreet ervaren)
2. Bezinner / dromer (waarnemen en overdenken)
3. Denker (analyseren en abstract denken)
4. Doener (actief experimenteren)

Kolb stelt dat mensen een **voorkeurstijl** hebben, waarmee ze het liefst beginnen en waaraan ze de meeste tijd besteden. Maar het is belangrijk alle fasen van het leerproces te doorlopen, omdat ze essentieel zijn voor effectief leren. Kolb pleit er daarom voor dat je extra aandacht besteedt aan de leeractiviteiten waarin je je minder goed thuis voelt.

Een paar **praktische tips**, aan de hand van vier leerstijlen die corresponderen met de fasen in het model van Kolb:

1. Doener
 - Ga een directe ervaring opdoen.
 - Los een probleem op.
 - Spring in het diepe met een uitdagende taak.

2. Bezinner
 - Maak vooraf een plan.
 - Neem de tijd voor lastige beslissingen.
 - Neem de tijd om je ervaringen te overdenken.
 3. Denker / theoreticus
 - Zoek goed gestructureerde leermiddelen.
 - Zoek verbanden met kennis die je al hebt.
 - Zoek intellectuele uitdagingen.
 - Bestudeer theoretische concepten, modellen en systemen.
 4. Beslisser / pragmaticus
 - Zoek naar verbanden tussen de leerstof en je werk.
 - Richt je op praktische zaken.
 - Zoek iemand die je iets kan demonstreren.
- (Leren.nl, 2012)

2.5.2 Laagopgeleide

Leren is niet alleen een individueel proces met individuele resultaten, maar ook een sociaal proces waarvan de resultaten bestaan uit sociaal gedeelde betekenissen. Die maken op hun beurt de cultuur of subcultuur van de omgeving uit. De sociale omgeving heeft een grote invloed op het leren (Bolhuis, 2001).

Ongeveer een kwart van de Nederlandse beroepsbevolking is laagopgeleid. De komende jaren zal er in verschillende beroepsgroepen een blijvende vraag bestaan naar mensen die elementair of laaggeschoold werk kunnen en willen doen. Ook indirect zijn lager opgeleiden belangrijk voor de kenniseconomie: zonder goede schoonmaak, aantrekkelijke detailhandel en gevarieerde horeca is Nederland bijvoorbeeld geen aantrekkelijke vestigingsplaats voor kennisintensieve bedrijven. Binnen de groep van ruim 1,6 miljoen lager opgeleiden zijn grote verschillen: naar opleidingsachtergrond, perspectieven en arbeidsmarktpositie. Lager opgeleiden zijn vaker werkloos dan middelbaar en hoger opgeleiden (RWI, 2013).

Het kwalitatief onderzoek van Snoeren en Dekker-van Doorn (2007), naar de relatie tussen veranderingsprocessen en de leerstrategie van laagopgeleide medewerkers, geeft een aantal aandachtspunten weer. Met deze aandachtspunten kan rekening gehouden worden als een afdeling, met voornamelijk laagopgeleide, te maken krijgt met nieuwe werkzaamheden/taken waar scholing voor nodig is. Hier volgen de aandachtspunten uit het onderzoek:

1. Op basis van verschillende leerstijltheorieën kan uit het onderzoek geconstateerd worden dat lageropgeleiden een leerstrategie hanteren die concreet en ervaringsgericht is.
2. De leervermogens zoals analytische, metacognitieve en probleemoplossende vaardigheden onvoldoende ontwikkeld zijn bij laagopgeleide medewerkers. Dit zou de ontwikkeling van de leerfuncties, en daarmee het vermogen om te veranderen en te vernieuwen, kunnen bemoeilijken (Snoeren et al., 2005) Dit is onderbouwd vanuit de leerstijltheorie van Kolb.
3. Lager opgeleide medewerkers zijn graag uitvoerend bezig, gericht op de dagelijkse verzorging, van waaruit zij praktische knelpunten ervaren.
4. Er bestaan individuele verschillen in de wijze waarop medewerkers met veranderingen omgaan. Deze hangen samen met persoonlijkheid en opleidingsniveau, maar hebben weinig invloed op de manier waarop medewerkers als groep met zaken omgaan.
5. De veranderingsbereidheid bij laagopgeleide is klein omdat ze bestaande (werk)structuren: moeilijk kunnen loslaten, een hoge werkdruk ervaren, weinig voordelen zien van de verandering, zich onveilig voelen en onzeker zijn over het eigen

functioneren bij de invoering van deze veranderingen. Laagopgeleide medewerkers geven snel op wanneer het moeilijk wordt. Het niet blijven uitvoeren van de veranderingen kan ook komen omdat laagopgeleide medewerkers niet op de hoogte of het niet zijn eens met de gemaakte afspraken, de tijdsinvestering te groot vinden of nieuwe knelpunten ervaren.

6. Het niet plannen van het veranderingsproces: men spreekt meestal zaken mondeling af, plan van aanpak (als deze er is) wordt meestal door de leidinggevende geschreven. De laagopgeleide medewerkers bezitten hier over het algemeen de competenties niet voor.
Vooral complexe en meer abstracte veranderingen worden niet altijd (blijvend) uitgevoerd. Medewerkers zijn niet op de hoogte of het niet eens met de afspraken, vinden de tijdsinvestering te groot of ervaren nieuwe knelpunten. Daarnaast lukt het de medewerkers niet om bestaande werkwijzen, waar zij houvast aan ontleen, los te laten.
7. Een negatieve teamsamenwerking belemmert het uitwisselen van ervaringen en het leren van elkaar.
8. Laagopgeleide medewerkers reflecteren weinig op eigen gedrag en zijn geneigd de 'fout' of 'oorzaak' buiten zichzelf te zoeken. Evaluatie van de verandering gebeurt vaak op initiatief van de leidinggevende. Daarnaast wordt alleen de inhoud en niet het proces van de verandering geëvalueerd.
9. Problemen en ontwikkelingen op meer abstract niveau signaleren laagopgeleide medewerkers niet. Dit lijkt samen te hangen met het ontbreken van een overstijgende blik en een beperkt inzicht in meer complexe zaken.
10. Sociale en communicatieve vaardigheden zijn slechts in geringe mate aanwezig waardoor laagopgeleide medewerkers negatieve relaties niet zelfstandig kunnen ombuigen en geneigd zijn mee te gaan met de grote stroom.

Leren is pas mogelijk wanneer de voorwaarden om te leren gunstig genoeg zijn en mensen geholpen worden bij het leren (Terra et al, 2004).

Er zijn mensen die eerst graag precies willen weten hoe iets in zijn werk gaat. Ze willen weten wat de aanpak precies inhoudt en waarom die zo is. Zij willen zich er eerst een beeld van vormen en een antwoord krijgen op hun vragen, voordat ze de aanpak gaan uitproberen. Dit zijn de denkers. Daarnaast zijn er ook doeners, die liever eerst een aanpak proberen. Ze hebben geen behoefte aan een uitvoerige uitleg vooraf. Zij zullen eerder zeggen: 'Vertel me maar wat ik moet doen, dan kan ik het uitproberen' (Bolhuis & Simons, 2001).

Deze voorkeuren geven aan hoe iemand het liefst begint wanneer hij iets gaat leren, ze geven aan welke insteek hij kiest. Het feitelijk leren omvat zowel denken als doen. Er zijn ook verschillen in durf, in bereidheid om risico's te nemen. Leren betekent immers iets veranderen. Niet elke verandering is welkom. Leren houdt daarom altijd een risico in. Het leren kan mislukken en niet het gehoopte resultaat hebben. Zelfvertrouwen en attributiepatronen bepalen mede of mensen nieuwe dingen willen leren.

Mensen met een positief zelfbeeld en met succesgerichte attributiepatronen zijn over het algemeen in hoge mate bereid om een leerproces aan te gaan. Mensen die minder vertrouwen hebben en mislukkinggerichte attributiepatronen hebben, wagen zich minder gauw aan het leren van iets nieuws (Bolhuis, 2001). Mensen die liever op safe spelen, nemen liever kleine stappen bij het leren. Ze zorgen voor veiligheid en een grote kans op succes: liever een klein stapje vooruit dan dat iets mislukt (Terra et al, 2004). Als je van tevoren nagaat wat de leerstijl is van het team door middel van een enquête of leerstijltest weet je of er meer denkers of doeners aanwezig zijn. Daarop kan de strategie om kennis te vergroten op aangepast worden.

Ook zijn er verschillen in leren wat betreft individueel of samen leren. Voor sommige mensen motiveert het meer om een oplossing op eigen kracht te bedenken en uit te proberen. Ze stellen ongevraagde adviezen en aanwijzingen op dat moment niet op prijs (Terra et al, 2004). Stel dat dit op de afdeling Miró 2 heerst, dan zal nieuwe informatie en/of een nieuw protocol gaan gebruiken, nooit werken. Deze medewerkers vragen pas om informatie wanneer ze er zelf niet meer uitkomen. Pas dan staan ze er open voor. Anderen vinden het prettiger om samen met anderen iets te weten te komen of uit te proberen. Zij zoeken eerder naar steun en inbreng van anderen. Met anderen erover praten en samen uitproberen helpt hen over drempels heen en stimuleert hen (Terra et al, 2004).

Steun en aanmoediging zijn nog belangrijker wanneer een aanpak pas op langere termijn iets positiefs oplevert of pas op lange termijn de kans op complicaties verkleint. Samen een concreet en uitvoerbaar plan opstellen zorgt voor de broodnodige ondersteuning. Door tussentijdse doelen te stellen die op korte termijn zijn te realiseren en vorderingen te registreren kun je positieve resultaten boeken (Schmitz, 1996; Roter, 1998; Gustafsson, 1999 in Terra et al, 2004).

De stappenreeks Openstaan, Begrijpen, Willen, Kunnen en Blijven Doen van Terra et al (2004) zijn belangrijk bij het vormen van een draagvlak. Door hiermee rekening te houden kun je weloverwogen keuzes maken. Openstaan voor informatie wijst naar het vermogen van de verpleegkundige en andere zorgverleners om aandacht te hebben voor informatie, om de aandacht te richten op bijvoorbeeld het zoeken van oplossingen. De samenwerkingsrelatie heeft veel invloed op de stap Openstaan. Oog hebben voor wat, in dit geval, het team bezighoudt en welke behoeften en prioriteiten daarbij horen is van belang (Terra et al, 2004).

Door Van Bragt et al is er in het leerjaar 2003/2004 onderzoek gedaan omtrent de verschillen met betrekking tot verschillen in leerstijl- en persoonlijkheidskenmerken tussen HBO-starters met een MBO en een VO-achtergrond. Hieruit zijn 5 significante en duidelijke effecten gekomen: MBO-ers scoren hoger dan VO-ers op testgerichtheid, persoonlijke interesse, concrete verwerking, openheid, zorgvuldigheid en opbouwen van kennis (Van Bragt, onbekend).

Uit een ander onderzoek van Van Bragt (2010) kwam naar voren dat 'gewetensvolle' studenten met hun studie zullen doorgaan. Studenten die hoog scoren op onvriendelijkheid en ongeorganiseerd zijn lopen meer kans de studie voortijdig te beëindigen.

2.5.3 Het leervermogen van een team

Voorwaarden voor een lerende organisatie en een lerend team hangt volgens Kessels & Keursten (2001 in Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007) af van de volgende zeven samenhangende leerfuncties, namelijk:

1. het verwerven van materiedeskundigheid en vakkennis die samenhangen met de inhoudelijke vraagstukken van de organisatie;
2. het leren opsporen en oplossen van problemen met behulp van deze materiedeskundigheid;
3. het ontwikkelen van reflectieve vaardigheden en metacognities voor leren, om de eigen leer- en denkprocessen te sturen en te verbeteren;
4. het verwerven van communicatieve en sociale vaardigheden die toegang verschaffen tot het netwerk en de kennis van anderen en het leerklimaat veraangename;
5. het verwerven van vaardigheden voor het reguleren van motivatie en affecties rond het werken en leren;
6. het bevorderen van rust en stabiliteit, zodat verdieping en verbetering mogelijk worden;
7. het creëren van creatieve onrust, die aanzet tot innovatie en waarbij er een goede balans is met de vorige leerfunctie.

Omdat de ontwikkeling van competenties beïnvloed wordt door de wijze waarop men leert (Simons, 1999 in Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007), dient het inrichten van een lerende organisatie in relatie gezien te worden met de manier van leren, de zogenaamde leerstijl of leerstrategie (Snoeren et al., 2005 in Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007)

Onderzoek heeft aangetoond dat de aard en kracht van aanwezige leerfuncties positief samenhangen met het vermogen van de organisatie om zich te verbeteren en te vernieuwen (Kessels et al., 1998 en Lakerveld van et al., 2000 in Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007) Wetenschappelijk onderzoek naar de leerstrategie van laagopgeleide medewerkers binnen de gezondheidszorg ontbreekt. Om tot leren te komen is het volgens Kolb noodzakelijk alle fasen van de leercyclus te doorlopen (zie 2.5.1). Dit vraagt om analytisch vermogen, terwijl dit bij laagopgeleide medewerkers in mindere mate aanwezig is. Daarnaast heeft Van Dijk (2002) ontdekt dat vaardigheden rond het sturen van leerprocessen bij hen ook niet of nauwelijks ontwikkeld zijn, wat consequenties kan hebben voor het sturen van het eigen leren (zie paragraaf 2.5.2). De leerstrategie van laagopgeleide medewerkers lijkt dan ook te leiden tot een verminderd veranderend vermogen van de organisatie (Snoeren et al., 2005 in Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007).

Zorgorganisaties die veranderingen willen stimuleren zouden beleid en interventies moeten afstemmen op de leerstrategie van medewerkers en organisatiestructuren moeten creëren die leren stimuleren. Zijn er laagopgeleide medewerkers bij betrokken dan zijn suggesties hiervoor:

- stimuleer werkplekleren en zet praktijkondersteuners of hogeropgeleide teamleden in die nieuwe kennis inbrengen, reflectie stimuleren en de context verduidelijken;
- zorg voor randvoorwaarden als tijd en geld;
- stimuleer specialisatie binnen teams door gebruik te maken van individuele kwaliteiten van medewerkers;
- geef leidinggevendend autonomie en stel eisen aan opleiding en ervaring, aangevuld met scholing gericht op beïnvloeding van de leerstrategie van laagopgeleide medewerkers;
- creëer kleine, heterogene teams, door werving, selectie en jobrotation hierop af te stemmen;
- leg verantwoordelijkheden en bevoegdheden zo laag mogelijk in de organisatie, stimuleer collectief leren door verticale en horizontale communicatie en nodig medewerkers uit mee te denken en ideeën aan te dragen;
- creëer een positief werkklimaat door leiderschap, teambuilding en samenwerking te stimuleren.

(Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007)

2.5.4 Onderzoek naar leren door volwassenen

In Nederland is er nog weinig bekend over leeractiviteiten van volwassenen, vooral als het gaat om activiteiten die buiten het reguliere onderwijs vallen. Gezien het belang dat aan leven lang leren wordt gehecht, is er vanuit de Europese Unie vraag naar meer gedetailleerde, internationaal vergelijkbare informatie over de leeractiviteiten van volwassenen. Om aan die vraag te voldoen, heeft het CBS in februari-maart 2008 voor het eerst hierover informatie verzameld in de Adult Education Survey (AES). Daarbij ligt de focus op mensen in de werkzame beroepsbevolking die in de voorgaande twaalf maanden ten minste één korte werkgerelateerde cursus gevolgd hebben.

De AES is een onderzoek naar leeractiviteiten van volwassenen, dat in de toekomst eens per vijf jaar op basis van een Europese verordening in alle lidstaten van de Europese Unie zal worden uitgevoerd. De AES bevat onder meer gedetailleerde informatie over deelname van volwassenen aan (een breed scala van) opleidingen (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

In het voorjaar van 2008 is door het CBS een AES pilotstudie verricht waarbij informatie is verzameld over de cursusdeelnemers in de voorgaande twaalf maanden. Voor de AES werd gebruik gemaakt van de huishoudenssteekproef van de Enquête beroepsbevolking (EBB). Uit elk huishouden in de EBB-steekproef is één persoon van 25 tot 65 jaar geworven voor een schriftelijke AES-vragenlijst in de maanden februari–maart 2008. De steekproef bestond uit bijna 4,7 duizend personen (Pleijers & Nieuweboer, 2009). Een groot aantal deelnemers volgden cursussen op het gebied van gezondheidszorg en opvoeding en ICT. Een verklaring voor de grote deelname aan cursussen op het gebied van gezondheid en opvoeding is dat de gezondheids- en welzijnszorg de grootste bedrijfsklasse is. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat juist in deze branche veel vaardigheden getraind en bijgehouden moeten worden vanwege de snelle ontwikkelingen in dit vakgebied. Dit is niet verder onderzocht (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

2.6 Is scholing een waardevolle investering?

De effecten die hieronder beschreven worden geven eerst de meerwaarde van bedrijfsscholing aan voor het functioneren van een bedrijf als geheel. Daarna wordt ook de opbrengst van scholing vanuit de individuele werknemer en de leerling beschreven.

2.6.1 Voor bedrijven

In de afgelopen jaren zijn vooral studies verricht naar het economische rendement van scholing van werknemers. Dit onderzoek vindt nog niet in veel landen systematisch plaats. In deze studies is getracht om kosten- en batenanalyses uit te voeren en te kwantificeren in financiële termen. De baten voor een bedrijf worden in deze economische studies gelijkgesteld aan de extra productie die beter geschoolde werknemers leveren.

Kwalitatieve effecten zijn lastiger aan te tonen in onderzoek. Dit betekent echter niet dat zij minder belangrijk zijn. Kwalitatieve effecten die bedrijven zelf hebben ervaren naar aanleiding van opleidingsprogramma's zijn bijvoorbeeld:

- bevordering van de deskundigheid van het personeel;
- verhoging van de werkmotivatie van werknemers;
- bevordering van de teamgeest;
- toename van de leergierigheid van personeelsleden.

Bedrijfsresultaten als laag verloop, laag ziekteverzuim, prettige sfeer en daardoor tevreden klanten worden eveneens in verband gebracht met scholing. Kanttekening daarbij is dat scholing veelal een onderdeel is van een groter geheel aan maatregelen en dat de effecten van scholing niet kunnen worden losgekoppeld van effecten van andere investeringen in het personeel (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

- In diverse onderzoeken is aangetoond dat scholing van werknemers leidt tot een toename van de productiviteit in bedrijven. Daarnaast heeft scholing over het algemeen een positief effect op de lonen van werknemers. Het productiviteitseffect blijkt groter te zijn dan het looneffect. Dit betekent dat scholing van werknemers een winstgevend activiteit is voor bedrijven (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

- In ander onderzoek is een sterk positief verband tussen opleidingsinspanning en bedrijfsprestatie aangetoond. Er zijn zichtbare positieve effecten op de financiële resultaten, op winst- en omzetcijfers en op de continuïteit van bedrijven (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

- Uit weer een ander onderzoek is gebleken dat bedrijfsopleidingen de productiviteit van grote en kleine bedrijven verhogen. Het positieve effect blijkt echter sterk samen te hangen met de mate waarin cursisten worden begeleid vanuit het bedrijf waar zij werkzaam zijn. Meer begeleiding leidt tot een hogere productiviteit (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

- De leerling brengt een schat aan nieuwe informatie en kennis mee. Dit is een impuls voor de lerende organisatie. Bovendien wordt door te investeren in het opleiden van toekomstige beroepskrachten ook een impuls gegeven aan het leerklimaat binnen de totale organisatie en het continue leerproces van de medewerkers (Gielis & Kanter, 2004).

2.6.2 Voor werknemers

De opbrengsten van scholing voor individuele werknemers kunnen zeer divers zijn. Hierbij kan gedacht worden aan:

- ingedeeld worden in een hogere salarisgroep of -schaal;
- verbetering van secundaire arbeidsvoorwaarden is een andere mogelijkheid;
- meer baan- en/of werkzekerheid;
- grotere mobiliteit, meer flexibiliteit (de werknemer heeft meer mogelijkheden om van functie te veranderen, zowel bij de huidige werkgever als bij een andere werkgever);
- sneller succes bij het zoeken naar een andere baan;
- betere aansluiting tussen persoonlijke kennis/vaardigheden en functievereisten;
- meer mogelijkheden om de eigen arbeidsomstandigheden te verbeteren, veiliger werk en kleinere kans op ongelukken en letsel;
- inhoudelijk aantrekkelijker werk;
- meer arbeidstevredenheid
- positieve effecten zoals verhoging van het algemeen welbevinden of een betere gezondheid.

(Brouwers & Van der Burgh, 2000).

2.6.3 Voor de leerling

Scholing op de werkplek volgen biedt voor leerlingen een contextrijke leeromgeving die de meest adequate voorbereiding biedt op een loopbaan. (zie paragraaf 2.4.1) Het levert de leerling een concreet beroepsbeeld en voldoende competenties om employabel (geestelijk fit, maar zeker ook lichamelijk) de arbeidsmarkt te betreden (Gielis & Kanter, 2004).

2.6.4 Win-win situaties

De kans op positieve effecten voor werkgever en werknemer is groter wanneer de scholing niet alleen is afgestemd op de behoeften van de organisatie, maar ook voldoende aansluit bij de scholingsbehoefte van de werknemer (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Ieder bedrijf is gebaat bij een werknemer die dankzij scholing flexibel inzetbaar is, betere kwaliteit levert, veiliger werkt etc. Vaak zullen scholingsactiviteiten zowel gunstige effecten hebben voor de organisatie als voor de individuele werknemer. Wanneer een werknemer zijn deskundigheid vergroot en zijn werk aantrekkelijker vindt, zal ook het bedrijf waarin hij werkzaam is daarvan de vruchten plukken.

Een scholingssituatie die zowel opbrengsten heeft voor de werknemers als voor het bedrijf is aantrekkelijk en misschien ook wel noodzakelijk om op het niveau van de gehele organisatie de gewenste resultaten te bereiken (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Voor de school/opleiding is het ook aantrekkelijk om de leeromgeving centraal te stellen. Het levert hen aantrekkelijk en effectief onderwijs op dat aansluit op de wensen vanuit de leerbedrijven. Leerlingen zullen de school als aantrekkelijker en zinvoller ervaren, terwijl het werkveld de school als een essentiële en deskundige samenwerkingspartner zal zien (Gielis & Kanter, 2004).

In 2009 hebben 4 studenten van de hbo-verpleegkunde in Leeuwarden een onderzoek gedaan naar de tevredenheid van medewerkers die bij een thuiszorgorganisatie in een leerteam werken.

Op de stelling: *'Als medewerker vind ik dat stagiaires een bijdrage leveren aan mijn ontwikkeling op het vakgebied'*, wordt in de regio's waar een leerteam aanwezig is goed gescoord. De aanwezigheid van stagiaires zorgt voor een constante instroom en uitwisseling van kennis. Op de stelling of stagiaires een zichtbare bijdrage leveren aan kwaliteitszorg scoort de regio waar het leerteam het langst aanwezig is, het hoogst. Eén van de doelstellingen van een leerteam is dat het een bijdrage levert aan kwaliteit van zorg. De leerteams wisselen continu van samenstelling en brengen nieuwe invalshoeken en ideeën in. Studenten schudden de boel op in 'vergrijzend thuiszorgland'. Ook scoren medewerkers met een leerteam beter op de stelling ik neem initiatief om kwaliteitsverbeteringen voor te stellen (Haarhuis, 2009).

Er is minder banenverlies als de baas de scholing betaald. Ongeveer 3% van de werkzame personen die op kosten van de baas scholing volgden, zat één jaar later zonder werk, tegenover ruim 9 procent bij opleidingen die zelf zijn bekostigd. 'Waarschijnlijk speelt het bedrijf waar men werkzaam is hierin een belangrijke rol. Zo hebben onder andere bedrijven die er financieel goed voor staan meer mogelijkheden om te investeren in hun personeel. Deze bedrijven zullen één jaar later nog steeds bestaan en vooral scholing bieden aan werknemers die ze willen behouden. Andersom geldt dat financieel minder gezonde bedrijven weinig kunnen investeren in hun personeel. Deze personen lopen vanwege het bedrijf waar ze werken een groter risico om één jaar later zonder werk te zitten' (CBS, 2010).

2.7 Evaluatie van scholing

Evaluatie van scholing wordt in bedrijven vaak niet of niet systematisch aangepakt. Dit kan verschillende oorzaken of redenen hebben:

- Evalueren kost tijd en dus geld. De kosten van evaluaties zijn relatief hoog. Dit kan bedrijven ervan weerhouden om evaluaties uit te voeren. De budgetten die beschikbaar zijn voor scholing wil men misschien liever besteden aan de uitvoering van de opleiding.
- Een knelpunt is verder dat er weinig praktisch bruikbare methoden en technieken beschikbaar zijn voor evaluaties op het niveau van werkgedrag en organisatie. Het probleem ligt niet zozeer bij het meten van kennistoename. Deze kan immers schriftelijk of mondeling worden getoetst. Veel moeilijker is het om te bepalen óf en hóe de werknemer het geleerde in de praktijk toepast. Het gaat dan om het meten van veranderingen in vaardigheden en (werk)gedrag van werknemers (Brouwers & Van der Burgh, 2000).

Ervaren knelpunten worden verminderd door leiderschap en scholingsvormen waarin werken en leren met elkaar verbonden zijn, zoals bij werkplekleren. Deze interventies lijken succesvol, omdat zij aansluiten bij de leerstrategie van medewerkers. Reflectie, het doorlopen van de leercyclus en de ontwikkeling van de leerfuncties moeten gestimuleerd worden (Snoeren & Dekker-van Doorn, 2007).

2.8 Fasen in het scholingstraject

Scholing van werknemers kan in grote lijnen in drie fasen worden verdeeld.

Die drie fasen van scholing zijn:

- voorbereiding
- ontwikkeling en uitvoering
- nazorg

Het blijkt dat opleidingen in een bedrijf positiever worden beoordeeld naarmate er meer strategische afstemming heeft plaatsgevonden. Dit impliceert dat alle belanghebbenden (werknemers die scholing gaan volgen, leidinggevenden) zo veel mogelijk worden betrokken bij het afstemmen van scholingsactiviteiten en doelen. In onderlinge samenwerking moeten zij tot consensus komen over de probleemformulering en op welke manier dat met scholingsactiviteiten kan worden opgelost. Onvoldoende deelname van betrokkenen kan het gevolg hebben dat er negatief over het afstemmingsproces

wordt geoordeeld. Het gevaar bestaat dat mensen niet voldoende gemotiveerd zijn voor een opleiding, cursus of training (Brouwers & van der Burgh, 2000).

In de praktijk lijkt het voorgaande vaak een struikelblok te zijn voor organisaties. Er worden veelal cursussen en opleidingen gegeven die veelbelovend zijn, maar daarentegen geen antwoord geven op het probleem van een bedrijf. Werkgevers vragen zich vaak niet af of de kennis en vaardigheden die de deelnemers opdoen en ontwikkelen wel de kennis of vaardigheden zijn waaraan het bedrijf behoefte heeft. Het geringe effect van cursussen ligt dan niet aan de kwaliteit van de opleiding of de motivatie van de cursist, maar aan de slechte voorbereiding door werkgevers. Scholingsactiviteiten dienen goed afgestemd te worden op de scholingsbehoeften binnen een bedrijf. Om dit te realiseren, zou er volgens deskundigen veel meer overleg moeten plaatsvinden tussen het management, de opleidings- of personeelsafdeling en de operationele afdelingen (Brouwers & van der Burgh, 2000).

Anticiperen op toepassing in de praktijk

Nog voordat de scholing start, zou al moeten worden nagedacht over de manier waarop de werknemers het geleerde in de praktijk kunnen brengen en hoe zij daarin begeleid kunnen worden. Coaching en feedback blijken de kans op een succesvolle toepassing in het werkgedrag te verhogen (Brouwers & van der Burgh, 2000).

Doordachte opzet of inkoop van scholingsactiviteiten

Nadat de problemen helder zijn geformuleerd en de doelen en opleidingsbehoeften zijn vastgesteld, kan worden begonnen met de ontwikkeling van de opleiding, cursus of training, of indien het bedrijf dit uitbesteedt, de inkoop van scholingsactiviteiten. Hierbij is het belangrijk ervoor te zorgen dat de inhoud en vorm van de scholing aansluiten bij de vastgestelde opleidingsdoelen (Brouwers & van der Burgh, 2000).

2.8.1 Nazorg

Anders dan de term 'nazorg' doet vermoeden, begint deze taak al gedurende de looptijd van de scholingsactiviteit. Als een scholingsactiviteit eenmaal loopt, is het van belang om ervoor te zorgen dat de deelnemende werknemers het geleerde in de praktijk toepassen. Hier ligt een belangrijke taak voor de leidinggevenden.

De leidinggevende kan werknemers helpen en stimuleren om het geleerde in het werkgedrag toe te passen door tijdens de cursus, opleiding of training, interesse te tonen en met de werknemers te praten over de inhoud en de toepassing van het geleerde. Daarbij is het van belang dat de leidinggevende positieve feedback geeft. Ook kan de leidinggevende helpen om betere omstandigheden te creëren waardoor de werknemers het geleerde beter kunnen oefenen in de praktijk. Een bijkomend voordeel is dat de leidinggevende de uitkomsten van de scholing op het niveau van werkgedrag kan volgen en waar nodig kan bijsturen. De begeleiding en coaching dienen te worden voortgezet na afloop van de cursus (Brouwers & van der Burgh, 2000).

2.9 Kenmerken cursusdeelname naar achtergrondkenmerken

Er is getoetst welke achtergrondkenmerken (persoonskenmerken, baan- of bedrijfskenmerken) samenhangen met het al dan niet deelnemen aan een werkgerelateerde cursus. De getoetste kenmerken zijn leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, arbeidsrelatie, aanstellingsomvang, aantal dienstjaren, bedrijfsgrootte en bedrijfstak (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

Deelname aan werkgerelateerde cursussen neemt af met de leeftijd, en is groter voor mensen met een vast dienstverband, die voltijd werken, en voor grote bedrijven werken (100 of meer werknemers). Echter, deze patronen blijken vooral samen te hangen met het opleidingsniveau van de cursusdeelnemers.

Er zijn geen aanwijzingen dat leeftijd, geslacht, arbeidsrelatie en dienstjaren een significante bijdrage leveren aan de deelname aan een werkgerelateerde, korte cursus (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

Hoogopgeleide cursisten noemen relatief vaker redenen waaruit een pro-actieve houding blijkt. Zestig procent volgt de cursus om het werk beter te kunnen doen of om meer kans te hebben op het vinden of veranderen van een baan. Voor laagopgeleide cursisten is dit 47 procent. Zij noemen weer veel vaker passieve redenen, zoals het verplichtende karakter van de cursus of een focus op het behalen van een certificaat.

Het lijkt erop dat relatief veel laagopgeleiden door hun werkgever verplicht worden aan de cursus deel te nemen (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

Tweemaal zoveel laagopgeleiden dan hoogopgeleiden volgen een cursus die een wettelijk erkend diploma oplevert. Voor hoogopgeleiden lijkt de noodzaak van een extra certificaat naast hun toch al hogere opleiding minder aanwezig.

Van de hoger opgeleiden volgt ruim de helft een cursus die aangeboden wordt door een officieel opleidings- of trainingsinstituut. Van de laagopgeleiden een kwart. Van de laagopgeleiden volgt meer dan de helft en van de hoogopgeleiden bijna een derde een cursus die wordt aangeboden door de werkgever (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

Volgens een opleidingen-enquête die het weekblad intermediair (Vos, 1999) heeft verricht onder 2000 hoger opgeleiden, worden werknemers steeds meer kritische consumenten die alleen tijd en energie willen steken in scholing indien dit voor hun eigen positie binnen het bedrijf of op de arbeidsmarkt voordelen heeft. Ze besteden de laatste jaren steeds minder aandacht aan scholing. In 1996 brachten academici en mensen met een hbo-opleiding nog vijf weken per jaar door met het volgen van cursussen. Dat is nu nog de helft. Volgens een ingewijde is de scholingseuforie voorbij. Iedereen is nu wel een aantal keren een dagje eruit geweest, de lol is er af. Zeker omdat het rendement vaak tegenvalt. (Vos, 1999)

Een uitspraak als 'Ze zijn naar cursus geweest, maar daar merk je niets van' vat de frustratie die te maken heeft met onbegrip voor het fenomeen leren goed samen. Een breder begrip van leren zoals dat plaatsvindt is nodig om sturing te kunnen geven aan het gewenste leren in hedendaagse organisaties (Bolhuis & Simons, 2001).

Mensen gaan zich drukken om niet op cursus te hoeven. Management- en organisatiecursussen zijn nog wel populair. Mannen volgen meer, langere en duurdere (gemiddeld 5.400 euro) opleidingen. Vrouwen moeten het voor gemiddeld 3.400 euro doen (Vos, 1999).

Driekwart van de laagopgeleide cursusdeelnemers krijgt het inschrijf-, les- en examengeld vergoed. Zij moeten de cursus vaker geheel of gedeeltelijk zelf betalen dan de middelbaar- en hoogopgeleiden. Bijna een op de vijf laagopgeleide cursusdeelnemers krijgt geen enkele vergoeding van de werkgever. Van de hoogopgeleiden krijgt 92 procent de cursuskosten vergoed (Pleijers & Nieuweboer, 2009).

Conclusie

In het voorgaande is er met behulp van diverse bronnen een indruk gegeven van de veelomvattendheid van scholing van werknemers en de diversiteit aan vormen waarin scholingsactiviteiten kunnen worden gegoten.

Het aanbod aan scholing van werknemers is zeer gevarieerd. Er kunnen veel verschillende scholingsvormen worden onderscheiden die tevens in combinatie met elkaar kunnen voorkomen.

De geschiktheid van een bepaalde scholingsvorm kan niet op voorhand worden bepaald. Dit zal per bedrijf en per situatie moeten worden bekeken. Wel zou er rekening mee gehouden moeten worden dat laagopgeleide medewerkers op concrete en actieve wijze leren. Inspelen op de leerstrategie, door leiderschap en actieve scholingsvormen op de werkplek, stimuleert de ontwikkeling van leerfuncties. Daarnaast zou een ontwikkelingsgerichte omgeving een positieve invloed op veranderingsprocessen hebben. Collectief leren is dan een goede oplossing.

Ondanks de diversiteit binnen scholingsactiviteiten, kunnen gemeenschappelijke kenmerken worden vastgesteld. Van belang is dat het leeractiviteiten zijn die doelbewust worden ingezet, namelijk om het functioneren van werknemers en de organisatie direct dan wel indirect positief te beïnvloeden.

Ook is van belang dat de werkgever de kosten gedeeltelijk of volledig voor zijn rekening neemt. Een scholingsvorm die aan populariteit wint, is scholing op de werkplek. Binnen deze scholingsvorm zijn eveneens variaties mogelijk.

Het is bij voorbaat ook niet te zeggen of bepaalde vormen beter of slechter zijn of meer of minder goede resultaten opleveren. Per situatie zal moeten worden bekeken welke vorm van scholing het meest in aanmerking komt. De geschiktheid van een scholingsvorm is bijvoorbeeld mede afhankelijk van het doel dat met scholing moet worden bereikt.

Behalve effectiviteitscriteria kunnen ook andere argumenten, bijvoorbeeld de financiële ruimte die het bedrijf heeft, een rol spelen in de keuze van een bepaalde scholingsvorm.

Scholing kan de bedrijfsresultaten positief beïnvloeden, bijvoorbeeld door verhoging van de productiviteit, vermindering van het ziekteverzuim, verbetering in de kwaliteit van de productie of dienstverlening. Deze effecten zijn meetbaar in een organisatie.

Het is duidelijk dat scholing voor organisaties en hun werknemers van toegevoegde waarde is. Het is van belang dat de werkgever rekening houdt met de scholingsbehoeften van de werknemer. Een zeker risico dat de werknemer het geleerde elders in praktijk brengt, is aanwezig.

Bijlage 3 Scholing in de gezondheidszorg

Verplegen is een vak waar hoofd, hart en handen voor nodig zijn. Daarnaast adequate kennis en een gedegen opleiding. Een goed doordachte visie, ontwikkeling van sociale vaardigheden, een blijvende kritische opstelling als een soort zesde zintuig is nodig, evenals een menselijke benadering. Als zorgverlener moet je blijven leren. Dat voorkomt dat je vastroest in oude gewoonten. Kennis en vaardigheden moeten daarom voortdurend worden bijgesteld of uitgebouwd. (Hunink et al, 2011).

Het structureel bevorderen van de deskundigheid is complex en vraagt om specifieke vaardigheden. Werkgevers en cliëntenorganisaties hebben er ook belang bij dat de zorgverleners deskundig blijven. Als er in de verpleegkunde over deskundigheid wordt gesproken, dan wordt daar ook vakbekwaamheid mee bedoeld (Hunink et al, 2011). In deze bijlage meer over hoe scholing in de gezondheidszorg geregeld wordt en hoe er met de diverse niveaus van medewerkers rekening gehouden zou kunnen worden.

3.1 Kwalificatieniveaus

Vanaf 1997 zijn er op vijf kwalificatieniveaus basisopleidingen. De indeling loopt van 1 tot en met 5. De hbo-v'er is daarvan de hoogst opgeleide (Hunink et al, 2011).

In de tabel hieronder staan ze op kwalificatieniveau.

Basisopleiding	Kwalificatieniveau
Zorghulp	1
Helpende	2
Verzorgende (IG)	3
Mbo-verpleegkundige	4
Hbo-verpleegkundige	5

Tabel 2

De kwalificatiestructuur voor de verpleging en verzorging is opgesteld in overleg met alle betrokken partijen (zie tabel) en staat beschreven in het rapport "Gekwalificeerd voor de toekomst" (Hunink et al, 2011).

Op papier is de kwalificatiestructuur een mooi ontwerp, maar er is geen landelijk gecoördineerd implementatieproces geweest. Nog steeds ontbreekt in veel instellingen een goede aansluiting tussen opleidingen en functies. In veel gevallen komen mbo- en hbo-opgeleiden na hun opleiding nog steeds in dezelfde functie terecht. De competenties van de hbo-v'er worden daardoor niet altijd goed benut (Hunink et al, 2011).

Het beroep verpleegkundige is één van de wettelijk geregelde beroepen. Behalve dat verpleegkundigen dus bevoegd moeten zijn, moeten zij ook bekwaam zijn in hun vak. Dat houdt in dat zij het vermogen moeten hebben om in specifieke situaties te handelen. De wet BIG hanteert de begrippen bevoegd en bekwaam om deskundigheid aan te geven (Hunink et al, 2011).

3.1.1 De zorghulp

Als zorghulp help je cliënten onder andere met het doen van het huishouden en dagelijkse activiteiten, zoals eten klaarmaken of boodschappen doen. Een belangrijk onderdeel van deze éénjarige opleiding is de beroepspraktijkvorming. Hierin wordt ervaring opgedaan en wordt de theorie uit de opleiding in de praktijk gebracht. Tijdens de beroepsopleidende leerweg (BOL) is 20% van de studietijd praktijk, in de vorm van stages. Bij de beroepsbegeleidende leerweg (BBL), is ongeveer 70% van de studietijd leren in de praktijk. Daar wordt salaris voor ontvangen (openarmen.nl, 2013).

3.1.2 De helpende

Als helpende geef je de beste zorg en ondersteuning aan verschillende soorten cliënten, zoals ouderen, kinderen, gehandicapten, daklozen of mensen met psychische problemen. Een belangrijk onderdeel van deze tweejarige opleiding is de beroepspraktijkvorming. Hierin wordt ervaring opgedaan en de theorie uit de opleiding in de praktijk gebracht. Tijdens de beroepsopleidende leerweg (BOL) wordt minimaal 20% van de studietijd in de praktijk doorgebracht, in de vorm van stages. In de beroepsbegeleidende leerweg (BBL) is minimaal 70 procent van de studietijd werkend leren. Hiervoor wordt salaris ontvangen (openarmen.nl, 2013).

3.1.3 De verzorgende-IG

Als verzorgende-IG (individuele gezondheidszorg) bied je ondersteuning aan mensen die zorg nodig hebben, bijvoorbeeld hulp bij de persoonlijke verzorging of bij het huishouden.

Een belangrijk onderdeel van deze driejarige opleiding is de beroepspraktijkvorming. Hierin wordt ervaring opgedaan en de theorie uit de opleiding in de praktijk gebracht. Tijdens de beroepsopleidende leerweg (BOL) wordt minimaal 20 procent van de studietijd aan praktijk besteed, in de vorm van stages. In de beroepsbegeleidende leerweg (BBL) is minimaal 60 procent van de studietijd werkend leren. Hiervoor wordt salaris ontvangen (openarmen.nl, 2013).

3.1.4 De mbo-verpleegkundige

De opleiding mbo-verpleegkundige is erg breed opgezet. Er zijn vier verschillende richtingen, waarbij werkzaamheden voornamelijk zelfstandig uitgevoerd worden. Tot het mbo word je toegelaten als je reeds enkele jaren voortgezet onderwijs hebt gehad, meestal een VMBO-opleiding of enkele jaren HAVO of VWO.

Voor deze niveau 4 (Specialisten/Middenkaderopleiding) is minimaal een VMBO-diploma (Kaderberoepsgerichte leerweg, Gemengde leerweg of Theoretische leerweg) of overgangsbewijs van HAVO/VWO naar HAVO /VWO 4 nodig.

Er zijn vier richtingen. Namelijk:

- Mbo-Verpleegkundige in Ziekenhuizen (ZH);
- Mbo-Verpleegkundige in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT);
- Mbo-Verpleegkundige in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);
- Mbo-Verpleegkundige in de Gehandicaptenzorg (GHZ).

De opleiding kan voltijd BOL, BBL en deeltijd BOL gevolgd worden (ROC.nl, 2013).

3.1.5 De hbo-verpleegkundige

Een verpleegkundige op niveau 5 kan in diverse werkelden aan de slag. Bijvoorbeeld in de thuiszorg, ziekenhuis, verpleeghuis, psychiatrische instelling, bij jeugdgezondheidszorg of in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Er kan ook voor gekozen worden om in te stromen op een masteropleiding aan een hogeschool of universiteit. Daarnaast zijn er nog specialistische vervolgoopleidingen, zoals Endoscopieverpleegkundige, Brandwondenverpleegkundige, Cardiac Care Verpleegkundige, Reumaverpleegkundige en Mama Care Verpleegkundige (openarmen.nl, 2013).

Een belangrijke taak van de (hbo)verpleegkundigen is het actief bevorderen van deskundigheid. De eigen deskundigheid als professional en ook die van collega's. Met behulp van deskundigheidbevordering worden kennis, vaardigheden en competenties opgebouwd om voor deze aansluiting te zorgen.

Doel van deskundigheidsbevordering is dat de samenleving kan blijven vertrouwen op vakkundige verpleegkundigen (Hunink et al, 2011).

Het is een vierjarige opleiding. De meeste lessen worden het eerste jaar (de propedeuse) gevolgd in een groep van ongeveer twaalf studenten. Elke groep is gekoppeld aan een vast docententeam. Na een half jaar wisselen de groepen zodat je ook andere studenten leert kennen. In de hoofdfase wordt de ene helft van het jaar stage gelopen, de andere helft bestaat uit een mix van theorie (probleem gestuurd onderwijs, colleges), projecten en vaardigheden. De opleiding wordt afgesloten met een afstudeerproject.

Met een vwo-diploma, is er een groep met alleen maar vwo-scholieren. Zij volgen een speciaal programma dat sneller door de theorie gaat. De opleiding duurt dan drie tot drie en een half jaar (Fontys.nl, 2013).

Als mbo-verpleegkundige is het mogelijk de Bacheloropleiding Verpleegkunde in twee tot twee en half jaar af te ronden. De start is samen met andere mbo-verpleegkundigen, in het tweede jaar van de opleiding waarin veel theorielessen die speciaal afgestemd zijn op de kennis die er als mbo-verpleegkundige is. Daarna volgen twee stages van een half jaar en een periode van afstuderen (Fontys.nl, 2013).

De opleiding kan ook in deeltijd gevolgd worden. In deeltijd ga je één dag in de week naar school en toch in vier jaar afstuderen. De groepen zijn klein (ook ongeveer twaalf studenten) en meestal zeer gevarieerd. Studenten met en zonder zorgachtergrond, jong(er) en oud(er) en meestal met een baan ernaast. Maar allemaal met hetzelfde doel: hbo-verpleegkundige worden. De inhoud is bijna gelijk aan de voltijd opleiding (Fontys.nl, 2013).

Duaal leren is ook mogelijk. Om op de duale opleidingsplaats te komen, moet eerst de twee jaars voltijd opleiding gevolgd worden. Daarna ben je als student werkzaam in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en ga je één dag in de week naar de opleiding. Hiervoor moet je dan al wel je één stage volbracht hebben in de algemene gezondheidszorg (AGZ).

Daarnaast heb je ook de branchegerichte opleiding. Deze is speciaal bedoeld voor mbo-verpleegkundigen die al werken op een afdeling van waaruit je de hbo-opleiding Verpleegkunde kunt doen (Fontys.nl, 2013).

3.2 Levenslang leren

De ontwikkelingen in de maatschappij en in de zorg leiden ertoe dat verpleegkundigen zich voortdurend nieuwe vaardigheden en kennis eigen moeten maken. Het is een onderdeel van de verpleegkundige beroepshouding om continue te blijven leren. Daarvoor is het ook nodig om inzicht te hebben in de wijze waarop je leert (zie 2.5.1, de leerstijl, in bijlage 2). Het levenslang leren is een cyclisch proces. (Hunink et al, 2011). Zelfreflectie is de basis voor het ontwikkelen en uitdragen van een levenslange leerhouding. Het geeft inzicht in wat je wel en niet kunt, wat je verder moet ontwikkelen en hoe je dat op een bij jou passende manier kunt doen (Hunink et al, 2011).

Vragen die verpleegkundigen zichzelf kunnen stellen zijn bijvoorbeeld:

- Hoe heb ik gehandeld?
- Wat deed ik in waarneembaar gedrag en waarom deed ik dat zo?
- Welke doel beoogde ik daarmee en heb ik het doel gehaald?
- Wat voelde ik erbij?
- Ben ik tevreden over mijn handelen?
- Is de zorgvrager (en zijn naasten) tevreden over mijn handelen?

- Wat zou anders kunnen?
- Hoe wil ik het de volgende keer aanpakken en wat heb ik daarvoor nodig?

Naast zelfreflectie is het belangrijk zelf leermogelijkheden te zien en te gebruiken. Er is assertiviteit nodig om leermogelijkheden te gebruiken. Door op leersituaties af te gaan, anderen te laten weten wat je wil leren en relevante vragen te stellen zoek je de leermogelijkheden zelf op (Hunink et al, 2011).

Andere mogelijkheden om de eigen deskundigheid te bevorderen kan door het bijwonen van klinische lessen, symposia en congressen. Een klinische les wordt vaak gegeven door beroepsgeenoten van de eigen of een andere discipline op de afdeling of de zorgsetting. De klinische les heeft meestal betrekking op een gericht onderwerp en duurt hooguit 2 uur. Een symposium of congres is gericht op een thema en kan een halve tot meerdere dagen duren. Aansluitend zijn er vaak workshops (Hunink et al, 2011).

De maatschappij hecht belang aan "je leven lang" leren, liefst in een optimale leeromgeving. Een school wordt niet langer gezien als dé instelling die opleidingen verzorgt, los van arbeidsmarktomstandigheden. Steeds meer wordt de aanwezigheid van een praktijkcomponent, zoals werkplekleren, in de opleiding gezien als een belangrijke onderdeel. Want juist aan de hand daarvan is de verbinding te leggen tussen onderwijs en de behoeften van de arbeidsmarkt, waarmee het opleiden fungeert als een effectieve bijdrage aan economische groei. Voortdurend worden andere eisen gesteld aan (toekomstige) beroepskrachten (Gielis & Kanter, 2004).

Door flexibele leerwegen kan een leven lang leren beter vorm gegeven worden. Competentiegericht onderwijs wordt daardoor ook een middel waarmee beroepsbeoefenaren kunnen worden behouden voor het werk in de zorg. Doordat een zorgprofessional een leven lang leert kan ook optimaal gebruik worden gemaakt van zijn talenten. Dit geldt voor alle professionals, met allerlei opleidingsachtergronden en werkzaam in alle sectoren van de zorg (Rijksoverheid, 2011).

3.2.1 Werkplekleren

Werkplekleren wordt in de gezondheidszorg ook steeds belangrijker. Er is steeds minder geld om aan dure cursussen te besteden. Zorginstellingen moeten creatief omgaan met hun budgetten. Dit kan onder andere door werkplekleren te stimuleren (Baars-van Moorsel, 2004).

Een leerafdeling is gericht op de verbetering van de aansluiting tussen onderwijs en beroepspraktijk. Het concept komt tegemoet aan de nieuwste principes van competentiegericht leren en geeft opleiden voor het eerst een centrale plek binnen instellingen. Het is een alternatieve stagevorm. Leerafdelingen blijken vaak succesvol. (Praktijkopleiden.nl, 2013)

De zorg voor patiënten wordt steeds intensiever. Patiënten worden korter, maar intensiever behandeld. Verpleegkundigen moeten daarom op de hoogte zijn van nieuwe kennis, nieuwe technologieën en veranderende ziektepatronen. Werkplekleren kan hieraan een bijdrage leveren (Baars-van Moorsel, 2004).

In het afstudeeronderzoek van Terpstra (Baars-van Moorsel, 2004) waarbij de leerklimatecan is afgenomen zijn verschillende best practices naar voren gekomen met betrekking tot werkplekleren. Deze best practices worden hierna belicht.

Aandachtsvelden

Binnen één van de ziekenhuizen van het onderzoek werkt men met aandachtsvelden. De onderwerpen zijn de aandachtsvelden en deze worden verdeelt over de verpleegkundigen. Voorbeelden van aandachtsvelden kunnen zijn oncologie, diabetes en pijn. De verpleegkundigen zijn zelf verantwoordelijk hun eigen onderwerp bij te houden. Ook moeten zij deze kennis uitdragen naar de rest van de afdeling. Bijvoorbeeld door klinische lessen of het uitdelen van materiaal. De achterliggende theorie is dat iedereen zijn eigen kwaliteit en interesse heeft en daar kan iedereen het meest van leren als iemand zijn eigen stukje uitdiept en dat deelt met zijn collega's (Baars-van Moorsel, 2004).

Patiëntenbespreking benutten

De patiëntenbespreking kan zo goed mogelijk worden benut als leermoment. De verpleegkundige moet zo'n bespreking voorbereiden en komt dan met een leervraag: Wat wil je met deze bijeenkomst bereiken? Deze leervragen dienen aan het einde van de bespreking beantwoord te zijn met behulp van de andere verpleegkundigen. De praktijkopleider zit de patiëntenbespreking voor, zodat alle doelen bereikt worden binnen een kort tijdsbestek. Op deze manier kan het leermoment beter benut worden (Baars-van Moorsel, 2004).

Registratieformulier

Op dit registratieformulier kunnen verpleegkundigen zelf bijhouden welke scholing zij hebben gevolgd. Dit formulier wordt vervolgens besproken in het jaargesprek met het hoofd van de afdeling. Dit maakt meer inzichtelijk wat er aan scholing is gedaan in het afgelopen jaar. Een ander groot voordeel is dat op deze manier verpleegkundigen kunnen worden aangesproken op de hoeveelheid en de manier van leren gedurende dat jaar. Door inzicht in het bestaande leerklimaat kan men vormen van werkplekleren kiezen die hier nauw bij aansluiten. Op deze manier wordt niet alleen het leerklimaat versterkt, maar geeft dit ook een extra 'push' aan het werkplekleren. Bij het toepassen van bovengenoemde best practices is het van belang rekening te houden met het bestaande leerklimaat. In een leerklimaat gericht op eigen verantwoordelijkheid zullen medewerkers weinig moeite hebben zelfstandig een registratieformulier bij te houden. Wanneer medewerkers zich echter niet verantwoordelijk voelen voor hun eigen ontwikkeling zal dat veel moeilijker zijn. Daarnaast zal het werken met aandachtsvelden het best gedijen in een leerklimaat gericht op kennisdelen. In dit type leerklimaat zijn medewerkers gewend optimaal gebruik te maken van elkaars ervaringen (Baars-van Moorsel, 2004).

3.3 Anders opleiden: de zorgvraag centraal

De professional van de toekomst moet in staat zijn tot transformationeel leren en werken. Met transformationeel leren wordt bedoeld het verwerven van de professionele competenties die nodig zijn om flexibel op de zorgvragen van patiënten te kunnen inspelen. Door transformationeel werken kan het zorgaanbod flexibeler worden ingericht en de posities en rollen van beroepsbeoefenaars op basis van hun onderscheiden competenties beter op elkaar worden afgestemd. Hiervoor is competentiegericht onderwijs noodzakelijk met nieuwe competenties waarover professionals moeten beschikken (Rijksoverheid, 2011).

3.3.1 Competenties

De zorgvragen en de gezondheidsproblemen die hieruit voorkomen zijn het uitgangspunt. Daaruit wordt afgeleid welke competenties professionals nodig hebben om de problemen aan te kunnen pakken. Het scholingsplan wordt dan ingericht op het verwerven van die competenties. Daarna vindt terugkoppeling vanuit de praktijk plaats en wordt het leerplan zo nodig aangepast (Rijksoverheid, 2011).

Aan de competenties moet zowel in de initiële opleiding voor nieuwe beroepsbeoefenaren als in bij- en nascholing van bestaande beroepsbeoefenaren aandacht worden geschonken.

Een competentie die verder ontwikkeld moet worden is interdisciplinaire en inter-professionele samenwerking. Interdisciplinair werken leer je door interdisciplinair op te leiden.

Inter-professioneel leren biedt de mogelijkheid om zicht te krijgen op het handelen van professionals uit andere disciplines en daarop kritisch te reflecteren.

Opleidingen moeten ook meer aandacht schenken aan de toepassing van ICT in de zorgpraktijk. De patiënt en zijn omgeving moeten gemobiliseerd worden om gezond te blijven. Professionals moeten ook beschikken over kennis en vaardigheden op het vlak van gedragsverandering (Rijksoverheid, 2011).

Ook de toepassing van ICT maakt een verdere flexibilisering van het onderwijs mogelijk. De gevolgen van elektronisch leren (e-learning) worden waarschijnlijk revolutionair, ook al is het nog niet duidelijk hoe e-learning het professioneel onderwijs precies zal vernieuwen. De explosieve groei van het internet heeft e-learning kracht, snelheid, en veelzijdigheid gegeven. Zo ontwikkelde Zuid-Afrika's Nationale School of Public Health een cursus voor e-learning die in 5 jaar meer afgestudeerden afleverde dan alle andere scholen in het land bij elkaar (Rijksoverheid, 2011).

Leren in de praktijk komt steeds meer in alle opleidingsniveaus voor. Leren door doen is een prima manier om je dingen eigen te maken. Het (aan)leren van handelingen in het zorgproces als toekomstig beroepsbeoefenaar kan het best in een leeromgeving die de beroepscontext van het toekomstige beroep in zich heeft. In dat verband wordt er van een 'contextrijke leeromgeving' gesproken (Gielis & Kanter, 2004).

De leerling moet tijdens zijn leerproces allerlei omstandigheden onthouden om vervolgens te kunnen oefenen. Met het leren in de beroepspraktijk heeft de leerling geen rekening te houden met fictieve omstandigheden, maar zijn de omstandigheden realiteit. De leerling ervaart dat handelingen niet op zichzelf staan, maar onderdeel zijn van een geheel. Bovendien is het juist die beroepscontext die de leerling laat ervaren dat verworven kennis over bijvoorbeeld een zorgproces vaak onlosmakelijk verbonden is met andere zorgprocessen en dat deze elkaar kunnen beïnvloeden (Gielis & Kanter, 2004).

Werkdruk en tekort aan goed personeel zijn grote problemen in ziekenhuizen. Om personeel te behouden moet het werk voldoende ontwikkelingsmogelijkheden bieden. Dit kan door werkplekleren te bevorderen (Baars-Van Moorsel, 2004).

3.4 Bij- en nascholing

Het management van een zorginstelling heeft belang bij deskundig personeel. De zorginstelling moet namelijk goede zorg leveren. Om die reden hebben veel zorginstellingen beleid ten aanzien van (bij)scholing. Het lastige is dat onder druk van bezuinigingen vaak wordt gekort op scholing. Het levert niet direct geld op en op de korte termijn kost het geld (Hunink et al, 2011).

Een contextrijke leeromgeving biedt het meeste reële beroepsbeeld en stelt de leerling in staat een gefundeerde keuze voor een loopbaan te maken. Dit is een voordeel van leren in de praktijk.

Zo'n leeromgeving biedt ook goede mogelijkheden tot reflectie. Het aanleren van handelingen in het zorgverleningproces is niet louter en alleen het herhalen van handelingen, maar juist het beantwoorden van de vraag: Waarom doe ik de dingen zoals ik ze doe?

De beantwoording van deze vraag geeft de leerling inzicht in de consequenties van zijn handelen. Het voedt de creatieve vaardigheid om de handeling te kunnen toepassen op andere momenten, onder andere omstandigheden en op een andere wijze.

Reflectie als leermoment, is niet alleen van belang voor de leerling. Het is een gemeenschappelijk belang van alle betrokkenen in het leerproces. Het is een moment waarop de leeromgeving aan de orde komt. Waarin mogelijke verbeterpunten van het zorgproces aan het licht kunnen komen. Waarom wordt de zorg op deze wijze verleend, welke alternatieven zijn er nog meer, kan het ook anders of beter? Blinde vlekken worden zichtbaar (Gielis & Kanter, 2004).

Bijscholing van verpleegkundigen en andere zorgverleners zijn vaak speciale vaardigheidslessen in een skillslab op de werkplek. Een skillslab is een moderne, goed geoutilleerde ruimte voor vaardigheidstraining op de werkplek voor medisch specialisten, assistenten in opleiding en (OK en IC) verpleegkundig personeel om hun vaardigheden te kunnen verbeteren (Erasmus MC, 2013).

Bijscholen kan gericht zijn op nieuwe competenties waarvoor je eerder nog niet opgeleid en dus bevoegd was, maar bijscholing kan ook gericht zijn op het oefenen, trainen of verdiepen van competenties waardoor je je verder bekwaamt.

Bijscholingsmogelijkheden kunnen door je eigen instelling worden georganiseerd. Veel instellingen hebben een afdeling opleidingen die al dan niet geaccrediteerde cursussen of trainingen verzorgt. Ook kun je bij landelijke instellingen of beroepsverenigingen terecht voor bijscholingen. Zo heeft V&VN een aparte academie, de V&VN academie, die bijeenkomsten, incompany trainingen en speciale uitgaven verzorgt. Ook bieden ze de mogelijkheid om via internet te leren met zogeheten e-learning cursussen (Hunink et al, 2011).

3.4.1 Bijscholingsmogelijkheden

Kenniscentra als het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, het Trimbosinstituut, het Kenniscentrum Phrenos (Hunink et al, 2011) en bijvoorbeeld Calibris en Vilans leveren een belangrijke bijdrage aan deskundigheidsbevordering (Hunink et al, 2011).

Het LUMC verzorgt onder andere ook een basis bijscholing oncologie. Deze kan ook gevolgd worden door mensen van buitenaf.

Het zijn 6 dagdelen, meestal op middagen voor € 385,00 (indien geen werknemer LUMC). Voor LUMC-medewerkers vindt interne verrekening plaats.

Zie eventueel ook apart document -> Aanmeldings- en annuleringsvoorwaarden voor opleidingen, nascholingen en trainingen bij Educatie Zorgsector LUMC op de site.

<https://www.opleidingenlumc.nl/pages/LEZ/Home?windowuid=uid1298890557>

Het programma bestaat uit:

Fundamentele aspecten van kanker en oncologische chirurgie;

- Radiotherapie en pijn en pijnbestrijding;
- Medicamenteuze behandeling bij kanker;
- Wondzorg
- Veilig omgaan met cytostatica
- Voeding in de oncologie en begeleiding en nazorg
- Ethiek (LUMC, 2013)

3.4.2 BIG-register

Zorgverleners die een beroep uitoefenen dat onder artikel 3 van de Wet BIG valt, moeten zich laten registreren in het BIG-register. Een BIG-registratie geeft duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener. Sinds 1 januari 2009 zijn verpleegkundigen en verzorgenden IG, verplicht zich iedere vijf jaar te laten herregistreren. Werkervaring is het eerste en belangrijkste criterium voor herregistratie. Wie zijn beroep niet uitoefent of de urennorm voor de werkervaringeis niet haalt, kan een scholingstraject volgen om de inschrijving te verlengen (Rijksoverheid, 2011 en CIBG, 2013).

Per 1 januari 2012 is deze regeling voor periodieke registratie ook voor artsen ingevoerd. Dit betekent dat basisartsen, profielartsen en bepaalde specialisten vanaf die datum, over vijf jaar voor de eerste keer moeten herregistreren. Zo niet, dan wordt de inschrijving in het BIG-register tegen die tijd doorgehaald.

Alle artsen staan ingeschreven in het BIG-register. Specialisten staan daarnaast in een specialistenregister met een eigen herregistratiesysteem. Zo lang iemand als specialist geregistreerd staat, hoeft diegene zich niet apart te herregistreren in het BIG-register (KNMG, 2013).

Bij- en nascholing moet een krachtig instrument worden om het beroep continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben. Daarbij staan bekwaamheden centraal en geldt: bekwaam, dus bevoegd. Individuele beroepsbeoefenaren leren zo nieuwe vaardigheden en wetenschappelijke en technologische kennis en blijven op de hoogte van ontwikkelingen, niet alleen op het gebied van wetenschap en technologie maar ook van de zorgvraag. Speciale aandacht is nodig voor beroepen die niet onder de Wet BIG vallen, zoals verzorgenden, en waarbij een tekort is aan bij- en nascholing.

Daarom wordt bij- en nascholing verplicht (Rijksoverheid, 2011).

Vertrekpunt is dat de beroepsbeoefenaar beschikt over de competenties om de juiste zorg te leveren volgens de laatste wetenschappelijk en technologische inzichten. Dat betekent dus dat de beroepsbeoefenaar moet bijblijven en dat het stelsel van bij- en nascholing zo wordt ingericht dat dit mogelijk is (Rijksoverheid, 2011).

3.4.1 Vakliteratuur bijhouden

Vakliteratuur bestaat uit boeken, artikelen in tijdschriften, onderzoekspublicaties en rapporten. Het is belangrijk om dit bij te houden en te bespreken in de praktijk. De vakbladen voor verpleegkundigen in Nederland zijn bijvoorbeeld TVZ, Nursing, Verpleegkunde en Bijzijn (Hunink et al, 2011).

3.4.2 E-learning

In 2008 is het resultaat bekend gemaakt van het onderzoek naar de mogelijkheden en haalbaarheid van e-learning bij de implementatie van richtlijnen in de jeugdgezondheidszorg.

Alle deelnemers aan het onderzoek hadden een duidelijke voorkeur voor een combinatie van e-learning en traditionele scholing. De deelnemers van beide groepen hadden een voorkeur voor E-learning omdat ze om eigen tempo konden leren en omdat ze de informatie meerdere keren konden bekijken. Maar zij vonden bij traditionele scholing dat ze dan informatie met andere medecursisten en de docent konden uitwisselen (ZonMw, 2008).

De deelnemers die een voorkeur hadden voor een combinatie van E-learning en traditionele scholing gaven aan dat ze met E-learning zich beter zouden kunnen voorbereiden en dat ze tijdens de traditionele scholing ervaringen konden uitwisselen en vragen konden stellen (ZonMw, 2008).

In vergelijking met traditionele scholing, waren de resultaten van E-learning even goed en op onderdelen zelfs beter. Het project liet daarmee zien dat het mogelijk is om over bestaande richtlijnen E-learning cursussen te ontwikkelen voor scholing van jeugdartsen en jeugdverpleegkundige (ZonMw, 2008).

Per richtlijn bevat een E-learning cursus: een bibliotheek, met daarin de richtlijn, de meest relevante literatuur en weblinks; de cursus zelf bestaat uit meerdere kernmodules en een eindtoets. Met het JGZ Leerportaal kunnen de cursist, een cursusaanbieder en/of een JGZ organisatie de vorderingen van de cursist volgen (ZonMw, 2008).

In de vragen over kennis en vaardigheden gaf 91% aan dat ze door het volgen van de E-learning cursus wisten wat van hun werd verwacht bij het werken volgens de richtlijn. Scholing in de praktijk kan effectiever als cursisten eerst een e-learning cursus over de richtlijn doorlopen. Ook op basis van literatuur lijkt een mengvorm van e-learning en traditionele scholing het meest effectief. E-learning is daarmee een veelbelovende scholingsmethodiek voor scholing van professionals in de jeugdgezondheidszorg (ZonMw, 2008).

3.5 Coördinatie en afstemming

In de toekomst zal de zorgvraag meer en meer beantwoord worden op basis van functionele zorgaanpakken (cure) en zorgzwaartepakketten (care). Hierin staat functioneel omschreven waar de patiënt recht op heeft. Als dit uitgangspunt ook wordt doorvertaald naar de bekostiging van de zorgverlening, zal dat stimuleren dat zorginstellingen hun aanbod meer vanuit competenties dan vanuit beroepen gaan inrichten (Rijksoverheid, 2011).

Belangrijk is dat opleidingen zich richten naar de behoeften van de patiënten. Ook moeten ze de doorstroom naar andere functies (horizontaal en verticaal) bevorderen. Competentiegericht onderwijs vormt daartoe de sleutel.

De inhoud van het onderwijs moet de zorgvraag volgen. Competenties op het gebied van gedragsverandering en interdisciplinaire samenwerking moeten meer aandacht krijgen.

Na- en bijscholing moet een krachtig instrument worden om het beroep aan te passen aan wat patiënten nodig hebben. De beschikking over bepaalde bekwaamheden en niet de lengte van de opleiding of de academische status wordt het kenmerk waarop het functioneren van toekomstige zorgprofessionals wordt beoordeeld.

Om de leertrajecten optimaal in te richten is het nodig dat regionale initiatieven kunnen leren van datgene wat op landelijk niveau wordt ontplooid. Andersom kan de inrichting van financiering en wet- en regelgeving, wat betreft beroepen en opleidingen, volgen wat regionaal gebeurt. Om mogelijke tegenstrijdige belangen hierbij te overwinnen is een onafhankelijke en gezaghebbende organisatie nodig, die de afstemming van beroepen en opleidingen op de toekomstige zorgvraag signaleert, aanjaagt, draagvlak daarvoor creëert en monitort (Rijksoverheid, 2011).

3.6 Scholingsadvies opleidingen zorgsector

Op 8 juni 2006 heeft de Minister J. F. Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal het advies van de Stuurgroep VBOC aangeboden en zijn reactie hierop gegeven. Hieronder een relevant stuk tekst daaruit.

Het basisberoep, na de algemene beroepsopleiding, is naar de mening van de stuurgroep het startpunt van het verpleegkundig opleidingscontinuüm: de verpleegkundige zal altijd aanvullende kennis en vaardigheden in de beroepspraktijk opdoen om aan specifieke groepen zorgvragers verpleegkundige zorg te kunnen bieden. Die aanvullende kwalificaties zijn zorgcontext gebonden, hebben geen invloed op de algemene beroepskwalificatie, maar benadrukken nogmaals dat de verpleegkundige professional zich continu ontwikkelt in de beroepspraktijk (Overheid.nl, 2006).

De stuurgroep VBOC adviseert de veelheid aan verpleegkundige vervolgoopleidingen onder te brengen in de hierboven genoemde vier deelgebieden, te weten: preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg, en met een landelijk accreditatieorgaan de kwaliteit te waarborgen. Daarbij zou tevens een landelijke standaard voor eerder verworven competenties (EVC's) moeten worden gehanteerd. Het verpleegkundig beroep heeft de centrale positie in de volle breedte van de zorgsector. Dat én een goede kwaliteitsborging van de beroepsuitoefening en de (vervolg-) opleidingen is cruciaal voor vernieuwing in de zorg, voor een doelmatige organisatie van de zorg en voor zorg van goede kwaliteit. Daar is de patiënt zeer mee gediend (Overheid.nl, 2006).

Als er een werksituatie is of gecreëerd kan worden waarin leerlingen kunnen leren, dan is de volgende stap, een situatie waarin ook medewerkers blijven leren, wellicht makkelijker te maken. Als een instelling in staat is te formuleren aan welke eisen een leerling moet voldoen om inzetbaar te zijn op een afdeling of in een bepaalde setting, dan is dat ook een leidraad bij het sturen op de competenties van de huidige medewerkers. Het in huis halen van leerlingen is zo te zien niet alleen een welkome aanvulling binnen de primaire dienstverlening van de organisatie, maar ook een belangrijke factor bij het scheppen van een aantrekkelijk leerklimaat (Gielis & Kanter, 2004).

Het is belangrijk dat de leerling, de stagedocent en de praktijkbegeleider tijd vrijmaken om het leerproces in de leeromgeving te evalueren door er op te reflecteren. Daarbij gaat het nadrukkelijk om reflectie op de rol van alle drie de partijen en niet alleen op het functioneren van de leerling. Zo'n reflectiemoment biedt de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen niet alleen tussen leerling en praktijkbegeleider maar tussen de drie partijen. Een moment om van elkaar te kunnen leren en om leerpunten gemeenschappelijk te maken. Het kan daarbij zowel gaan om leerpunten van de leerling als die van de leeromgeving of die van het zorgproces. Het aandachtsgebied van eenieder is ook de werk/leeromgeving van de ander (Gielis & Kanter, 2004).

3.7 Leren in een verpleeghuis

Door de beroepspraktijk een grotere rol te geven binnen onderwijsprogramma's wordt een behoorlijke claim gelegd op mensen en middelen van bedrijven en instellingen. Bedrijven en instellingen spelen weliswaar graag een belangrijke rol bij het opleiden, maar tegelijk kun je niet anders dan constateren dat ze dat erbij doen: een ziekenhuis verleent primair zorg, een verpleeghuis biedt in eerste instantie verzorging. Opleiden, hoe belangrijk ook, is bijzaak (Gielis & Kanter, 2004).

Het in huis halen van leerlingen levert een organisatie ook baten op. De leerling is niet alleen bezig met zijn leerproces, maar speelt ook een rol in het arbeidsproces. Een leerling levert dus ook productie (Gielis & Kanter, 2004).

In april 2011 is wetenschapper Betsie van Gaal gepromoveerd op een onderzoek naar aanleiding van scholing van de zorgverleners en het invoeren van nieuwe richtlijnen in tien ziekenhuizen en tien verpleeghuizen. Ze ontwikkelde een programma dat de patiëntveiligheid ten goede moet komen met typische onderwerpen waar goede verpleegkundige zorg een hoop ellende kan voorkomen. Vervolgens werd bij de helft van de afdelingen (de interventieafdelingen) het personeel geschoold, kregen de patiënten relevante patiënteninformatie over wat ze zelf konden doen om in dit geval decubitus, blaasontsteking of vallen te voorkomen en registreerden de verpleegkundigen en verzorgenden de zorg rondom deze drie incidenten op de computer waarna ze dagelijks en wekelijks feedback kregen.

De resultaten liegen er niet om. In de ziekenhuizen kregen op de afdelingen waar het programma was ingevoerd de patiënten 43 procent minder incidenten in vergelijking met de controleafdelingen, in de verpleeghuizen was dat 33 procent.

Nog een opmerkelijke uitkomst van het onderzoek: een jaar na de invoering van het programma kregen alle verpleegkundigen en verzorgenden, dus ook degenen die het programma niet kenden, een kennistoets. De verpleegkundigen in het ziekenhuis die scholing hadden gekregen scoorden op decubitus ietsje beter dan hun collega's die geen scholing hadden gekregen.

Op het gebied van urineweginfecties en vallen was er geen verschil in kennis. In de verpleeghuizen hadden verpleegkundigen en verzorgenden die scholing hadden ontvangen niet meer kennis dan hun collega's op de andere afdelingen. Heeft scholing dan geen zin? Betsie van Gaal: "In ons onderzoek hebben we niet meteen na de scholing kunnen meten, maar pas een jaar nadat deze was afgerond. Uit de literatuur is bekend dat al na en half jaar de kennis wegzakt. Dat heet het uitdoofeffect. Daar is hier waarschijnlijk sprake van." Dat leidt tot de conclusie dat scholing regelmatig herhaald moet worden om je kennis op te frissen (Spieker, 2011).

Conclusie

Belangrijk is dat opleidingen zich richten naar de behoeften van de patiënten. Het is een onderdeel van de verpleegkundige beroepshouding om continue te blijven leren. Naast zelfreflectie is het belangrijk zelf leermogelijkheden te zien en te gebruiken. Als zorgverlener moet je blijven leren. Kennis en vaardigheden moeten daarom voortdurend worden bijgesteld of uitgebreid.

In de toekomst zal de nadruk in het zorgaanbod meer komen te liggen op de in het team aanwezige competenties, competenties waarover een team moet beschikken om aan de lokale zorgvraag te kunnen voldoen.

Bijscholingsmogelijkheden kunnen door de eigen instelling worden georganiseerd. Veel instellingen hebben een afdeling opleidingen die al dan niet geaccrediteerde cursussen of trainingen verzorgd.

Uit de literatuur is bekend dat al na een half jaar de kennis wegzakt. Een ander gegeven is dat er door BIG geregistreerden sowieso veel geschoold moet worden.

Ook worden er wel eens signalen afgegeven dat niet alle medewerkers mee kunnen komen met de vele veranderingen en de cultuuromslag die noodzakelijk gemaakt moet worden. Medewerkers kunnen het als een grote druk ervaren dat er veel geschoold moet worden (scholingsmoe)(Ministerie VWS, 2012).

Bijlage 4 Oncologie

Deze bijlage over oncologie (kanker) en de zorg met betrekking tot chemotherapie. Dit omdat deze cliënten een nieuwe doelgroep op Miró 2 zijn. Omdat er vaak ook sprake is van combinatiebehandelingen wordt hier ook radiotherapie en operatie besproken. Eerst gaat het over kanker in het algemeen. Hier worden ook de meest voorkomende oorzaken van kanker besproken. Daarna worden de behandelmethoden beschreven. Vervolgens komen de bijwerkingen van voornamelijk chemotherapie uitgebreid aan bod. Ook wordt de specifieke zorg voor oncologische wonden beschreven. Verder wordt er ingegaan op de psychosociale kant van de patiënt. Tot slot komt de veiligheid rond cytostaticagebruik aan bod.

4.1 Wat is Kanker?

Ons lichaam bestaat uit miljarden cellen. Samen zorgen deze cellen ervoor dat het menselijk lichaam kan functioneren. De meeste cellen kunnen zich delen, maar verreweg het grootste deel van hun leven doen zij dit niet. Zij bevinden zich dan in een rustfase. Cellen die zich delen, doen dat meestal met een bepaald doel:

- toename van het aantal cellen om te groeien;
 - vervanging van oudere cellen (wat bijvoorbeeld zichtbaar wordt bij huidschilfers);
 - herstel van beschadigingen (wondgenezing).
- (Sleeboom, 2008)

Het belangrijkste doel van de celdeling is om het erfelijk materiaal te verdubbelen. Na de deling beschikken de twee nieuwe cellen elk over volwaardig erfelijk materiaal, DNA. Dat DNA zorgt ervoor dat de celdelingen goed verlopen en dat niet méér celdelingen plaatsvinden dan noodzakelijk is voor de groei van een kind, voor de vervanging van oudere cellen of voor wondgenezing (Sleeboom, 2008).

Soms raakt het erfelijk materiaal beschadigd. De beschadiging kan van dien aard zijn dat ze niet kan worden hersteld. De cel waarin dit beschadigde DNA zit, kan ontregelen, waardoor hij zich ongecontroleerd blijft delen: de kankercel. Zo ontstaat kanker (Sleeboom, 2008).

Kanker wordt genoemd naar de plaats waar hij is ontstaan. Bijvoorbeeld longkanker of borstkanker. De kankergezwollen kunnen omliggende organen wegdrukken of in hen groeien. Ze kunnen zich ook uitzaaien naar andere delen in het lichaam (metastasen). Dat komt omdat kankercellen zich los kunnen maken van hun buurcellen en bloed- en lymfevaten binnendringen. Gewone cellen kunnen dat niet. De kankercellen verspreiden zich dan door het lichaam, nestelen zich op andere plaatsen en groeien door tot uitzaaiingen. Uitzaaiingen geven pas klachten als zij niet al te klein meer zijn. Zij geven meestal ook pas afwijkingen in het bloed te zien als zij wat groter zijn. En om te worden ontdekt op röntgenfoto's, scans en dergelijke moeten zij minstens enige millimeters groot zijn. Dit is de reden dat patiënten aan wie de chirurg vertelde 'alles' te hebben weggehaald, later soms toch nog uitzaaiingen krijgen. Deze waren bij de operatie al wel aanwezig, maar nog te klein om ontdekt te worden. Uit onderzoek is gebleken dat vroegtijdig opsporen van metastasen geen verlenging van levensduur oplevert. Bij eenmaal ontstane uitzaaiing kan met de huidige stand van wetenschap niet genezend worden behandeld. De behandeling kan slechts invloed uitoefenen op levenskwaliteit en levenslengte (Sleeboom, 2008 en Leefgelukkig.be, 2011).

De kankercellen kunnen zich ontwikkelen tot een eindcel, wat betekent dat zij zich niet meer delen. Men spreekt dan van goed gedifferentieerde cellen. Goed gedifferentieerde kanker is dus kanker die veel cellen bevat die zich niet meer delen. Dit zijn kankers die langzaam groeien. Hier tegenover staan de slecht gedifferentieerde kankers, die veel cellen bevatten die zich delen. Dit zijn de snel groeiende kankers. Een kanker die tussen goed en slecht gedifferentieerd in zit, noemt men een matig gedifferentieerd kanker. (Sleeboom, 2008)

4.2 Oorzaken van kanker

Als er gesproken wordt over etiologie (de oorzaak) van kanker komen bepaalde begrippen vaak terug. Een risicofactor is een factor die maakt dat er een verhoogde kans bestaat om een ziekte te krijgen. Verschillen vormen van kanker hebben verschillende risicofactoren. Wie een risicofactor voor kanker bij zich draagt, heeft een verhoogde kans om kanker te krijgen. Dat betekent niet dat zo iemand kanker krijgt. Sommige mensen die één of meer risicofactoren hebben, krijgen geen kanker terwijl andere, zonder ogenschijnlijke risicofactoren, het wel krijgen. Door afwijkende celgroei en -deling ontstaan tumoren die ofwel goedaardig (ingekapseld oftewel benigne) zijn of kwaadaardig (in staat andere weefsels binnen te dringen, ofwel maligne). Kanker is een ziekte die wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van kwaadaardige tumoren (De Vries et al., 2009 en Martini & Bartholomew, 2009).

Erfelijke factoren

Ongeveer 5% van alle kankersoorten wordt bepaald door genetische aanleg. Hierbij bestaan er afwijkingen in de complete verzameling erfelijk materiaal van alle cellen. Het bestaan van erfelijke vormen van kanker in een familie kan aanleiding geven tot preventieve maatregelen bij genmutatiedragers, zoals bijvoorbeeld operatieve verwijdering van het risicovolle weefsel of regelmatige screening (De Vries et al., 2009).

Omgevingsfactoren

De meeste tumoren ontstaan door omgevingsfactoren. Dit kunnen infecties (veelal virussen) zijn, maar ook toxische stoffen en straling. Als gevolg hiervan ontstaan er mutaties in de genen. Om van een normale cel tot een kankercel te veranderen zijn meerdere mutaties nodig. Dit betreft vaak een proces van jaren (De Vries et al., 2009).

4.3 Onderzoek en diagnose

De diagnose kanker kan én mag pas met recht worden gesteld als de patholoog-anatoom kankercellen onder zijn microscoop heeft gezien. Hiervoor moet dus weefsel uit de kanker worden gehaald. Soms gebeurt dit door met een heel dunne naald in de kanker te prikken. Wanneer dan slechts wat cellen worden opgezogen, spreekt men van een cytologische punctie. Vaak kan de patholoog-anatoom op dit materiaal niet de juiste diagnose stellen. Daarom haalt de chirurg meestal onder algehele of plaatselijke verdoving de tumor of een uitzaaiing in zijn geheel weg of soms een deel ervan (bioptie ofwel 'een hapje') (Sleeboom, 2008).

Het is niet alleen belangrijk te weten óf een patiënt kanker heeft, maar – als dat zo is – ook om te weten hoe uitgebreid de ziekte is. Daarvoor is men aangewezen op de bevindingen van de chirurg bij de operatie, maar ook op wat de radioloog gevonden heeft op röntgenfoto's, scans en echo's. Deze foto's, scans en echo's zijn niet per definitie vereist. Dat is afhankelijk van de soort kanker of van de bevindingen van de chirurg en de patholoog-anatoom. (Sleeboom, 2008).

4.4 Behandeling

De meest toegepaste behandelingsmogelijkheden bij kanker zijn:

- operatie;
- bestraling (radiotherapie);
- medicijnen (chemotherapie, hormoontherapie, immunotherapie en doelgerichte therapie).

(Sleeboom, 2008 en TweeSteden ziekenhuis 2012)

In een aantal gevallen worden twee of zelfs alle drie behandelingsmogelijkheden gecombineerd, soms gelijktijdig, maar meestal na elkaar. Door een operatie genezen de meeste kankerpatiënten. Ook door bestraling, vaak gecombineerd met een operatie, genezen steeds meer patiënten. Bij behandeling met medicijnen ligt het percentage van genezing lager. Maar door de komst van nieuwe medicijnen stijgt dit percentage de laatste jaren aanzienlijk. Er komen vooral steeds effectievere aanvullende (adjuvante) behandelingen (Sleeboom, 2008).

Een adjuvante behandeling is een behandeling met medicijnen die gericht is op het doden van tumorcellen die zich al in het lichaam hebben verspreid op het moment van de operatie. Alleen bestaan er momenteel nog geen methodes om deze cellen aan te tonen. Sinds enkele jaren bestaat er ook een neo-adjuvante behandeling. In dat geval wordt chemotherapie of een andere behandeling gegeven voordat de patiënt wordt geopereerd. Onderzoek heeft aangetoond dat bij sommige kankers in bepaalde gevallen een grotere kans op genezing bestaat wanneer een neo-adjuvante behandeling wordt gegeven (Sleeboom, 2008).

Bij het opstellen van een behandelplan wordt altijd goed voor ogen gehouden wat het doel is van de behandeling. Is genezing (curatie) nog mogelijk, dan worden soms méér risico's genomen of bijwerkingen van de behandeling geaccepteerd dan als dat perspectief ontbreekt. Is curatie niet meer mogelijk, dan is de behandeling er hoofdzakelijk op gericht de klachten zoveel mogelijk te bestrijden of te verlichten (palliatieve behandeling). Men kan ook een electieve behandeling krijgen. Dit is een behandeling die uit voorzorg wordt gegeven (Sleeboom, 2008).

4.5 Wat is chemotherapie?

Chemotherapie is een behandeling met medicijnen, cytostatica genaamd, die erop gericht is om het proces van celdeling stop te zetten. Alle delende cellen - dus ook normale (gezonde) cellen - worden hierdoor getroffen, maar met name de kankercellen omdat die relatief meer bezig zijn met deling. Ook de snelgroeiende gezonde cellen, waaronder bijvoorbeeld cellen in het beenmerg, de slijmvliezen en de haren, kunnen worden aangetast door de chemotherapie (zie de paragrafen 4.6.5 en 4.6.12). Daardoor kunnen bijwerkingen ontstaan. Deze zijn meestal van tijdelijke aard. De gezonde cellen herstellen zich meestal sneller dan de kwaadaardige cellen. Het herstel vindt plaats in de rustperiode van de kuur (The Netherlands Cancer Instituut, 2011 en TweeSteden ziekenhuis, 2012).

De meeste chemotherapeutica worden toegediend via een infuus. Afhankelijk van het middel duurt dit een aantal minuten tot enkele uren of zelfs dagen. In een enkel geval, wanneer een infuus dagen (tot 3 weken) duurt, gebeurt het door middel van een infuuspompje thuis (als dat kan). De meeste ziekenhuizen hebben een gespecialiseerde

dagbehandelingsafdeling (kantooruren) en een klinische afdeling waar de chemotherapie-infusen worden gegeven. Zelden is het mogelijk om chemotherapie door middel van een injectie in een spier toe te dienen. Veel onderzoek wordt gedaan naar de mogelijkheid om chemotherapie oraal te geven. Dat wil zeggen door de mond in de vorm van tabletten. Tot nu toe is dat slechts met een paar middelen mogelijk. Een oraal toe te dienen cytostaticum wordt nooit in poedervorm afgeleverd. Dit gebeurt niet omdat het vroegtijdig afbreken ervan ernstige gevolgen kan hebben voor het slijmvlies van de mond, slokdarm en maag. Daarom is ook het breken en malen van de tabletten nooit toegestaan. Soms kan cytostatica ook dermaal worden toegediend. Een plaats op het lichaam wordt dan met een cytostatica bevattende crème, zalf of vloeistof behandeld. Het doel van deze behandeling is zodat de tumorcellen in het aangedane gebied van de huid afsterven (Sleeboom, 2008 en Klaren & van der Meer, 2004).

Het aantal kuren is afhankelijk van het soort kanker, maar ook de doelstelling van de chemotherapie. Behoort genezing (curatie) tot de mogelijkheden, dan is het aantal kuren vaak wisselend en afhankelijk van hoe snel een complete remissie (terugdringing) is bereikt. Van een complete remissie spreekt men als met behulp van lichamelijk onderzoek, röntgenonderzoek (inclusief scans) en bloedonderzoek geen activiteit van de kanker meer kan worden vastgesteld. Is een complete remissie vastgesteld, dan wordt veelal nog een beperkt aantal kuren (bijvoorbeeld twee) gegeven. Dit zijn consolidatiekuren (Sleeboom, 2008).

Chemotherapie en radiotherapie (bestraling) versterken elkaar in hun werking tegen kanker. De gecombineerde behandeling van beide therapieën is erop gericht om een operatie te voorkomen of om een beter resultaat te verkrijgen dan met een afzonderlijke therapie. Meestal wordt de bestraling vier of vijf dagen per week gegeven, soms verschillende keren per dag. De bestraling duurt per keer afhankelijk van de behandeling 10 seconden tot 2 minuten. Dit duurt doorgaans een flink aantal weken zo niet maanden. De chemotherapie wordt vaak slechts op een beperkt aantal dagen toegediend, bijvoorbeeld 1 keer per week en dan 7 weken lang. Per kankersoort en per individu, kunnen de bestraling en de chemotherapie verschillen (Sleeboom, 2008; VU Medisch Centrum, 2004 en Erasmus MC, 2013).

4.6 Bijwerkingen van chemotherapie

Vrijwel elk medicijn dat tegen kanker wordt ingezet, heeft bijwerkingen. Dit geldt ook voor de medicijnen, zoals pijnstillers, die worden gegeven om de klachten van kanker te bestrijden. Sommige bijwerkingen geven in het begin helemaal geen merkbare klachten en kunnen alleen worden vastgesteld door bijvoorbeeld bloedonderzoek. Een voorbeeld hiervan is de verlaging van het aantal witte bloedcellen, de verdedigers tegen infecties. (Zie paragraaf 4.6.4) Veel chemotherapieën verlagen tijdelijk de aanmaak van witte bloedcellen in het beenmerg van de patiënt. Slechts in een klein percentage van de gevallen waarbij een verlaging van het aantal witte bloedcellen optreedt, krijgt de patiënt ook inderdaad een infectie. Meestal echter merkt de patiënt dus niets van die bijwerking. Omdat alle cellen afgebroken worden moet je in de dagen erna wegblijven uit openbare ruimtes waar zieke mensen kunnen rondlopen. Ook mensen die ernstig verkouden en/of ziek zijn moeten niet op bezoek komen (Sleeboom, 2008 en TweeSteden ziekenhuis, 2012).

Hoeveel last men van bijwerkingen heeft, zegt niets over de werkzaamheid, de effectiviteit van de behandeling. Uit het optreden van bijvoorbeeld haaruitval kan niet de conclusie getrokken worden dat de behandeling aanslaat, en omgekeerd, als er geen haaruitval is, dat de behandeling niet aanslaat. Haaruitval in die gevallen betekent niets anders dan dat de haarwortels gevoelig zijn voor de chemotherapie. Het betekent niet dat de kankercellen dat dan ook zijn. Of een patiënt veel last krijgt van bepaalde bijwerkingen, bijvoorbeeld misselijkheid, valt niet te voorspellen. Per patiënt en per chemobehandeling kan dit verschillen (Sleeboom, 2008).

In het algemeen worden de bijwerkingen vastgelegd volgens de mate van hevigheid. De indeling hiervoor is:

0 = geen bijwerking

1 = mild

2 = matig

3 = ernstig

4 = levensbedreigend

Voor vrijwel elke bijwerking is afgesproken wanneer men deze mild, matig, ernstig of levensbedreigend noemt. Het optreden van bijwerkingen en de ernst daarvan kunnen van invloed zijn op de verdere behandeling (Sleeboom, 2008).

4.6.1 Misselijkheid en braken

Het is begrijpelijk dat misselijkheid en braken bijwerkingen zijn waar de meeste patiënten erg bang voor zijn. Deze bijwerkingen komen ook het vaakst voor bij chemotherapie. Vandaar dat bij de meeste kuren uit voorzorg een behandeling wordt ingesteld om deze verschijnselen zoveel mogelijk te voorkomen. Bij misselijkheid ten gevolge van chemotherapie wordt onderscheidt gemaakt tussen vier soorten misselijkheid:

1. misselijkheid die al voor het toedienen van de chemotherapie optreedt;
2. misselijkheid die optreedt in de eerste 24 uur vanaf het begin van de chemotherapie (acute misselijkheid)
3. misselijkheid die na twee tot vier dagen optreedt (intermediate fase)
4. misselijkheid die na vijf tot zeven dagen optreedt (late fase)

Bij de meeste behandelingen met chemotherapie krijgt de patiënt uit voorzorg (preventief) medicijnen tegen misselijkheid. Het voorkomen van misselijkheid of die zo min mogelijk te laten zijn, is van groot belang. Als een patiënt eenmaal misselijk is of braakt, is dit vaak veel moeilijker te behandelen. Het is sterk af te raden met deze medicijnen op eigen houtje te gaan experimenteren omdat er soms bijwerkingen kunnen optreden zoals obstipatie of een verhoging van de bloedsuiker (Sleeboom, 2008; TweeSteden Ziekenhuis, 2013 en Klaren & van der Meer, 2004).

Voor welke behandeling uit voorzorg tegen misselijkheid wordt gekozen, hangt af van de gegeven chemotherapie. De chemotherapie wordt hiervoor ingedeeld in drie groepen al naar gelang de mate waarin zij misselijkheid veroorzaken (emetogene werking):

- medicijnen met een lage emetogene werking;
- medicijnen met een matige emetogene werking;
- medicijnen met een hoge emetogene werking.

Meestal wordt voor verschillende medicijnen gekozen die op verschillende manieren tegen misselijkheid werken. Onderzoek heeft uitgewezen dat combinaties van verschillende medicijnen tegen misselijkheid meestal (veel) beter werken dan het geven van één medicijn in een hele hoge dosering (Sleeboom, 2008).

Het moeilijkste te behandelen en te voorkomen is de misselijkheid die al voor toediening van chemotherapie optreedt. Dit betreft waarschijnlijk een geconditioneerde (Pavlov)-reactie op onaangename prikkels uit de omgeving die verband houden met de cytostaticatoediening, zoals geur, smaak en geluiden. Sommige patiënten worden ook bij de gedachte aan de behandeling al misselijk. Om deze te voorkomen is het belangrijk dat zowel de patiënt als de omgeving van de patiënt beseft dat dit geen ongewoon verschijnsel is bij chemotherapie. Deze misselijkheid wordt ook wel anticipatoire misselijkheid genoemd. Het lichaam reageert al voordat de chemotherapie gestart is. Naast het geven van medicijnen helpt het soms ook om andere activiteiten te doen, zoals het doen van leuke dingen, het voorkomen van spanningen, ontspanningsoefeningen, positief denken en het vermijden van eten met sterke geuren of smaak (Sleeboom, 2008 en Klaren & van der Meer, 2004).

4.6.2 Overgevoelighedsreacties

In principe kan iedereen overgevoelig zijn voor een medicijn, of er een overgevoeligheid voor ontwikkelen, een allergie. Van sommige chemotherapeutica is bekend dat zij nogal eens overgevoelighedsreacties veroorzaken. Bij die middelen worden dan vaak uit voorzorg al medicijnen gegeven om de kans daarop zo klein mogelijk te maken. Gezien de kans op overgevoelighedsreacties worden de patiënten voor, tijdens en soms ook enige tijd na het krijgen van de chemotherapie gecontroleerd. Afhankelijk van welke chemotherapie men krijgt, kan het aantal controles tijdens een infuus sterk verschillen. Meestal wordt de bloeddruk gemeten en de pols geteld. Ook kan gekeken worden hoe snel de patiënt ademt, wat de temperatuur is, en ook de patiënt zelf wordt naar eventuele klachten gevraagd (Sleeboom, 2008).

Een acute overgevoelighedsreactie treedt meestal binnen een uur na het starten van de chemotherapie op, maar soms al na een paar minuten. Kenmerkende klachten kunnen zijn:

- kortademigheid, al dan niet met een piepende ademhaling;
- huiduitslag (roodheid = esantheem, of blaasjes = urticaria)
- lage bloeddruk
- anafylactische shock
- opvliegers (flushes)
- pijn op de borst en in de rug
- dikke tong, lippen en oogleden (angio-oedeem)
- angst, onrust

Als de patiënt denkt een van deze verschijnselen of klachten tijdens of na het infuus te krijgen, dan is het absoluut noodzakelijk direct alarm te slaan. Het is dan mogelijk om direct medicijnen te geven en maatregelen te treffen, zoals het onmiddellijk stoppen van de toediening van de chemotherapie. De patiënt heeft hier zelf een belangrijke verantwoordelijkheid in (Sleeboom, 2008 en Klaren & van der Meer, 2004).

4.6.3 Prikangst en vaatproblemen

Door de chemotherapie kunnen bloedvaten moeilijker aan te prikken worden en ook gevoeliger worden. Sommige bloedvaten krijgen een harde wand waardoor zij niet meer aan te prikken zijn. En sommige patiënten hebben van zichzelf weinig bloedvaten, die ook nog eens moeilijk aan te prikken zijn (Sleeboom, 2008).

In een klein aantal gevallen kan chemotherapie, vooral wanneer het infuus in een klein bloedvat zit, tot een chemische ontsteking van het bloedvat leiden. Hierdoor ziet het bloedvat rood en is het pijnlijk. Het is dan ook meer dan begrijpelijk dat een aantal patiënten steeds meer opziet tegen bloedprikken en het inbrengen van de infuusnaald (Sleeboom, 2008).

Geeft het prikken veel problemen of leidt een bepaalde kuur mogelijk tot veel vaatwandbeschadiging, dan kan er gebruik gemaakt worden van een onder de huid aangebracht kastje (port à cath), dat met een slangetje aangesloten is op een bloedvat. Meestal wordt het kastje op de borst aangebracht, onder het sleutelbeen. Het heeft aan de bovenkant een stevig membraam, dat door de huid met een naald kan worden aangeprikt. Hierdoor kan bloed worden afgenomen en chemotherapie worden gegeven. Ook is het mogelijk om in bijvoorbeeld in de elleboog een 'lange lijn' te plaatsen (PIC catheter). Het voordeel van deze systemen is dat de patiënt niet steeds hoeft te worden geprikt. Er zijn echter ook een aantal nadelen aan een port à cath of een PIC catheter:

- het slangetje kan uit het bloedvat schieten
 - er kunnen stolsels ontstaan (thrombose) waardoor zelfs een longembolie kan ontstaan
 - infectiegevaar
 - bloedvergiftiging (sepsis)
- (Sleeboom, 2008)

Wanneer de chemotherapie niet in het bloedvat terechtkomt, maar daarbuiten, is er sprake van extravasatie. De eerste signalen zijn vaak pijn of een branderig gevoel. Achteraf blijkt vaak dat het infuus al minder goed inliep. Elk ziekenhuis heeft richtlijnen hoe hier mee omgegaan moet worden. In het ergste geval kan het leiden tot necrose (weefseldood) (Sleeboom, 2008).

Tot een paar weken na de chemotherapie kunnen klachten optreden. De klachten kunnen bestaan uit:

- irritatie van het bloedvat (pijnlijk of branderig, of zelfs ontstoken)
 - huid kan jeuken, verkleuren, rood zien, of extra gevoelig zijn
 - blaasjes (urticaria)
 - thromboser
- (Sleeboom, 2008)

4.6.4 Infectiegevaar, bloedarmoede en vergrote kans op bloedingen

In ons beenmerg worden witte bloedcellen, rode bloedcellen en bloedplaatjes aangemaakt. Chemotherapie kan hierop een remmend effect hebben. Witte bloedcellen zijn de verdedigers tegen infecties. Doordat minder witte bloedcellen worden gemaakt en vooral een bepaalde soort, de granulocyten, is er een grotere kans op het ontstaan van een infectie en kunnen infecties ook ernstiger verlopen. Als het aantal granulocyten onder een bepaalde grens is gedaald, is er sprake van granulopenie.

Als het totaal aantal witte bloedcellen verlaagd is, dan is er sprake van leukopenie. Ook doordat de chemotherapie beschadiging aan het slijmvlies kan geven, is er een vergroot risico op infectie. Door de beschadiging kunnen bacteriën, schimmels en virussen makkelijker binnendringen.

Ook andere factoren kunnen de kans op infectie verhogen, waaronder diabetes mellitus, een slechte voedingstoestand en medicamenten die de weerstand verminderen. Tien tot veertien dagen na het krijgen van chemotherapie is het aantal witte bloedcellen meestal

gedaald tot het laagste punt (nadir) en is de kans op het krijgen van een infectie het grootst (Sleeboom, 2008 en Klaren & van der Meer, 2004).

Kenmerken van een infectie zijn onder anderen:

- koorts – 38,5 °C (oudere patiënten hebben echter nogal eens geen koorts bij een infectie)
 - koude rillingen
 - ophoesten van gekleurd slijm
 - branderig gevoel bij het plassen
 - kleine beetjes plassen
 - ernstige vermoeidheid met een snelle hartslag
 - wondjes
 - verwardheid
 - keelpijn
 - pijnlijke mond, wondjes of witte plekjes, slikproblemen
 - diarree
- (Sleeboom, 2008 en Klaren & van der Meer, 2004)

Bij de behandeling van een infectie wordt naast de gebruikelijke behandeling met antibiotica enz., gebruik gemaakt van groeifactoren. Deze groeifactoren stimuleren de aanmaak van witte bloedcellen. Bijvoorbeeld molgrastim en sargramostim. Dit zijn granulocyt-macrofaag-kolonie-stimulerende factoren en grijpen aan op de granulocyt-voorlopercellen. Binnen 24 uur na toediening neemt het aantal neutrofielen in het perifere bloed duidelijk toe. Het gevolg hiervan is dat de gevolgen van beenmergtoxiciteit door toepassing van oncolytica worden afgezwakt (Sleeboom, 2008 en Soeterboek & Stapper, 2006).

Vermoeidheid

Vermoeidheid en conditiesverlies kan ontstaan als gevolg van de ziekte, de behandeling en/of psychische belasting. Na de behandeling zal de moeheid langzaam afnemen. Het is mogelijk dat de moeheid niet volledig overgaat.

Indien er minder rode bloedcellen aangemaakt worden, is er sprake van een laag hemoglobine gehalte. Klachten van bloedarmoede kunnen zijn:

- vermoeidheid
 - geen zin in dingen hebben die men anders graag doet
 - hartkloppingen (zowel een snelle hartactie als hartbonzen)
 - het snel koud hebben
 - duizeligheid
- (Sleeboom, 2008 en TweeSteden ziekenhuis 2012)

Naast het geven van bloedtransfusie kan ook gebruik gemaakt worden van injecties met groeifactoren die de aanmaak van rode bloedcellen stimuleren. Deze groeifactoren (erythropoïtines) hebben dezelfde werking als het erythropoïetine dat de mens zelf aanmaakt. Hierdoor nemen bovengenoemde klachten zoals vermoeidheid en duizeligheid af. Enige voorzichtigheid bij het gebruik van erythropoïetine is geboden. Wordt het hb-gehalte (ijzergehalte) te hoog, dan bestaat de kans op trombose of zelfs longembolieën (Sleeboom, 2008).

Wanneer de bloedplaatjes minder goed worden aangemaakt en hun aantal in het bloed te laag wordt, spreekt men van trombopenie. Bij een sterk verlaagd aantal bloedplaatjes (thrombocyten) kunnen bloedingen ernstiger verlopen en zelfs dodelijk aflopen. Helaas bestaan bij een tekort aan bloedplaatjes nog geen groeifactoren die de aanmaak ervan kunnen stimuleren. Daarom is bij een aantal chemotherapiebehandelingen het aantal bloedplaatjes de belemmerende factor. Dat wil zeggen dat het aantal bloedplaatjes bepaald of chemotherapie nog wel of niet meer kan worden gegeven (Sleeboom, 2008). Vlak voor de volgende kuur wordt het bloed gecontroleerd om te kijken of voldoende bloedcellen aanwezig zijn zodat de volgende kuur verantwoord gegeven kan worden (TweeSteden ziekenhuis, 2012).

4.6.5 Slijmvliesbeschadigingen

Slijmvliezen zijn snel delende en zich daardoor snel vernieuwende weefsels. Dit maakt dat slijmvliezen vaak gevoelig zijn voor chemotherapie en bestraling. Het voordeel van het snel vernieuwen is dat de slijmvliezen zich na een beschadiging meestal snel herstellen (binnen enkele dagen of weken) (Sleeboom, 2008).

Beschadiging van het mondslijmvlies (stomatitis)

Een goede mond verzorging is een uiterst belangrijk onderdeel van de ondersteunende behandeling bij chemotherapie. Een beschadiging van het mondslijmvlies, zeker als die gepaard gaat met zweertjes (ulceratie), is een bijwerking van chemotherapie met grote gevolgen. Het geeft dag en nacht pijn, waarbij slikken alleen al pijn doet, vooral warme dranken en voedsel. Voor aanvang van en tijdens de behandeling met chemotherapie dient de mondverzorging dan ook zo optimaal mogelijk te gebeuren. Dat reduceert de kans op infecties in het beschadigde slijmvlies. Voedingsstoffen en genotsmiddelen (zoals alcohol en roken) die het mondslijmvlies kunnen beschadigen of irriteren, moeten worden vermeden. In elk geval moeten na iedere maaltijd en voor het slapen gaan de tanden of het kunstgebit worden gepoetst of schoongemaakt. Soms is het zelfs nodig om nog vaker de tanden te poetsen. Een zachte tandenborstel is raadzaam om beschadigingen van het slijmvlies te voorkomen. Dit geldt ook wanneer er geen kans op stomatitis is, maar wel op een tekort aan bloedplaatjes. Mondspoelingen kunnen helpen de mond goed schoon te houden. Mondspoelingen waar alcohol in zit dienen vermeden te worden. Bij elke beschadiging aan het mondslijmvlies moet dit gemeld worden, zodat er actie op ondernomen kan worden (Sleeboom, 2008 en TweeSteden ziekenhuis, 2012).

Diarree of obstipatie (verstopping)

Ook beschadiging van het darmslijmvlies is een van de meest voorkomende bijwerkingen van chemotherapie. Dit kan diarree veroorzaken. Diarree, zeker als het een aantal dagen duurt, is slopend. Door het vochtverlies en een verminderde opnamen van voedingsstoffen (als men überhaupt al iets wil eten) holt de lichamelijke conditie vaak achteruit.

Daarnaast vertraagt de slechte conditie het herstel en kunnen met name bacteriën door het beschadigde darmslijmvlies naar binnen dringen en ernstige infecties veroorzaken. Daarom is het van belang om bij diarree, zeker in combinatie met koorts, dit direct te melden bij de verpleging of als de patiënt thuis is direct contact met het ziekenhuis te zoeken (Sleeboom, 2008).

Door de medicijnen tegen de misselijkheid kan ook diarree of obstipatie ontstaan. Dit laatste kan tegen gegaan worden door voldoende te bewegen. Daarnaast vezelrijke voeding (volkoren/bruin brood), groente en fruit eten (TweeSteden ziekenhuis, 2012).

Blaasslijmvlies

Ook het slijmvlies van de blaas kan door de chemotherapie beschadigd raken. Hierdoor kan men een constante aandrang krijgen om te plassen en soms kan er ook bloed in de urine komen. Ook dit moet meteen gemeld zodat er actie op ondernomen kan worden (Sleeboom, 2008).

4.6.6 Verminderde functie van de hartspier (cardiomyopathie)

Een afname van de kracht van de hartspier betekent dat men sneller kortademig wordt. Bij een ernstige cardiomyopathie betekent dit dat men bij de geringste inspanning naar adem hapt. Hoewel veel chemotherapeutica kunnen leiden tot cardiomyopathie, staat een bepaalde groep van chemotherapeutica, de anthracyclines, hier met name om bekend. De hartspierfunctie wordt meestal gecontroleerd door een MUGA-scan of door een echo van het hart. Door dit onderzoek op gezette tijden te herhalen, kan gekeken worden of de hartspierfunctie goed blijft of afneemt. Het kan zijn dat gestopt moet worden met de chemotherapie (Sleeboom, 2008).

Soms komt direct na de start van of gedurende het infuus met chemotherapie hartritmestoornissen voor, zoals snel kloppen van het hart of overslaan. Vaak is dit een akelig of zelfs angstig gevoel, maar gelukkig heeft dit niet te maken met het ontstaan van cardiomyopathie (Sleeboom, 2008).

4.6.7 Beschadiging van het zenuwstelsel (neuropathie)

Het herkennen van klachten door beschadiging van het zenuwstelsel (neuropathie) en het melden ervan is uitermate belangrijk. Als tijdig wordt ingegrepen, dat wil zeggen door het niet meer geven van het chemotherapeuticum dat de klachten veroorzaakt, dan nemen de klachten van neuropathie meestal weer af en kunnen ze zelfs geheel verdwijnen. In een later stadium kan het chemotherapeuticum, soms in een lagere dosering, weer opnieuw worden gegeven (Sleeboom, 2008).

Bij beschadiging van de uiteinden van de zenuwbanen spreekt men van een perifere neuropathie. Klachten die hierbij kunnen optreden, zijn onder meer:

- verminderde tastzin (minder goed kunnen voelen)
- verminderd gevoel voor trillingen (vibratie)
- spierzwakte
- het niet meer goed uitoefenen van functies van vooral de vingers (bijvoorbeeld knoopjes dichtdoen)
- veranderd gevoel in handen en voeten (gevoel op watten te lopen)
- pijn in handen en voeten (valgevaar aanwezig)
- pijn in de kaken bij kauwen
- pijn in keelholte bij slikken

Soms worden de klachten verergerd door kou. Als niet tijdig met de chemotherapie wordt gestopt, kunnen uiteindelijk verlammingen ontstaan (Sleeboom, 2008).

Extra aandacht voor het ontstaan van neuropathie verdienen patiëntengroepen waarbij de kans op het ontstaan ervan verhoogd is. Dit zijn bijvoorbeeld patiënten met diabetes mellitus, patiënten met een chronisch te hoog alcoholgebruik of een tekort aan bepaalde vitamines, zoals foliumzuur, vitamine B6 en vitamine B12 (Sleeboom, 2008).

Een bijzondere vorm van neuropathie is ototoxiciteit (gehoorverlies) als gevolg van sommige chemotherapeutica (Sleeboom, 2008).

4.6.8 Beschadiging van de longen (longtoxiciteit)

Beschadiging van de longen door chemotherapie kan op verschillende manieren plaatsvinden. Er zijn beschadigingen die acuut ontstaan, maar ook beschadigingen die pas na lange tijd duidelijk(er) worden. Klachten van een acute pneumonitis (longontsteking) zijn:

- hoesten zonder het opgeven van slijm
- kortademigheid
- hartkloppingen
- vermoeidheid

In een aantal gevallen kan de acute pneumonitis tot longfibrose leiden. Dit is littekenvorming, verbindweefseling van de longen, waardoor de patiënt blijvend ernstige klachten van kortademigheid heeft (Sleeboom, 2008).

Longbeschadiging kan ook optreden door een hypersensitivity pneumonitis (overgevoelighedslongontsteking). De patiënt klaagt dan over:

- hoesten
- kortademigheid
- koorts met koude rillingen
- hoofdpijn
- spierpijn
- vaak ook huiduitslag (rode uitslag over het gehele lichaam) (Sleeboom, 2008)

Soms ontstaat een ernstige acute kortademigheid doordat vocht uit de kleine longvaatjes lekt. Hoewel dit zogenoemde capillary leak-syndroom zeldzaam is, kan het leiden tot een ernstig longoedeem (vocht achter de longen) (Sleeboom, 2008).

4.6.9 Nierfunctiestornissen (nefrotoxiciteit)

Voor aanvang van de chemotherapie wordt de nierfunctie gecontroleerd. Veel chemotherapeutica worden namelijk door de nieren uitgescheiden. Verslechtert de nierfunctie, dan worden die chemotherapeutica langzamer uitgescheiden. Met andere woorden, zij blijven langer in het bloed zitten en ook nog eens in een grotere hoeveelheid. Hierdoor kunnen de chemotherapeutica niet alleen langer hun werking op de kankercellen uitoefenen, maar ook langer hun schadelijke werking op de normale cellen in het lichaam. Dit laatste kan tot levensbedreigende situaties leiden. In een enkel geval kan (tijdelijk) dialyse noodzakelijk zijn (Sleeboom, 2008).

4.6.10 Effecten op vruchtbaarheid en zwangerschap

Chemotherapie kan van grote invloed zijn op de vruchtbaarheid van zowel vrouwen als mannen. Omdat dit niet relevant is voor de doelgroep van afdeling Miró 2 van de Hazelaar zullen we op deze bijwerking niet verder ingaan. De doelgroep van Miró 2 zijn in principe oudere oncologische patiënten (Sleeboom, 2008).

4.6.11 Huidtoxiciteit (effecten op de huid)

Een aantal verschillende effecten op de huid zijn:

- ontstoken huid niet als gevolg van een infectie
- droge en soms schilferende huid
- roodheid van de huid

- het zogenaamde voet/hand-syndroom (pijnlijke, gezwollen, droge, rood verkleurde jeukende handen en voeten, vaak met strakke huid, waarop blaren kunnen zitten)
- overgevoeligheid van de huid voor zonlicht
- pigmentaties (kleurveranderingen van de huid)
- jeuk

De meeste huidafwijkingen verdwijnen na het stoppen van de chemotherapie (Sleeboom, 2008).

Afwijkingen aan nagels kunnen zijn:

- uitvallen van de nagels
- horizontale strepen met een donkere kleur
- afbrokkelen
- verkalken
 - (Sleeboom, 2008)

4.6.12 Haaruitval (alopecia)

Haaruitval als gevolg van chemotherapie kan niet alleen op het hoofd, maar overal op het lichaam optreden. Zelfs oogwimpers kunnen uitvallen. Meestal begint de haaruitval twee tot drie weken na de eerste chemotherapie. Bij sommige therapeutica treedt absoluut totale haaruitval op, bij andere kan haaruitval wel of niet optreden. Zoals al eerder vermeld mag aan de haaruitval geen conclusie getrokken worden of de chemotherapie wel of niet werkt. Meestal begint het haar een paar maanden na het staken van de chemotherapie weer te groeien. Haaruitval, ook al is het tijdelijk, is een heel emotioneel gebeuren. Het voelt alsof een deel van de persoonlijkheid verdwijnt, zelfs al weet men dat het haar weer terugkomt (Sleeboom, 2008).

Als het zeker is dat haaruitval optreedt, is het raadzaam om al voor aanvang van de chemotherapie een pruik of ontwerp te laten maken. Zodra het nodig is kan de pruikenmaker binnen enkele dagen de pruik klaar hebben. Er bestaat ook een ijskap (ice-cap) De werking berust op een verminderde bloedtoevoer, de haarvaten krimpen door de kou. Daardoor is er een verminderde toevoer van chemotherapie naar de schedel en omgeving waardoor de haaruitval zeker niet altijd voorkomen kan worden maar vaak wel beperkt kan worden. Al meer dan twintig jaar wordt hier onderzoek naar gedaan. Nadelen zijn dat de chemotherapietoediening één of twee uur langer duurt, terwijl het ook nog de vraag is of op de plaatsen waar de ijskap zit en in de omgeving ervan, de kans op uitzaaiingen niet wordt vergroot.

Volgens het principe van de ijskap zijn tegenwoordig ook gekoelde handschoenen ontwikkeld. Zij verkleinen bij chemotherapie de kans die uitval van nagels kan veroorzaken (Sleeboom, 2008).

4.7 Oncologische wonden

Oncologische wonden zijn wonden ontstaan door een tumorbehandeling. Zij onderscheiden zich van oncologische ulcera, die ontstaan ten gevolge van het tumorproces zelf. Dit onderscheid wordt gemaakt omdat de wondbehandeling verschillend is (Lintz-Luidens, 2002).

De tumorbehandelingen die oncologische wonden kunnen veroorzaken zijn radiotherapie, chirurgie, chemotherapie of een combinatie van deze therapieën. In het laatste geval treden wondproblemen sneller op, zijn heftiger en duren langer. De behandeling van een

oncologische wond hangt af van de oorzaak van de wond. Een huidreactie of wond door radiotherapie wordt anders behandeld dan een wond ontstaan door chirurgie.

Oncologische patiënten kunnen te maken krijgen met vertraagde wondgenezing door bijvoorbeeld:

- de locatie van de wond
- lymfoedeem
- eerdere behandeling van het gebied
- een combinatietherapie
- de voedingstoestand van de patiënt
- de gemoedstoestand van de patiënt
- de lichamelijke conditie
- ascites (vrij vocht dat zich spontaan in de buikholte ophoopt)
- leucopenie (vermindering witte bloedlichaampjes)
- anemie (bloedarmoede)

(Lintz-Luidens, 2002; UMCG, 2013; Nederlandse Vereniging voor Hematologie, 2013 en Schipper & Godfried, 2001)

Het doel van de wondbehandeling is een zo snel mogelijk herstel en de pijn en ongemak van de patiënt te beperken. Als er sprake is van combinatietherapie moet een wond grotendeels genezen zijn voordat de volgende behandeling plaats kan vinden (Lintz-Luidens, 2002).

Bij de wondbehandeling zijn meerdere disciplines betrokken. Een in wondzorg gespecialiseerde of ervaren verpleegkundige stelt samen met de arts het behandelplan op. De dagelijkse verzorging is in handen van een verpleegkundige, een verzorgende, een radiotherapeutisch laborant, een doktersassistent, een mantelzorger of de patiënt zelf. Hieronder worden de verschillende taken van een gespecialiseerde verpleegkundige benoemd:

- voorlichting
- preventie
- wondanamnese
- productkeuze
- observatie
- begeleiding

(Lintz-Luidens, 2002)

4.7.1 Wonden ontstaan na radiotherapeutische behandeling

De volgende preventieve maatregelen om huidreacties en wonden die kunnen ontstaan door radiotherapie te voorkomen zijn: (deze richtlijnen gelden tot ongeveer drie weken na de bestraling)

- driemaal daags de bestraalde huid poederen met een ongeparfumeerde talkpoeder. Sommige instituten geven de patiënt de keuze: poederen, niets doen of een indifferente crème (op waterbasis zonder medicinale toevoeging) gebruiken;
- geen zeep gebruiken bij het wassen en de huid na het wassen voorzichtig deppen;
- geen deodorant gebruiken als de oksel in het bestralingsgebied ligt;
- elektrisch scheren als de gezichtshuid in het bestralingsgebied ligt;
- ruimzittende kleding dragen;
- geen metaalhoudende producten of verbandmaterialen gebruiken in het gebied dat bestraald wordt;

- geen pleisters plakken op de bestraalde huid;
- beschermen tegen de zon;
- gebruik vochtinbrengende crèmes en bodylotions zonder allerlei toevoegingen;
- gebruik producten die geen allergie kunnen veroorzaken;
- probeer krabben te vermijden door de huid vet te houden;
- gebruik geen menthol poeder omdat dit de huid droog maakt en dit de jeuk kan verergeren.

(Lintz-Luidens, 2002 en TweeSteden ziekenhuis, 2012)

Acute huidreacties of wonden die ontstaan zijn na bestraling moeten op de volgende manieren behandeld worden:

- Erytheem (rode huidvlekken door hyperemie (bloedovervulling) als gevolg van vasodilatatie (bloedvatverwijding)) moet of zolang mogelijk droog worden gehouden of de huid moet ingesmeerd worden met indifferente crème, zoals cremor lanette of cremor cetamacrogol.
- Droge desquamatie (huid vertoont een bruine kleur, gaat schilferen en jeuken) hierbij gelden dezelfde richtlijnen als bij erytheem. Het trekkende gevoel en de jeuk die bij droge desquamatie kunnen optreden zijn graadmeters om over te gaan op het twee tot drie keer per dag insmeren met indifferente crème.
- Nattende desquamatie of epidermolyse (vooral ter hoogte van de huidplooien ontstaan met serum gevulde blaasjes onder de dermis die gaan samenvloeien en als gele korsten afvallen zonder littekenvorming indien geen bijkomend infectie optreedt. De nieuwe huid is in het begin dun, roze en kwetsbaar) goed reinigen, dagelijks schoonspoelen met lauwwarm kraanwater liefst met de douchekop. (voor spoelen de kraan wel 30 seconden doorlaten lopen ivm bacteriën) De genezingsduur is ongeveer tien tot veertien dagen na beëindigen van de bestralingsbehandeling. Bij combinatie met chemotherapie duurt de wondgenezing echter langer. Na het schoonspoelen de wond op een van de volgende manieren behandelen:
 - Katoenen verband met indifferente crème
 - Wondcontactmateriaal op synthetische of siliconenbasis
 - Schuimverband met siliconentoplaag
 - Glycerineverband
 - zilversulfadiazinecrème

(Lintz-Luidens, 2002; Kwaliteit en Medische informatie, 2013 en Wondenwijzer, 2011)

4.7.2 Wonden ontstaan door chemotherapie

De behandeling met cytostatica veroorzaakt in principe geen wonden. Wonden kunnen wel ontstaan als de cytostatica buiten de bloedbaan komen door extravasatie. (Zie ook 4.6.3) De behandeling van een wond na extravasatie vindt plaats aan de hand van het zwart-geel-roodclassificatiemodel.

Door chemotherapie kunnen verschillende huidreacties ontstaan. Deze leiden zelden tot open wonden. Er moet wel rekening mee gehouden worden dat cytostatica een afremmende rol spelen in de wondgenezing (onder meer bij de granulatiefase, de collageensynthese, de re-epithelialisatie en de littekenvorming). Het hand-voetsyndroom (zie ook 4.6.2) is een huidreactie die kan optreden na bijvoorbeeld de toediening van liposomaal doxorubicinehydrochloride (Caelyx) of continue intraveneuze of orale toediening van fluorouracil. Het hand-voetsyndroom ontstaat op plaatsen waar de huid blootgesteld wordt aan warmte, meestal de handen en de voeten. De patiënt ervaart

klachten zoals pijn, zwelling, erytheem, blaren en zweren, bruinverkleuring en vervelling. De behandeling begint preventief:

- koel houden van handen en voeten
- warmte en warm water vermijden
- handen en voeten onbedekt houden
- handen en voeten vet houden met uierzalf of vaseline

Afhankelijk van de ernst van de huidreactie zal de behandeling uitgesteld, aangepast of gestopt worden. Tijdige signalering van de eerste symptomen kan ernstige klachten voorkomen. 'Radiation recall' is een verschijnsel waarbij de huid in bestraald gebied opnieuw reageert na toediening van cytostatica (Lintz-Luidens, 2002 en Wondenwijzer, 2011).

4.8 Bewegen tijdens de chemotherapie

Veel patiënten met kanker hebben last van vermoeidheid. Dit kan voor beperkingen zorgen. Mensen hebben de neiging om minder actief te zijn. Uit onderzoek blijkt dat regelmatig bewegen tijdens en na de behandeling beter helpt tegen de vermoeidheid dan veel liggen en slapen. Lichamelijke activiteit kan:

- het aantal bijwerkingen van de behandeling verminderen
- helpen om na de behandeling weer sneller op krachten te komen
- helpen om de patiënt minder vermoeid te laten voelen tijdens de behandeling
- het zelfvertrouwen van de patiënt vergroten en de concentratie verbeteren
- het herstel na een operatie versnellen
- helpen om beter te slapen (TweeSteden ziekenhuis, 2012)

De patiënt moet een activiteit gaan doen die bij hem past en waar hij zich prettig bij voelt. Het is belangrijk om de activiteiten langzaam op te bouwen. Bijvoorbeeld 4 tot 6 keer per week 10 minuten. Daarna kan dit uitgebreid worden naar bijvoorbeeld 4 tot 6 keer 30 minuten per week (TweeSteden ziekenhuis, 2012).

Belangrijke aandachtspunten bij de activiteiten:

- Als het te spannend wordt moet de patiënt even uitrusten. Hij moet zich niet op laten juttten om toch door te gaan.
- De patiënt moet op signalen letten die het lichaam aangeeft. Als de patiënt bijvoorbeeld na afloop langer als een uur moe is, heeft hij waarschijnlijk te hard getraind. De volgende keer zal hij rustiger aan moeten doen.
- Variatie voorkomt verveling.
- Voor de activiteit en na afloop moet de patiënt het rustig aan doen.
- Patiënt moet (vooral bij warm weer) voldoende drinken.
- De patiënt moet er rekening mee houden dat hij op sommige momenten sneller moe kan zijn. Bijvoorbeeld de eerste dagen na de chemotherapie. (TweeSteden ziekenhuis, 2012)

4.9 Psychosociale aspecten

Mensen die met kanker worden geconfronteerd, zijn in bijna alle facetten van hun bestaan geschokt: het vertrouwen in zichzelf, in hun lichaam en in de wereld kan acuut helemaal verdwenen zijn. Het omgaan met deze tegenslag en het zoeken naar een nieuw levensevenwicht is meestal een proces van vallen en opstaan. Het vraagt een enorme kracht van deze mensen om de angst en ontreddering die op hen afkomen, geleidelijk beter te leren hanteren en de veranderingen die in hun leven opdoemen een plaats te leren geven. Voor velen zal het leven nooit meer zo zijn als voorheen (Brunklaus, 1996).

Niet iedere patiënt kan in dezelfde mate zijn eigen reacties tegenover de bedreiging door kanker kiezen. Het is dan ook van belang dat de omgeving rekening houdt met de manier waarop de patiënt met de informatie omgaat. Dit zou een belangrijk uitgangspunt in de verpleegkundige zorg moeten zijn. Daarvoor is het nodig dat de verpleegkundige eerst een beeld vormt van de behoefte van de patiënt. Mensen die zich eerder afsluiten voor de bedreigende aspecten van hun toestand, kunnen op belangrijke momenten soms veel meer behoefte hebben aan begrip en nabijheid dan aan uitleg en inzicht. Bij hen is het contact met begrijpende en meelevende mensen waarschijnlijk een grotere bron van geruststelling (Brunklaus, 1996).

Aandachtspunten voor de verpleegkundige:

- Ga ervan uit dat mensen zelf richting proberen te geven aan het verwerkingsproces. Mensen hebben een natuurlijk streven naar controle over zichzelf en hun situatie.
- Beschermingsmechanismen als ontkennen, verdringen, vermijden, verschuiven en negeren kan beschouwt worden als gezonde reacties op een moeilijke situatie. Ze komen naar boven op wisselende momenten, maar kunnen – afhankelijk van de onmacht die wordt ervaren – ook langdurig aanwezig zijn.
- Observeer hoe iemand zich openstelt of zich juist afsluit voor de bedreigende aspecten van zijn werkelijkheid. Sluit hier zo op aan dat de patiënt zich veilig kan voelen.

(Brunklaus, 1996)

4.9.1 Strategieën omgaan met moeilijke situaties

Al wordt de patiënt tijdelijk beschermd wanneer hij overspoeld wordt door pijnlijke gevoelens – hij staat toch elke dag opnieuw voor de opgave om te gaan met zijn angst, verdriet en wanhoop. Bij de volgende strategieën is aan getoond dat ze een positieve invloed hebben op het welzijn en de gezondheid van mensen die in moeilijke of bedreigende omstandigheden verkeren. In de begeleiding van mensen met kanker kunnen ze van grote betekenis zijn om patiënten te helpen meer controle te krijgen over zichzelf en hun situatie (Brunklaus, 1996).

4.9.1.1 Gevoelens onder woorden brengen

Heel belangrijk voor het verwerken van zorgen, angsten en verdriet is de mogelijkheid voor de patiënt om zich te uiten. Dat geeft hem de kans de maalstroom van gedachten en verwarrende gevoelens op een rijtje te zetten en al vertellend iets van orde te scheppen in wat hem is overkomen. Het kan een enorme opluchting geven. Hiervoor is het nodig dat iemand zich vrij voelt en niet wordt gehinderd door de gedachte dat hij een ander met zijn moeilijkheden opzadelt of dat hij niet wordt begrepen. Het is weinig mensen gegeven om onbevooroordeeld te luisteren naar de moeilijkheden van anderen. Juist het grootste deel van de hulp die patiënten ervaren blijkt dit oprecht en onbevangen luisteren te zijn (Brunklaus, 1996).

Hulpverleners gaan er soms te veel van uit dat het praten over moeilijkheden de enige weg is om dingen te verwerken. Ze vergeten daarbij dat de diepere lagen van het bewustzijn ook op een andere manier aangesproken kunnen worden. Niet iedere patiënt heeft er behoefte aan te praten over wat hem innerlijk bezighoudt. Vrouwen doen dit met veel meer gemak dan mannen. Bij mannen overheerst vaak een houding die gericht is op het actief aanpakken en oplossen van problemen. De onmacht die kanker met zich

meebrengt maakt het hen extra moeilijk om gericht naar zo'n 'oplossing' toe te werken. Daarom kunnen juist mannen baat vinden bij andere manieren om met negatieve gevoelens om te gaan, zoals het zoeken naar ontspanning (Brunklaus, 1996).

4.9.1.2 Het zoeken naar ontspanning

Angstige mensen kunnen baat hebben bij ontspanningsoefeningen, meditatie, luisteren naar muziek of zelf muziek maken, wandelen, hardlopen, ademtraining of sport. Deze vormen van lichamelijke activiteit geven hen de ruimte om bewuster met de geestelijke pijn om te gaan en beter naar zichzelf te gaan luisteren. Ze geven hen ook controle over hun eigen lichaam, waardoor zij het gevoel krijgen meer greep te hebben op andere aspecten van hun situatie. Deze methoden zijn echter alleen effectief als ze aansluiten bij de leefstijl en levenshouding van de patiënt (Brunklaus, 1996).

4.9.1.3 Afleiding vinden

Met enige afleiding kan de patiënt zijn emoties tijdelijk van zich afhouden. Bezigheden waarin je in stilte een moment kunt vinden om je te concentreren op de 'gewone' dingen van het leven zijn heel helpend voor mensen die blootstaan aan langdurige stress. Tekenen, schilderen, muziek maken of schrijven bieden de gelegenheid op een meer symbolische manier met emoties om te kunnen gaan (Brunklaus, 1996).

Veel patiënten geven aan dat het juist zo belangrijk is vast te houden aan kleine bezigheden die hen het gevoel geven dat het leven doorgaat. Door iemand te bezoeken, in een volkstuintje te werken, een boek te lezen, met de kinderen te spelen of het huis wat op te ruimen kunnen zij ondanks de vertwijfeling iets van zin in hun leven ontdekken (Brunklaus, 1996).

4.9.1.4 Een dagboek bijhouden

Een dagboek kan iemand helpen om zijn gevoelens te uiten en dingen vast te leggen die hem erg bezighouden. Daarnaast kan er misschien enige lijn ontstaan in het hanteren van de moeilijkheden. Het schrijven van een dagboek is een vorm van communiceren met jezelf waarbij je niet gehinderd wordt door de verwachtingen, meningen en gevoelens van anderen. Daardoor kan de patiënt heel eerlijk zijn tegenover zichzelf en kan het vaak nog opluchtender werken dan een gesprek (Brunklaus, 1996).

4.9.1.5 Betekenis geven

Iemand met een bedreigende ziekte als kanker wordt geconfronteerd met veel vragen die moeilijk te beantwoorden zijn. Met name de vraag 'Waarom ik?' dringt zich bijna altijd op. Het is menselijk dat we zo'n fundamentele vraag stellen en naar een antwoord zoeken. Ieder mens zoekt immers naar orde en rechtvaardigheid in zijn leven. Om innerlijk tot rust te kunnen komen is het nodig een antwoord te vinden. Het is afhankelijk van zijn levensinstelling of geloofsovertuiging in welke richting de patiënt naar een antwoord op die vraag gaat zoeken. Niet iedereen is zo sterk met deze vraag bezig. Sommige kijken nagenoeg niet om maar richten zich al snel op de vraag: Hoe nu verder? (Brunklaus, 1996)

4.9.1.6 Steunende gedachten koesteren

Sommige mensen benaderen tegenslag vanuit een optimistische instelling. Zij zijn geneigd niet meteen aan het ergste te denken, maar lichtpuntjes te zien waar anderen ze missen. Soms is er tegen beter weten in vertrouwen dat alles zich ten goede zal keren, of

is men ervan overtuigd dat door positief denken ook het eigen lot op een positieve manier kan worden beïnvloed. Daar schuilt veel waarheid in. Een optimistische levenshouding heeft een positieve invloed op het welbevinden. Een positieve gedachte kan gevoelens van angst en onzekerheid laten verminderen of verdwijnen en optimisme maakt de kans op positieve reacties uit de omgeving groter. Daardoor kan er een cirkel van elkaar versterkende interacties ontstaan. Op dezelfde manier kan doemdenken tot een negatieve spiraal aanzetten (Brunklaus, 1996).

4.9.1.7 Selectief richten van de aandacht

Het is heel functioneel om de kanten van een bedreigende situatie die je helemaal niet in de hand hebt, maar van je af te houden en je aandacht te richten op datgene wat wel veranderbaar lijkt. Dat geeft een mogelijkheid om meer controle over zo'n situatie te krijgen. Zo kan het helpen om niet te ver in de toekomst te kijken en je blik met kleine stapjes te richten op dichterbij liggende momenten die iets meer duidelijkheid kunnen geven. Bijvoorbeeld de patiënt kan zich concentreren op de eerste chemotherapiekuur en niet vooruit lopen op wat daarna misschien nog kan komen (Brunklaus, 1996).

Voor mensen met kanker is het vaak erg moeilijk om een positief gevoel over zichzelf te bewaren. Vaak is hun lichaam een grote dreiging geworden en zijn de ingrijpende en vaak verminkende gevolgen van amputaties, behandelingen en bestralingen dagelijks zichtbaar. Hierdoor, maar ook door de emotionele ontreddeking kan iemand onzeker en overgevoelig worden in het dagelijks contact met anderen. Kanker roept bij de meeste mensen nog sterk negatieve associaties op en de kans is groot dat iemand zich afgewezen of uitgestoten gaat voelen. Als iemand is aangewezen op de zorg van anderen en de besluiten van artsen, kan hij ongewild in een overafhankelijke en onderdanige positie terechtkomen. Daarbij betekent het contact met ernstig zieke medepatiënten tevens een confrontatie met zijn eigen toestand. Ook de noodzakelijke behandelingen kunnen het zelfrespect onder druk zetten. Dit alles kan het zelfbeeld van de patiënt veel schade toebrengen (Brunklaus, 1996).

Uit onderzoek van Ten Kate en De Klerck in Brunklaus (1996), is naar voren gekomen dat ongeveer 90% van de patiënten behoefte heeft aan contact met de verpleging tijdens opname in het ziekenhuis. Ongeveer 70% van de patiënten is redelijk tot zeer tevreden over de begeleiding van de verpleging. Patiënten blijken meer tevreden over de begeleiding als ze vaker met de verpleegkundige hadden gesproken. De tevredenheid over de verpleegkundige hangt vooral samen met de steun die werd gegeven als mensen het moeilijk hadden. Het blijkt dat de verpleegkundige niet altijd een steun zijn (41%) en dit bleek regelmatig een punt van onvrede. Sommige vonden de verpleegkundige te jong, met te weinig levenservaring om problemen mee te bespreken. Algemeen werden de verpleegkundigen door de patiënten gezien als de aangewezen instantie om mensen in het ziekenhuis emotioneel te begeleiden. In de lichamelijke verzorging zijn ze heel dichtbij en ook op andere momenten zijn ze het meest in de buurt. Er blijkt dus tijdens de opnameperiode een grote behoefte te bestaan aan contact met verpleegkundige. De patiënt wil zich kunnen uiten en hij wil gehoord worden als hij het moeilijk heeft. De patiënten in dit onderzoek gaven aan dat ze hier nog te veel zelf om moesten vragen. De aandachtspunten die uit het onderzoek naar voren kwamen waren:

- Er moet vaker hulp worden aangeboden. De patiënt zou er niet altijd zelf om moeten vragen. Ook als de patiënt op een bepaald moment aangeeft geen behoefte te hebben aan begeleiding, zou dit later nog een moeten worden aangeboden.

- De patiënten vonden dat er nog te weinig aandacht was voor wat zij door de ziekte geestelijk te verwerken kregen en de manier waarop ze probeerden daarmee om te gaan.
- Ze misten bij de arts de emotionele steun die ze ook van hem zo nodig vonden.
- Ze vonden ook dat het ziekenhuis contact met lotgenoten zou moeten organiseren en meer informatie zou moeten geven over de ziekte en mogelijke behandelingen. (Brunklaus, 1996)

4.10 Veiligheid rondom cytostaticagebruik

De cytostatica zit nog een aantal dagen na de toediening in het lichaam van de patiënt. Uitscheidingsproducten zoals urine, ontlasting en braaksel, bevatten nog resten cytostatica. Hoeveel dagen is afhankelijk van de soort cytostatica. Dit wordt de risicoperiode genoemd. Het is voor mensen die geen cytostatica nodig hebben, beter om hier niet mee in aanraking te komen. Tijdens de toediening van cytostatica en in de risicoperiode worden door de verzorgers maatregelen getroffen om het directe contact met cytostatica en de uitscheidingsproducten zoveel mogelijk te vermijden. Deze maatregelen zijn uitgebreider als voor de patiënt en zijn naasten. De verzorgers komen namelijk heel vaak met cytostatica en de uitscheidingsproducten in aanraken. De hoeveelheid cytostatica in zweet, speeksel en sperma is zo laag dat er geen speciale maatregelen genomen hoeven worden. Voor zoenen, knuffelen en seks hoeven dus geen specifieke voorzorgsmaatregelen genomen te worden. Ook kan de patiënt zonder voorzorgsmaatregelen met kinderen omgaan (TweeSteden ziekenhuis, 2012).

Aandachtspunten voor familie (thuissituatie):

- Wasgoed dat in de risicoperiode bevuild is met bijvoorbeeld braaksel of urine moet zo spoedig mogelijk gewassen worden. Het wasgoed moet in de thuissituatie eerst met een koud spoelprogramma en daarna op het normale wasprogramma gewassen worden.
- Besmet afval (dit is afval waarop in de risicoperiode uitscheidingsproducten zijn gekomen) kan in een dubbele, goed gesloten afvalzak, bij het gewone huisafval.
- Na het gebruik van het toilet, tijdens de risicoperiode, deze twee keer doorspoelen, indien aanwezig met gesloten deksel.
- Mannen krijgen het advies om zittend te urineren, om spatten zoveel mogelijk te voorkomen.
- Het toilet moet in de periode één maal per dag met een schoonmaakmiddel (geen chloor) gereinigd worden.
- Bij schoonmaken van het toilet gebruik maken van wegwerpdoekjes.
- Dep bij het morsen van uitscheidingsproducten deze eerst op met keukenpapier en maak de plek goed schoon met water en allesreiniger.
- Als patiënt of naasten in aanraking komen met uitscheidingsproducten, direct handen goed wassen.

(TweeSteden ziekenhuis, 2012)

Aandachtspunten voor zorgverleners:

Naast bovengenoemde aandachtspunten, moeten verzorgers extra veiligheidsmaatregelen nemen. Zij komen namelijk kortdurend, maar veelvuldig in aanraking met excreta (afscheiding naar buiten het lichaam, bijv. urine, zweet) na chemotherapie. Dit komt voor in een situatie waarbij de patiënt is opgenomen in een ziekenhuis of verpleeghuis.

Dit zijn de volgende aandachtspunten:

- Bij wassen van de patiënt gebruik maken van wegwerpwashandjes.
- Bij verzorgen van de patiënt handschoenen (bij voorkeur nitril) en over schort aan.
- Beschermbril (bij spatgevaar en bij calamiteiten)
- Pospoeler voorzien van omkeermechanisme
- Mondmasker (bij legen van po/urinaal indien een pospoeler zonder omkeermechanisme aanwezig is en bij calamiteiten)
- Overschoenen (bij calamiteiten waarbij besmet gebied groter is dan vijf cm en een besmetting in poedervorm)
- Beschermingsmouwen (bij spat gevaar)
- Al het afval dient in de daarvoor bestemde chemische afval bak gegooit te worden. (Specifiek Ziekenhuis Afval-ton – SZA – of Pactosafe, voorzien van voetpendaal)
- Oogspoelvoorziening (ingeval van cytostaticaspatten in het oog)
- Nooddouche (ingeval van morsen op de huid)
- Noodset en calamiteitenkoffer.

(Coelho, 2009; TweeSteden ziekenhuis, 2012 en Klaren & van der Meer, 2004)

4.11 Epidemiologie

Sommige kankersoorten kent iedereen, andere komen zelden voor. Kanker heeft vele gezichten, stadia en verschijningsvormen. Om hierin orde aan te brengen zijn epidemiologische gegevens relevant. Epidemiologie is de leer van de frequentie van het optreden van ziekten en van factoren die de frequentie bepalen. Epidemiologie van kanker is nooit los te zien van de algemene epidemiologische gegevens van de bevolking. Hier wordt de nadruk gelegd op de Nederlandse situatie (Coelho, 2009 en De Vries et al., 2009).

Eén op de duizend volwassenen is straks een overlever van kanker op kinderleeftijd. Bedacht moet worden dat voor patiënten genezing van kanker niet altijd hetzelfde is als het afsluiten van een periode met een potentieel levensbedreigende ziekte. Angst voor terugkeer van de ziekte zal bewust of onbewust langdurig een rol spelen in het dagelijks functioneren. Net als de gevolgen van de behandeling op zowel fysiek als op emotioneel terrein. Problemen rond beroepskeuzes, het afsluiten van verzekeringen en partnerkeuzes verdienen speciale aandacht en vragen deels nieuwe vaardigheden van werkers in uiteenlopende werkerterreinen van de gezondheidszorg (De Vries et al., 2009).

4.11.1 Sterftcijfers door kanker in Nederland

In 2006 waren er in Nederland ongeveer 83.300 nieuwe patiënten met kanker. Iets meer mannen dan vrouwen. In ongeveer twaalf procent van de gevallen was er al eerder een vorm van kanker geregistreerd, zodat bij 73.000 personen voor het eerst kanker werd vastgesteld. In 2005 zijn er 40.000 personen gestorven aan kanker. Ongeveer 30% van alle mensen in Nederland zullen tijdens hun leven een vorm van kanker krijgen (De Vries et al., 2009).

Hieronder staan de sterftcijfers door kanker en de meest voorkomende kankersoorten in Nederland. Deze zijn opgesteld door KWF Kankerbestrijding op basis van de meest recente gegevens.

Sterfte aan kanker

	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Jaar:							
Mannen:	22.528	21.897	21.701	21.311	21.241	21.092	20.848
Vrouwen	18.794	18.853	18.084	18.183	18.105	17.732	17.358
Totaal mannen en vrouwen	41.322	40.750	39.785	39.494	39.346	38.824	38.206

Doodsoorzaken mannen

Jaar	2009
1: Longkanker	6.427
2: Dikkedarmkanker en endeldarmkanker	2.566
3: Prostaatkanker	2.492
4: Alvleesklierkanker	1.178
5: Slokdarmkanker	1.149

Doodsoorzaken vrouwen

Jaar	2009
1: Longkanker	3.533
2: Borstkanker	3.180
3: Dikkedarmkanker en endeldarmkanker	2.295
4: Alvleesklierkanker	1.201
5: Eierstokkanker	1.006

(CBS, 2010)

Kankercellen groeien en delen ten koste van gezonde weefsels, waarbij ze met de gezonde cellen concurreren om ruimte en voedingsstoffen. Deze concurrentie verklaart het uitgemergelde uiterlijk van vele patiënten in het laatste stadium van kanker. De dood kan optreden wanneer niet functionele tumorcellen de gezonde cellen in deze organen hebben gedood of vervangen of wanneer de tumorcel de gezonde weefsels van essentiële voedingsstoffen beroven (Martini & Bartholomew, 2009).

Bijlage 5 Kennistoets



Referentie nummer: _____ (corresponderend met medewerker op de referentielijst)

Kennistoets oncologie en chemotherapie

Enige tijd geleden heb je meegedaan aan een scholing over oncologie. Om te onderzoeken of deze scholing voldoende aansluit bij de kennis die nodig is om een oncologische cliënt met chemotherapie te verzorgen, is deze kennistoets opgesteld. De toets is dus niet gemaakt om je persoonlijke score te meten. De score zal anoniem verwerkt worden. Alleen de projectgroep zal door middel van een referentielijst weten wie welke toets heeft ingevuld.

De kennistoets bestaat uit de volgende onderwerpen:

- Algemene kennis over kanker
- Chemotherapie algemeen
- Chemotherapie en bijwerkingen
- Veiligheid rondom chemotherapie

De toets neemt ongeveer 10 – 15 minuten in beslag. Op 3 juni zullen de onderzoeksgegevens gepresenteerd worden tijdens het teamoverleg. Deze kennistoets is een onderdeel van de afstudeeropdracht van José en Daniëlle. De opdrachtgever voor deze opdracht is jullie afdelingshoofd Mariëlle Verheijden. De kennistoets zal door alle medewerkers van Miro, die ook deel hebben genomen aan de oncologie scholing, ingevuld worden.

Veel succes en bedankt voor jullie steun!

José en Daniëlle

Algemene kennis over kanker

1. Sluit de scholing aan bij je voorkennis over oncologie en chemotherapie?

☐

Ja

☐

Nee, eventuele toelichting

.....

.....

.....

.....



De Wever

2. Kanker is een cel met beschadigd DNA, waardoor de cel zodanig ontafeld is dat hij zich ongecontroleerd blijft delen.

☐

Juist

☐

Onjuist

3. Kankercellen kunnen zich ook uitzaaien naar andere delen in het lichaam.

☐

Juist

☐

Onjuist

4. Wat kan een oorzaak zijn van kanker?

☐

Kanker in de familie

☐

Een infectie

☐

Te veel in de zon gelegen

☐

Vroeger met asbest gewerkt

☐

Alle bovengenoemde antwoorden

5. Er zijn een aantal manieren om kanker te behandelen (o.a. operatie, cytostatica en bestraling). Het is niet mogelijk dat een cliënt twee verschillende behandelingen tegelijk krijgen.

☐

Juist

☐

Onjuist

Chemotherapie algemeen

6. Chemotherapie is een behandeling met cytostatica , die erop gericht is om het proces van celdeling stop te zetten.

☐

Juist

☐

Onjuist



De Wever

7. Chemotherapie heeft alleen effect op kankercellen, dus niet op de normale gezonde cellen.

☐

Juist

☐

Onjuist

Chemotherapie en bijwerkingen

8. Als een cliënt veel bijwerkingen heeft, weet je zeker dat de chemotherapie aanslaat.

☐

Juist

☐

Onjuist

9. Iedereen die chemotherapie heeft, wordt misselijk en gaat braken.

☐

Juist

☐

Onjuist

10. Pas als een cliënt met chemotherapie misselijk wordt krijgt hij anti-emetica.

☐

Juist

☐

Onjuist

11. De bijwerkingen van orale cytostatica zijn minder dan wanneer een cliënt de chemo via een infuus krijgt toegediend.

☐

Juist

☐

Onjuist



De Wever

12. Beschadiging van het mondslijmvlies (stomatitis) is één van de mogelijke bijwerkingen van chemotherapie. Daarom....

- ☐ is het belangrijk om in de ochtend en in de avond de tanden en/of kunstgebit te poetsen
- ☐ is het belangrijk om één keer per dag de tanden en/of kunstgebit te poetsen
- ☐ is het belangrijk om in elk geval na iedere maaltijd en voor het slapen gaan de tanden en/of het kunstgebit te poetsen

13. Mondspoelingen kunnen helpen de mond goed schoon te houden. Mondspoelingen waar alcohol in zit dienen vermeden te worden.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

14. Waarom krijgen patiënten met chemotherapie het advies om bij eventueel haarverlies overdag en 's nachts een muts te dragen?

- ☐ Anders zien mensen dat de cliënt kaal is of aan het worden is.
- ☐ Verlies van warmte via het hoofd.
- ☐ Anders doet het hoofd pijn.

15. Bewegen is niet zo belangrijk, de cliënt met chemotherapie moet juist veel rusten.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

16. Het kan zijn dat een cliënt na een chemokuur moeite heeft om de knoopjes van zijn hemd of pyjama dicht te krijgen. Dit is ook een bijwerking van de chemotherapie.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist



De Wever

17. Als er vragen of problemen ontstaan bij het gebruik van cytostatica of bij de verzorging van de cliënt met chemotherapie mag je tussen 8:00 uur en 22:00 uur naar de afdeling oncologie van het TweeSteden ziekenhuis bellen.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

18. Indien een cliënt met chemotherapie koorts heeft (38,5° of hoger), moet je eerst de afdelingsarts bellen en niet direct naar het TweeSteden ziekenhuis.

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist

19. Om te voorkomen dat een cliënt met chemotherapie last krijgt van het hand-voet syndroom (cliënt ervaart bijvoorbeeld klachten zoals pijn, zwelling, blaren en zweren, bruinverkleuring en vervelling) kan men het beste:

- ☐ Handen en voeten warm houden, even onder de warme kraan houden, insmeren met vaseline en bedekken met sokken, handschoenen
- ☐ Handen en voeten koel houden, niet bedekken met sokken of handschoenen, maar wel insmeren met vaseline
- ☐ Handen en voeten koel houden, niet bedekken met sokken of handschoenen en niet insmeren met vaseline
- ☐ Handen en voeten warm houden, even onder de warme kraan houden, niet insmeren met vaseline maar bedekken met sokken, handschoenen

Veiligheid rondom chemotherapie

20. De risicoperiode (cave excreta) duurt twee of drie dagen (exclusief periode van de chemokuur).

- ☐ Juist
- ☐ Onjuist



De Wever

21. Als iemand met chemotherapie een blaaskatheter heeft, moet deze met inhoud (urine) in de speciale blauwe chemo ton gedeponeerd worden.

☐

Juist

☐

Onjuist

22. Als iemand met chemotherapie over de vloer gebraakt heeft, moet dit opgedaan worden en daarna direct afgedaan worden met chloor zodat het zeker goed ontsmet is.

☐

Juist

☐

Onjuist

23. Een linnen servet dat gebruikt is tijdens het eten door een cliënt met chemotherapie mag gewoon in de algemene waszak.

☐

Juist

☐

Onjuist

24. Mevrouw H. krijgt sinds gisteren orale cytostatica. Ze is hulpbehoevend en wil vandaag graag in bad. Mag dat?

☐

Ja, geen probleem

☐

Nee, maar ze mag wel douchen

☐

Nee, je mag mevrouw alleen op bed wassen

25. Indien je een cliënt met chemotherapie op bed moet wassen zijn daar speciale wegwerpwashandjes voor.

☐

Juist

☐

Onjuist



De Wever

26. Bestek, borden en glazen moeten bij iemand met chemotherapie met handschoenen aan afgeruimd worden.

☐

Juist

☐

Onjuist

27. Ook na de risicoperiode (cave excreta) moet je het toilet na gebruik nog altijd twee keer doorspoelen met gesloten deksel.

☐

Juist

☐

Onjuist

28. Het toilet moet in de risicoperiode (cave excreta) één keer per dag met een schoonmaakmiddel schoongemaakt worden.

☐

Juist

☐

Onjuist

29. Zijn er nog onderwerpen waar je meer informatie over wilt hebben met betrekking tot oncologische cliënten met chemotherapie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....



De Wever

30. Welke onderwerpen heb je gemist tijdens de recent gegeven oncologie scholing?

.....

.....

.....

.....

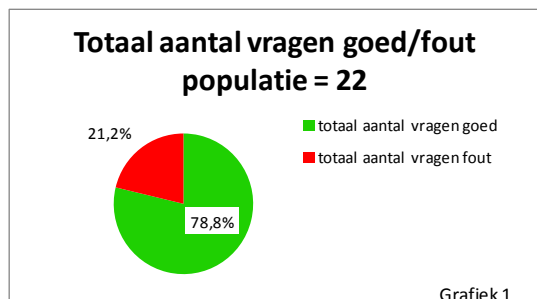
.....

.....

Bedankt voor je tijd en inzet. Met jouw hulp kan de volgende oncologie scholing nog beter afgestemd worden op de behoefte van de medewerkers van Miró. Hierdoor kan de continuïteit en kwaliteit van de zorg voor de cliënten met chemotherapie gewaarborgd worden.

Bijlage 6 Uitgebreide analyse kennistoets

Alle 22 medewerkers bij elkaar, hebben 78,8% van de vragen goed beantwoord. (zie grafiek 1 en tabel 2). Dit wil zeggen dat van ze van de 27 gesloten kennisvragen gemiddeld 5,7 vragen fout hadden en 21,3 vragen goed.

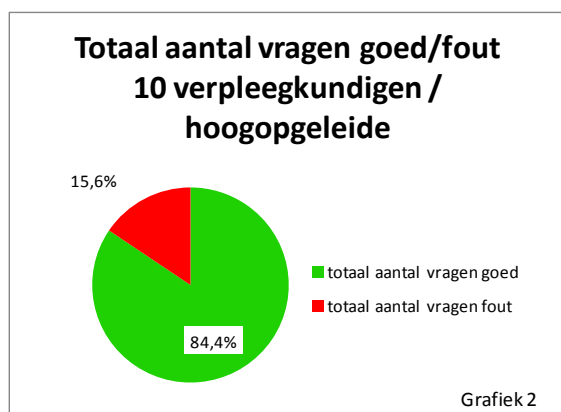


Totale populatie (N=22)	Totaal	Percentage	Gemiddeld
totaal aantal antwoorden	594	100,0%	27,0
totaal aantal vragen goed	468	78,8%	21,3
totaal aantal vragen fout	126	21,2%	5,7

Tabel 2

De hoog opgeleide, de verpleegkundigen van zowel niveau 4 en niveau 5 (n=10), hebben samen 84,4% van de vragen goed beantwoord. Gemiddeld hadden de verpleegkundige 4,2 vragen van de 27 kennisvragen fout en 22,8 vragen goed. (zie grafiek 2 en tabel 3). De verpleegkundigen hadden dus gemiddeld meer vragen goed dan de totale populatie.

Alleen de verpleegkundigen niveau 5 hebben samen 88,9% (n=4) van de vragen goed beantwoord. Gemiddeld hadden zij 3 van de 27 vragen fout en dus 24 vragen goed (zie tabel 4). Terwijl de verpleegkundige niveau 4 (n=6) samen 81,5% van de vragen goed beantwoord hebben. Zij hadden 5 vragen fout en 22 vragen goed van de 27 kennisvragen (zie tabel 5). De verpleegkundige niveau 5 hebben dus gemiddeld 2 vragen meer goed dan hun collega verpleegkundige niveau 4.



Hoogopgeleide - Verpleegkundigen (N = 10)	Gemiddeld
totaal aantal antwoorden	270
totaal aantal vragen goed	228
totaal aantal vragen fout	42

Tabel 3

Verpleegkundigen niveau 5 (N = 4)	Gemiddeld
totaal aantal antwoorden	108
totaal aantal vragen goed	96
totaal aantal vragen fout	12

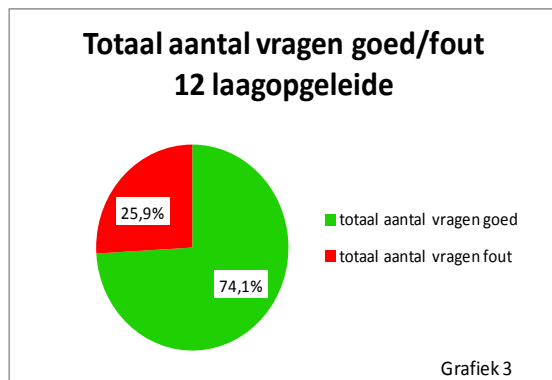
Tabel 4

Verpleegkundigen niveau 4 (N = 6)	Gemiddeld
totaal aantal antwoorden	162
totaal aantal vragen goed	132
totaal aantal vragen fout	30

Tabel 5

De laagopgeleiden, de medewerkers huishoudelijke dienst, de voedingsassistenten, de helpende en de verzorgenden hebben samen 74,1% van alle vragen goed beantwoord. Zij hadden gemiddeld 7 van de 27 kennisvragen fout beantwoord en 20 vragen goed beantwoord (zie grafiek 3 en tabel 6). De verzorgenden en helpende afzonderlijk hadden 77,0% van de vragen goed beantwoord. Zij hadden gemiddeld 6,2 vragen fout en 20,8 vragen goed beantwoord (zie tabel 7). Ten slotte hadden de medewerkers huishoudelijke dienst en de voedingsassistenten 72% van de vragen goed beantwoord. Zij hadden 7,6 vragen fout en 19,4 vragen goed van 27 kennisvragen in totaal. De medewerkers

huishoudelijke dienst en de voedingsassistenten hebben de toets dus iets minder goed gemaakt als de verzorgenden en helpende van de laagopgeleide medewerkers (zie tabel 8).



Laagopgeleid (12)			
totaal aantal antwoorden	324	100,0%	27,0
totaal aantal vragen goed	240	74,1%	20,0
totaal aantal vragen fout	84	25,9%	7,0

Tabel 6

Verzorgenden en helpende (5)			
totaal aantal antwoorden	135	100,0%	27,0
totaal aantal vragen goed	104	77,0%	20,8
totaal aantal vragen fout	31	23,0%	6,2

Tabel 7

Voedingsassistenten en mdw HHD (7)			
totaal aantal antwoorden	189	100,0%	27,0
totaal aantal vragen goed	136	72,0%	19,4
totaal aantal vragen fout	53	28,0%	7,6

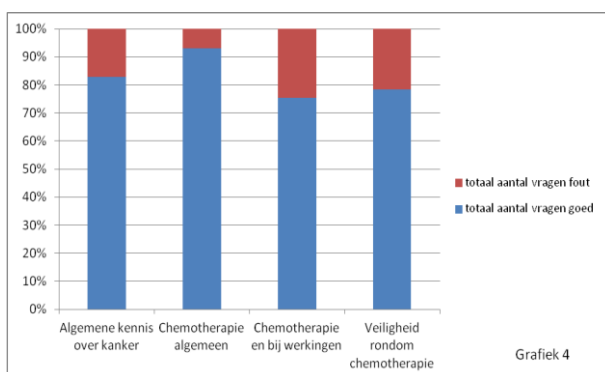
Tabel 8

De 4 deelgebieden van de kennistoets

De kennistoets was onderverdeeld in 4 deelgebieden. De 27 kennisvragen zijn verdeeld in 4 vragen over algemene kennis over kanker, 2 vragen over chemotherapie in het algemeen, 12 vragen over chemotherapie en bijwerkingen en 9 vragen over veiligheid rondom chemotherapie. De meeste vragen zijn gesteld over bijwerkingen en veiligheid omdat hier tijdens de scholing de nadruk op lag. Naast de 27 kennisvragen is er één vraag gesteld of de scholing aansloot bij de huidige kennis van de medewerkers. Ook zijn er nog 2 open vragen gesteld. Vraag 29 was of er nog onderwerpen zijn waar de medewerker graag meer informatie over zou willen hebben met betrekking tot oncologische cliënten met chemotherapie. Vraag 30 was of ze onderwerpen gemist hebben tijdens de recent gegeven oncologie scholing. De resultaten van de 2 open vragen zullen op het einde van dit hoofdstuk beschreven worden.

Algemene vragen over kanker

In totaal zijn 83,0% van de algemene vragen over kanker goed beantwoord door de totale populatie (zie grafiek 4 en tabel 9). Hier zijn 4 vragen over gesteld. Van de in totaal 88 gegeven antwoorden op deze 4 vragen is er 15 keer een fout antwoord gegeven en 73 keer een goed antwoord. 10 medewerkers hadden alle vragen in deze categorie goed beantwoord.



Algemene kennis over kanker

totaal aantal antwoorden	88	100,0%
totaal aantal vragen goed	73	83,0%
totaal aantal vragen fout	15	17,0%

Tabel 9

Chemotherapie algemeen

totaal aantal antwoorden	44	100,0%
totaal aantal vragen goed	41	93,2%
totaal aantal vragen fout	3	6,8%

Tabel 10

Chemotherapie en bijwerkingen

totaal aantal antwoorden	264	100,0%
totaal aantal vragen goed	199	75,4%
totaal aantal vragen fout	65	24,6%

Tabel 11

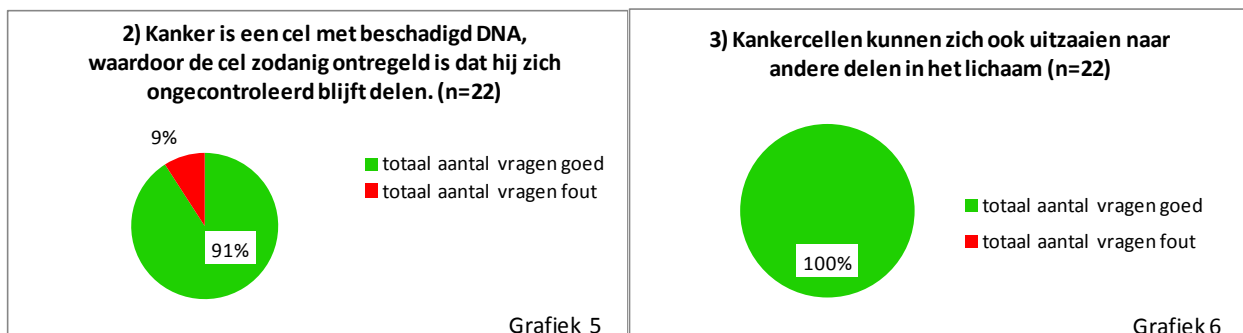
Veiligheid rondom chemotherapie

totaal aantal antwoorden	198	100,0%
totaal aantal vragen goed	155	78,3%
totaal aantal vragen fout	43	21,7%

Tabel 12

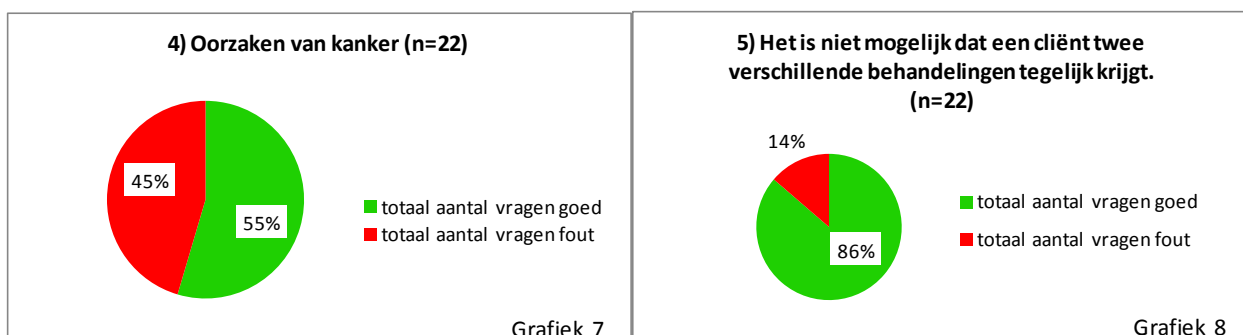
2 medewerkers (1 verpleegkundige en 1 verzorgende) hadden vraag 2 fout en wisten niet dat kanker een cel is met beschadigd DNA, waardoor de cel zodanig ontregeld is dat hij zich ongecontroleerd blijft delen. De overige 20 medewerkers wist dit wel en hadden deze vraag goed beantwoord. 91% had deze vraag dus goed beantwoord (zie grafiek 5).

Alle medewerkers hadden vraag 3 goed, 100% wist dus dat kankercellen zich kunnen uitzaaïen naar andere delen in het lichaam (zie grafiek 6).



45% van de medewerkers kon vraag 4 over oorzaken niet goed beantwoorden. Bij deze vraag werden 4 mogelijke oorzaken genoemd (kanker in de familie, een infectie, te veel in de zon gelegen en vroeger met asbest gewerkt). Antwoord 5 was alle bovengenoemde antwoorden en dit was ook het juiste antwoord. 1 keer had een medewerker kanker in de familie niet aangekruist, 2 medewerkers hadden te veel in de zon gelegen niet aangekruist en 9 keer hadden medewerkers het antwoord infectie niet aangekruist (zie grafiek 7). Een infectie kan bijvoorbeeld komen door het humaan papilloom virus dat baarmoederhalskanker kan veroorzaken.

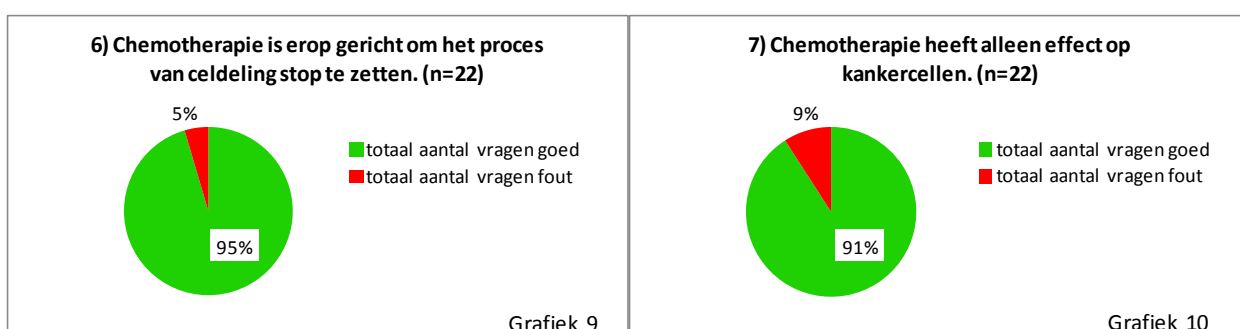
Van de 22 medewerkers wisten 3 medewerkers niet dat het mogelijk was om twee verschillende behandelingen (o.a. operatie, cytostatica en bestraling) om kanker te bestrijden tegelijk te krijgen. 86% van de medewerkers wist dit wel. 19 medewerkers hadden deze vraag dus goed beantwoord (zie grafiek 8).



Chemotherapie in het algemeen

93,2% van de vragen over chemotherapie in het algemeen, zijn goed beantwoord (zie grafiek 4 en tabel 10). Hierover stonden 2 vragen in de toets. Van de in totaal 44 gegeven antwoorden op deze 2 vragen is er 3 keer een fout antwoord gegeven en 41 keer een goed antwoord. In totaal zijn er 19 medewerkers geweest die beide antwoorden juist hadden. Er zijn 3 medewerkers die 1 van de 2 vragen fout hadden beantwoord. 95% van de medewerkers wist dat chemotherapie een behandeling met cytostatica is, die erop gericht is om het proces van celdeling stop te zetten (zie grafiek 9). 1 persoon, een verpleegkundige, had deze vraag fout.

2 medewerkers, 9% wist niet dat chemotherapie ook effect heeft op normale gezonde cellen. De overige 20 medewerkers, 91% van de populatie hadden vraag 6 wel goed (zie grafiek 10).

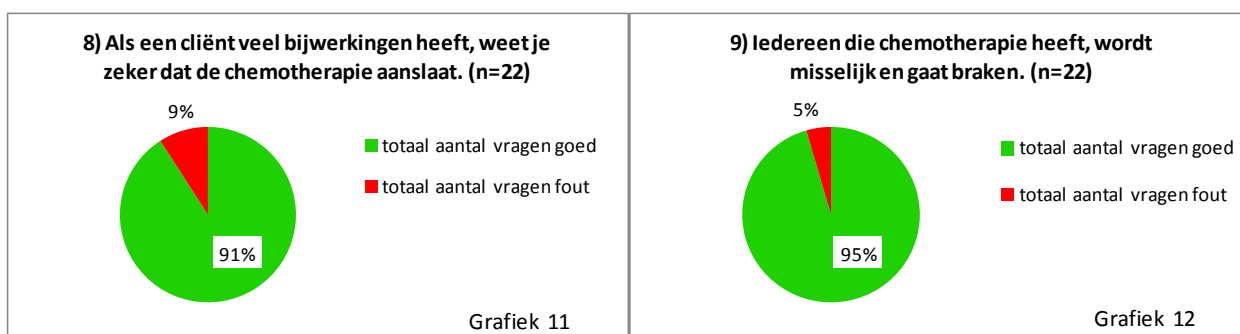


Chemotherapie en bijwerkingen

Van de 12 vragen over chemotherapie en bijwerkingen is 75,5% goed beantwoord (zie grafiek 4 en tabel 11). Van de in totaal 264 gegeven antwoorden op deze 12 vragen is er 65 keer een fout antwoord gegeven en 199 keer een goed antwoord. 1 persoon, verpleegkundige niveau 5 had alle 12 vragen in deze categorie goed. 1 vraag (vraag 15, zie grafiek 18) is door alle medewerkers goed beantwoord.

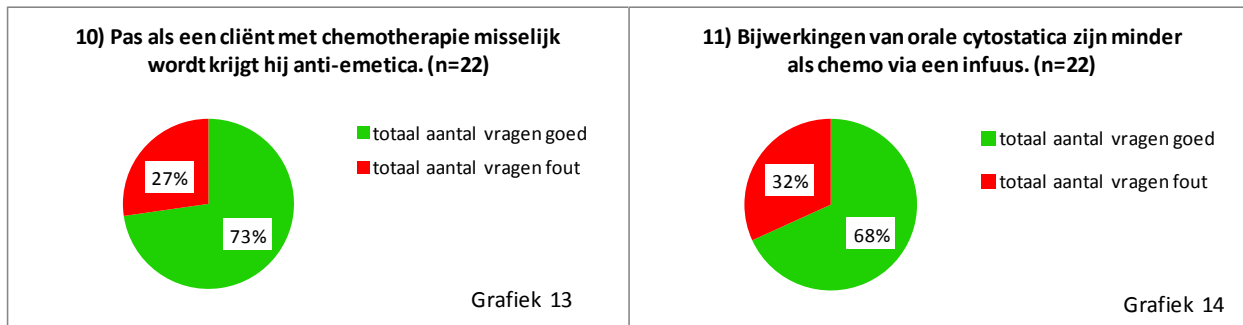
9%, 2 medewerkers, dachten bij vraag 8 foutief dat als een cliënt veel bijwerkingen heeft, dit een teken is dat de chemotherapie aanslaat. Beide medewerkers zijn voedingsassistent. De overige 20 medewerkers hadden deze vraag goed beantwoord, 91% (zie grafiek 11).

Dat niet iedereen die chemotherapie heeft ook altijd misselijk zal worden en zal gaan braken, wisten 21 medewerkers. Dit is 95% van de medewerkers. 1 medewerker (voedingsassistent) had het antwoord van vraag 9 fout, die dacht dat iedereen met chemotherapie misselijk wordt en gaat braken (zie grafiek 12).



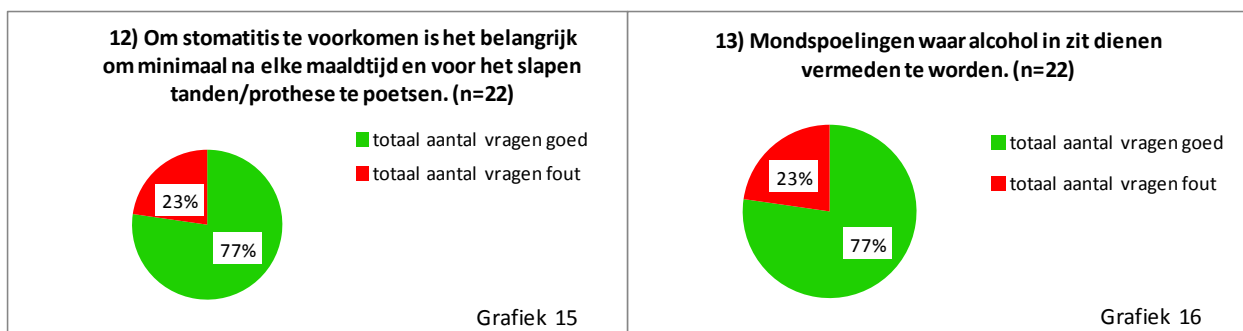
6 medewerkers, 17%, dachten foutief dat cliënten pas anti-emetica (medicijnen tegen misselijkheid) krijgen, als een cliënt met chemotherapie misselijk wordt. Dit is niet het geval en 16 medewerkers hadden vraag 10 goed. Dit is 73% (zie grafiek 13).

7 van de 22 medewerkers, 27% dachten foutief dat de bijwerkingen van orale cytostatica minder zijn dan wanneer de cliënt chemo via een infuus krijgt toegedient. De bijwerkingen van orale cytostatica kunnen zelfs nog veel erger zijn. 68% van de medewerkers wisten dit en hadden vraag 11 goed. Dit zijn 15 medewerkers (zie grafiek 14).



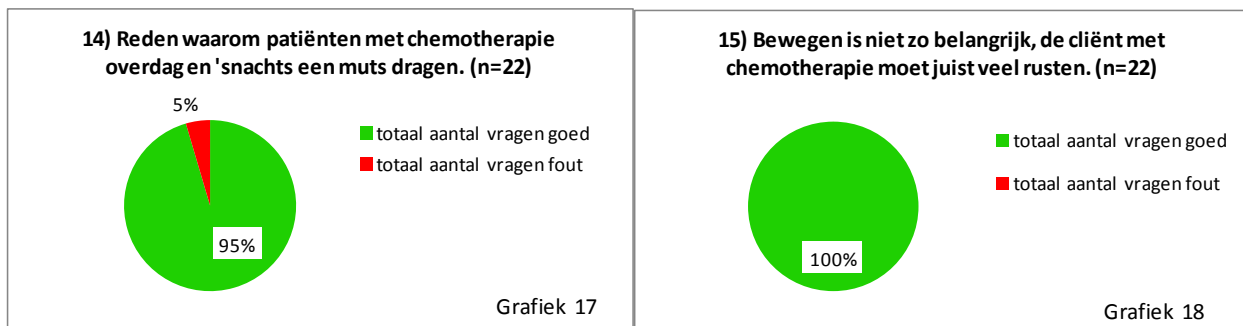
77% van de medewerkers wist dat het belangrijk is dat chemo cliënten na elke maaltijd en voor het slapen gaan hun tanden en/of kunstgebit poetsen. Dus ook in de ochtend na het ontbijt. 17 medewerkers hadden deze vraag 12 goed en 5 (23%) hadden de vraag fout (zie grafiek 15). De medewerkers die de vraag fout hadden waren 2 verpleegkundigen, 2 voedingsassistenten en 1 medewerker huishoudelijke dienst. Voor de voedingsassistenten en de medewerker huishoudelijke dienst is het minder van belang om deze kennis te hebben. Het is niet hun taak om ervoor te zorgen dat de cliënt zijn tanden poetst. Voor de verpleegkundige is het wel cruciaal om deze kennis te hebben, omdat het één van hun taken is om er voor te zorgen dat dit gebeurt.

Vraag 13 is ook door 77% van de medewerkers goed beantwoord, namelijk dat mondspoelingen met alcohol vermeden dienen te worden. 17 van de 22 medewerkers hadden deze vraag goed en 5 hadden deze vraag fout. Dit is 23% (zie grafiek 16). Van elk niveau/functie is er een medewerker die deze vraag fout had.

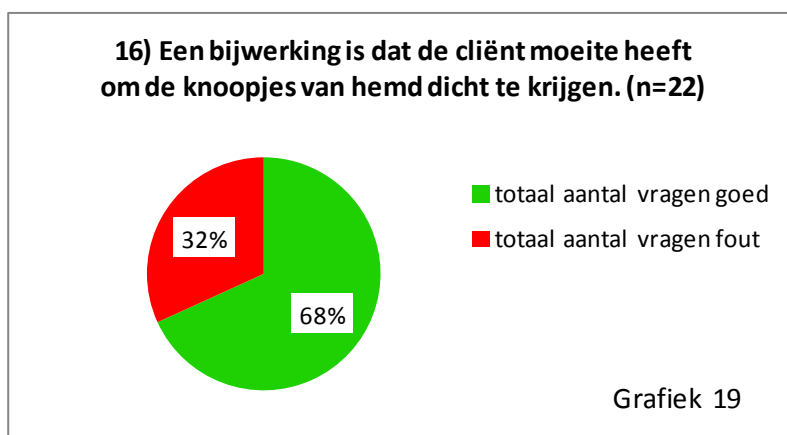


21 medewerkers weten dat patiënten met chemotherapie het advies krijgen om bij eventueel haarverlies overdag en ook 's nachts een muts te dragen om zo het verlies van warmte via hun hoofd te minimaliseren. Dit is 95%. 1 medewerker wist niet dat verlies van warmte via het hoofd de reden is dat de patiënten overdag en 's nachts een muts moeten dragen (zie grafiek 17). De medewerker die dit niet wist was een voedingsassistente.

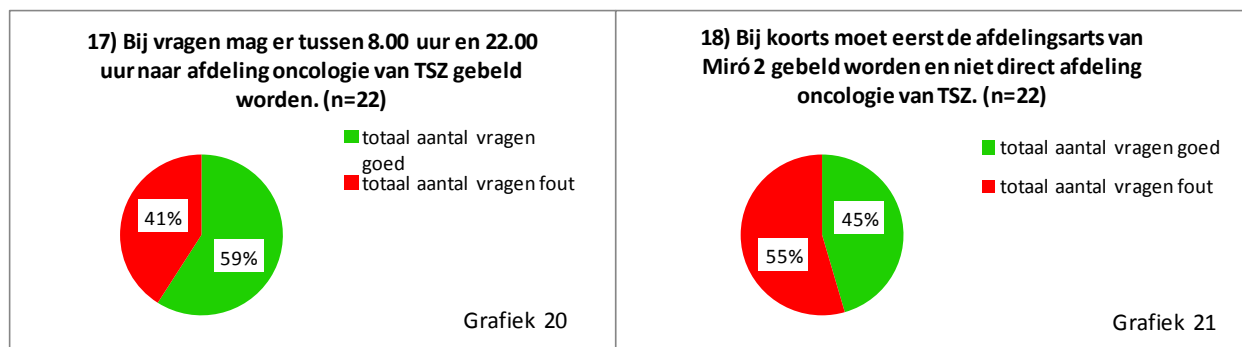
De gehele populatie wist dat bewegen voor de cliënt met chemotherapie juist wel belangrijk is en hierdoor is deze vraag 100% goed beantwoord (zie grafiek 18).



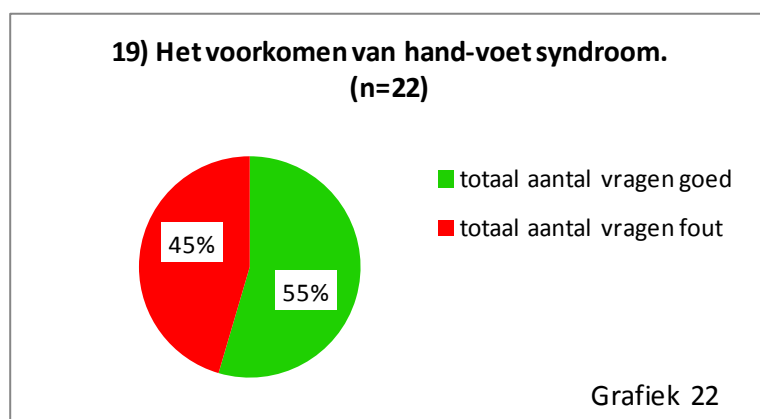
15 medewerkers, oftewel 68%, wist dat het voor kan komen dat een cliënt met chemotherapie bijvoorbeeld moeite heeft om de knoopjes van zijn hemd of pyjama dicht te krijgen en dat dit door een bijwerking van de chemotherapie kan komen. Een bijwerking van chemotherapie is neuropathie. Dit is een beschadiging van het zenuwstelsel, waardoor de cliënt minder gevoel in zijn vingers kan hebben. Hij kan ook pijn hebben in handen en voeten, aan zijn kaak of in zijn keelholte. 32% van de medewerkers had deze vraag verkeerd, dit waren 7 medewerkers (zie grafiek 19).



Vraag 17 en 18 gaan over de procedure die de medewerkers moeten volgen bij vragen en/of problemen. Het blijkt dat dit nog niet helemaal duidelijk is bij de medewerkers op de afdeling. De stelling van vraag 17 was dat als er vragen of problemen zijn er tussen 8.00 uur en 22.00 naar de afdeling oncologie van het TweeSteden gebeld mag worden. Deze stelling was niet juist, er mag namelijk 24 uur per dag naar de afdeling oncologie gebeld worden. 59% van de medewerkers hadden deze vraag goed, dit zijn 13 medewerkers. 9 medewerkers hadden de vraag dus fout beantwoord. Dit is 41% (zie grafiek 20). Van elk niveau waren er medewerkers die deze vragen fout beantwoord hadden. De stelling van vraag 18, indien een cliënt met chemotherapie koorts heeft, moet er eerst de afdelingsarts gebeld worden en mag er niet direct naar het TweeSteden ziekenhuis gebeld worden, is door slechts 45% goed beantwoord (zie grafiek 21). Deze stelling is juist, er moet inderdaad volgens de standaard procedure van de Hazelaar eerst naar de arts of het coördinerend hoofd gebeld worden, en niet direct naar de afdeling oncologie van het TweeSteden ziekenhuis. Slechts 10 medewerkers hadden deze vraag goed beantwoord en 12 van de 22 hadden deze vraag fout.



10 van de 22 medewerkers, 45%, wist niet dat het hand/voet syndroom het beste voorkomen kan worden door de handen en voeten koel te houden, door ze niet te bedekken met sokken of handschoenen, maar ze wel in te smeren met vaseline. Bij het hand/voet syndroom ervaart een cliënt klachten zoals pijn, zwelling en blaren, bruinverkleuring en vervelling. 55% had deze vraag wel goed, dit zijn 12 medewerkers (zie grafiek 22).

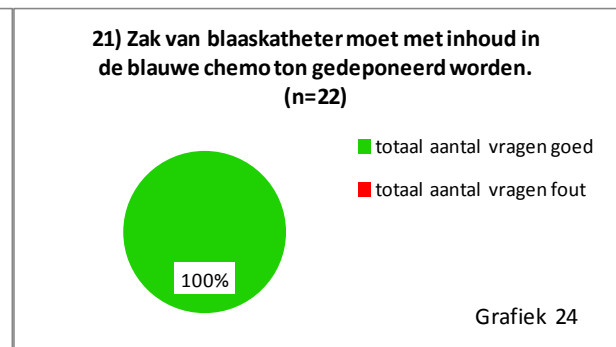
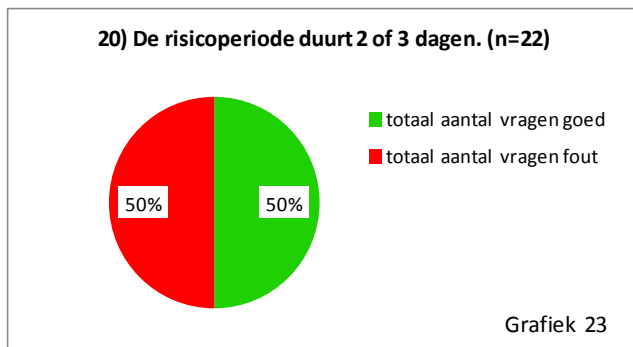


Veiligheid rondom chemotherapie

Tenslotte zijn er 78,3% van de vragen over veiligheid rondom chemotherapie goed beantwoord (zie grafiek 4 en tabel 12). Hierover waren 9 vragen gesteld. 198 gegeven antwoorden op deze 9 vragen is er 43 keer een fout antwoord gegeven en 155 keer een goed antwoord. 3 medewerkers hebben alle vragen goed in deze categorie. Dit zijn 2 verpleegkundigen niveau 5 en 1 verpleegkundige niveau 4. 1 van de 9 vragen is door alle 22 medewerkers goed beantwoord. Dat is vraag 21.

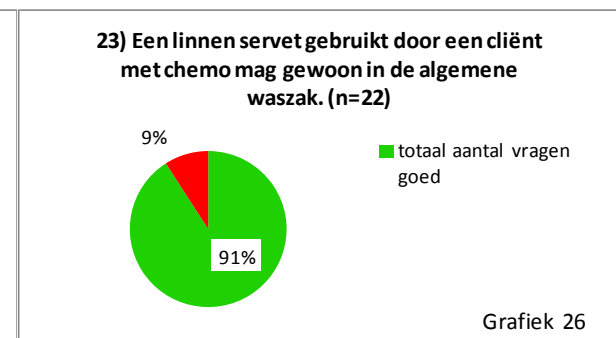
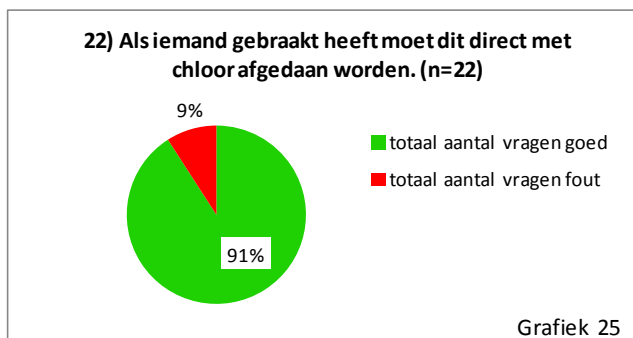
Slecht de helft van de 22 medewerkers wist dat de risicoperiode, de cave excreta, niet altijd 2 of 3 dagen duurt (zie grafiek 23). De cave excreta is afhankelijk van de soort chemo en varieert meestal tussen de 2 en 7 dagen. Waarschijnlijk is de reden dat veel medewerkers deze vraag verkeerd hadden dat de 2 cliënten met chemotherapie op de afdeling wel allebei 2 dagen cave excreta hadden na afloop van de chemokuur.

Vraag 21 is ook weer door alle medewerkers goed beantwoord. Iedereen weet dat als een cliënt met chemotherapie een blaaskatheter heeft, de katheterzak met inhoud in de speciale blauwe chemo ton (afvalbak op de kamer bij de cliënt tijdens de risicoperiode) gedeponeerd moet worden (zie grafiek 24).



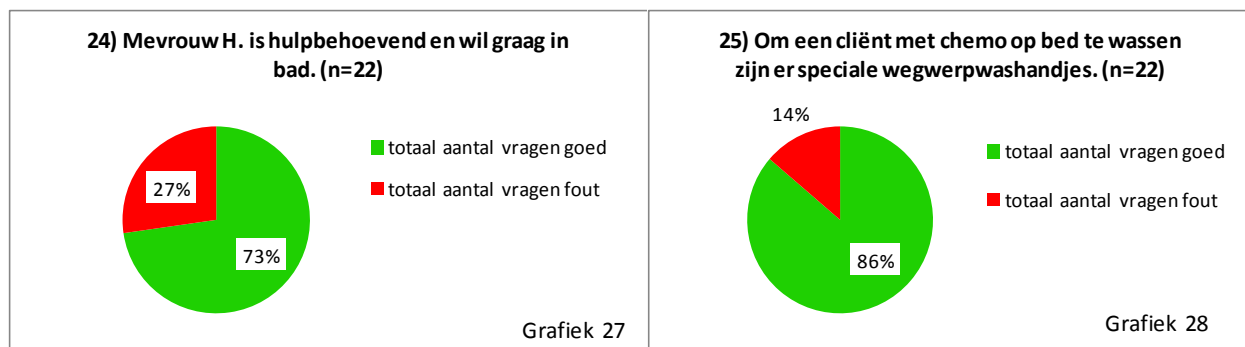
Vraag 22 is door 91% van de populatie goed beantwoord, dit zijn 20 medewerkers die het wisten (zie grafiek 25). 2 medewerkers, een verpleegkundige en een medewerker huishoudelijke dienst hadden deze vraag fout. De teamleider van de huishoudelijke dienst had deze vraag wel goed, maar ze was het niet eens met het antwoord. Volgens haar zou excreta wel met een chloor oplossing schoongemaakt mogen worden. Puur chloor mag niet gebruikt worden, maar een chloor oplossing zorgt er juist voor dat het ontsmet wordt. De projectgroep gaat dit nog navragen bij de trainers en opzoeken in de literatuur. Hier komt de projectgroep nog op terug tijdens de presentatie en persoonlijk bij de teamleider van de huishoudelijke dienst.

2 medewerkers weten niet dat een servet dat gebruikt is tijdens het eten door een cliënt met chemotherapie niet in de algemene waszak mag. 1 verpleegkundige en 1 medewerker van de huishoudelijke dienst hadden vraag 23 fout. 91% van de populatie had de vraag wel goed en zij weten dat de servet in een speciale waszak moet die op de kamer van de cliënt ligt (zie grafiek 26).



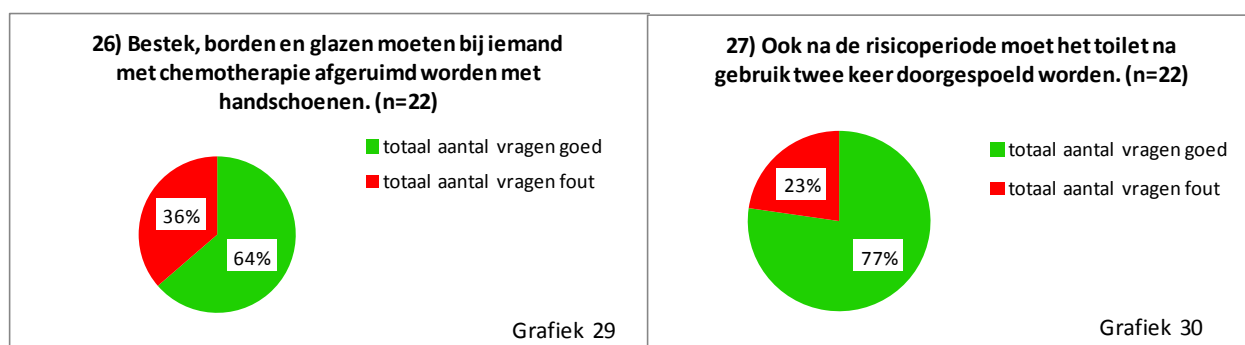
73% van de populatie wist dat een cliënt met chemotherapie die hulpbehoevend is alleen op bed gewassen mag worden. 16 medewerkers hadden vraag 24 goed. 6 medewerkers (27%) hadden de vraag fout. 3 medewerkers dachten dat het geen probleem was om een cliënt in bad te doen. 2 medewerkers zeiden dat ze niet in bad mocht, maar wel mag douchen. 1 medewerkers heeft niets ingevuld, die wist het niet. Deze medewerker had een vraagteken bij deze vraag gezet. Als de cliënt niet hulpbehoevend was geweest, dan had ze wel zelfstandig mogen douchen, dan is er ook geen spatgevaar voor de zorgverlener aanwezig.

Als je een cliënt met chemotherapie op bed moet wassen zijn hier speciale wegwerpwashandjes voor. 86% van de medewerkers wisten dit en hadden vraag 25 goed beantwoord. Dit zijn 19 van de 22 medewerkers. 3 medewerkers hadden deze vraag fout (zie grafiek 28).

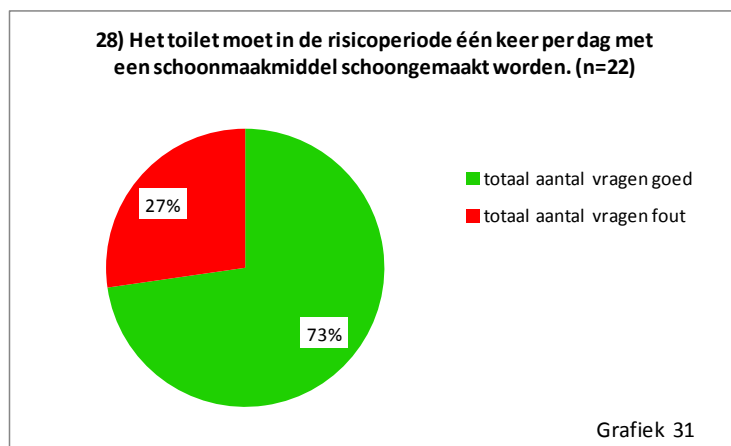


14 van de 22 medewerkers, 64% wist dat het niet nodig is om handschoenen aan te doen als je bestek, borden en glazen moet afruimen bij iemand die chemotherapie heeft. Het is alleen nodig om handschoenen aan te doen als de cliënt over de af te ruimen spullen gebrakt heeft. 8 van de medewerkers had vraag 26 fout (zie grafiek 29).

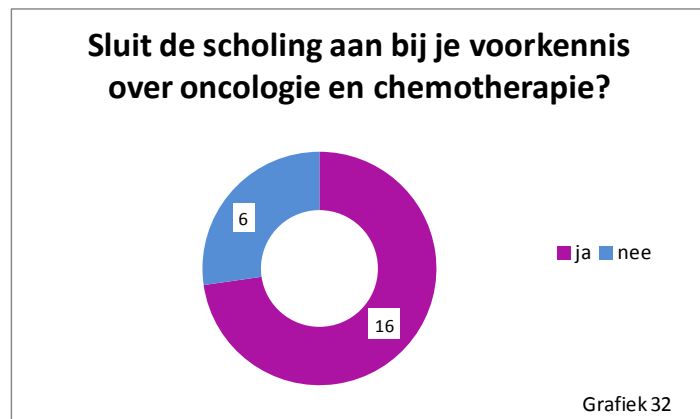
5 medewerkers denken dat het ook nodig is om de toilet na gebruik nog steeds twee keer door te spoelen na afloop van de cave excreta (risicoperiode). Dit is 23% van de medewerkers die vraag 27 fout hadden. 77% van de populatie wist dat dit niet meer nodig is (grafiek 30).



6 medewerkers weten niet dat het toilet tijdens de chemokuur en tijdens de cave excreta één keer per dag schoongemaakt moet worden. Dit is 27% van de medewerkers die vraag 28 fout hadden. 73%, oftewel 16 medewerkers wisten dit wel (zie grafiek 31). Onder hen zijn de 2 medewerkers huishoudelijke dienst.



Vraag 1 was of de scholing aansloot bij de voorkennis over oncologie en chemotherapie. 73%, 16 van de 22 respondenten vond dat de scholing inderdaad aansloot bij de kennis die ze al hadden. Voor 27%, 6 respondenten, was dit niet het geval (zie grafiek 32).



Bijlage 7 Beoordelingsschaal kennistoets

Hieronder staat de beoordelingsschaal van de kennistoets. Aan de hand van deze schaal kan een beoordeling worden gegeven aan de score van zowel de individuele medewerkers als aan alle medewerkers samen.

Percentage	Cijfer	Omschrijving
100 – 91	10	uitstekend
90 – 81	9	zeer goed
80 – 71	8	goed
70 – 61	7	ruim voldoende
60 – 51	6	voldoende
50 – 41	5	twijfelachtig
40 – 31	4	onvoldoende
30 – 21	3	ruim onvoldoende
20 – 11	2	slecht
10 – 0	1	zeer slecht

Tabel 3

(ToetsWijzer, 2011 en Overheid.nl, 2013)

Bijlage 8 Vragenlijst voor de medewerkers van afdeling Miró 2

Nummer:

(Correspondeert met de referentielijst)

1. Hoeveel jaar ben je (al) werkzaam als zorgverlener?-maanden/jaar *)

2. Hoelang ben je werkzaam op Miró 2?-maanden/jaar *)

3. Wat is je leeftijd? jaar

4. Welke vooropleiding heb je gedaan? **x)**

- a) inservice opleiding verpleegkunde A
- b) inservice opleiding verpleegkunde B
- c) inservice opleiding Verpleegkunde Z
- d) inservice opleiding ziekenverzorging (IG)
- e) opleiding voedingsassistente
- f) opleiding helpende
- g) opleiding verzorgende (IG)
- h) mbo verpleegkunde
- i) hbo verpleegkunde
- j) anders nl.....

5. Wat is je huidige functie? **x)**

- a) senior verpleegkundige
- b) verpleegkundige
- c) zorg coördinator niveau 3
- d) zorg coördinator niveau 4
- e) zorg coördinator niveau 5
- f) verzorgende (IG)
- g) helpende
- h) voedingsassistente
- i) medewerkers huishoudelijke dienst
- j) coördinerend - hoofd
- k) anders nl.....

Er volgen nu een aantal vragen over de recent gegeven oncologie scholing

6. Waarom vind je scholing, met betrekking tot zorgverlening voor cliënten met chemotherapie, belangrijk? **x) Let op!** -> meerder antwoorden mogelijk

- a. omdat ik er van leer/wijzer van word (-> Zou je specifiekere kunnen zijn of waar denk je dan aan?)
- b. omdat ik nu weet hoe ik de cliënten met chemotherapie moet verzorgen
- c. omdat ik nu weet waar ik op moet letten voor mijn veiligheid
- d. omdat ik nu weet welke veiligheidsmaatregelen ik moet en kan treffen
- e. omdat ik nu weet welke bijwerkingen ik kan verwachten en wat ik dan moet doen
- f. omdat ik meer achtergrondinformatie wil hebben
- g. omdat ik die cliënten dan beter kan bejegenen.

- h. omdat ik die cliënt dan in/met "het emotioneel stuk" beter kan begeleiden.
- i. omdat ik bang ben/was besmet te raken met chemo/cytostatica
- j. omdat ik me niet vertrouwd voel(de) om deze cliënten te verzorgen
- k. omdat ik anders niet weet hoe ik deze cliënten moet verzorgen
- l. omdat ik weet dat kennis wegzakt en ik daar dan een opfrismoment heb
- m. omdat ik dan op de hoogte blijf van nieuwe ontwikkelingen
- n. anders, nl.

7. Sluit de (bij)scholing oncologie aan op de praktijk? **x)**

(let op non-verbaal, knikken van het hoofd, mond)

Bij enkel 'ja'-> Uitstekend of voldoende?

- a. ja, sluit uitstekend aan
- b. ja, sluit voldoende aan (-> Kan je zeggen wat je miste?)
- c. nee, sluit onvoldoende aan, omdat (?).....
- d. nee, sluit helemaal niet aan, omdat (?).....
- e. anders, nl

8. Hoe tevreden was je met deze scholing oncologie die je laatst via de oncologieverpleegkundige van het TSZ hebt gevolgd?

Zou je antwoord kunnen geven met een rapportcijfer tussen 1 en 10? Het cijfer

9. Heeft dit te maken met de manier waarop de training is gegeven, zoals klassikaal, of met de trainer(s)? **x)**

- a) de klassikale manier van lesgeven
- b) de trainer(s)
- c) beide
- d) anders, nl
- e) dat de informatie interessant is
- f) vragen kunnen stellen en interactie

10. Wat had beter of anders gekund?

11. Wat vond je van de tijdsduur van deze scholing? **x)**

- a) goed
- b) iets te lang
- c) te lang
- d) te kort
- e) anders, nl

12. Hoe lang vind je dat deze scholing mag duren? **x)**

- a) **maakt niet uit, als het maar interessant is**
- b) 1,5 uur
- c) 2 uur
- d) 2 - 2,5 uur met een pauze
- e) anders, nl.

Nu ga ik enkele vragen over scholing in het algemeen stellen

13. Als je scholing krijgt, kan je dan zeggen aan welke randvoorwaarden scholing moet voldoen, behalve leerzaam zijn? Dus dat je er met een tevreden gevoel op terugkijkt. **x)**

- a) het is onder werktijd
- b) dat ik die tijd betaald krijg
- c) **dat de informatie praktisch is**
- d) **dat de informatie interessant is**
- e) dat het niet ver weg is
- f) dat ik een toets moet maken
- g) dat ik geen toets hoef te maken
- h) dat ik me op mijn gemak voel
- i) dat ik begrijp waar het over gaat
- j) dat ik me niet verveel (te laag niveau)
- k) dat ik koffie/thee en/of broodjes/lunch krijg
- l) omdat ik in een prettig leslokaal zit
- m) omdat er op een voor mij prettige manier lesgegeven werd
- n) omdat diegene die de scholing geeft het op het leuke manier brengt
- o) anders, nl.

14. Heb je het afgelopen jaar behalve de scholing oncologie nog een andere scholing gevolgd?

Ja / Nee*)

15. Zo ja, welke scholing(en) **x) Let op!** -> meerder antwoorden mogelijk

- a) Training(en) in skillslab
- b) Palliatieve zorg
- c) Stervensbegeleiding
- d) Omgaan met agressie
- e) Omgaan met ouderen
- f) Werkbegeleiders cursus
- g) Cursus zorgdragen voor elkaar
- h) EVV- opleiding
- i) Medisch rekenen
- j) Hbo-v
- k) Mbo-v
- l) Verzorgende
- m) Anders, nl.

16. Hoe tevreden was je met deze opleiding of bijscholing?

Wil je weer antwoord geven met een rapportcijfer tussen 1 en 10?

Het cijfer

17. Waarom nu dit cijfer? ('nu' erbij omdat er net ook een cijfer is gegeven) **x)**

- a) Omdat het onder werktijd is
- b) Omdat ik die tijd betaald kreeg
- c) Omdat de informatie praktisch is
- d) Omdat de informatie interessant is
- e) Omdat het niet ver weg was
- f) Omdat ik een toets moest maken
- g) Omdat ik geen toets hoefde te maken.
- h) Omdat ik in een prettig leslokaal zat
- i) Omdat ik me op mijn gemak voelde.
- j) Omdat ik begreep waar het over ging (niet te hoog niveau).
- k) Omdat ik me niet verveelde (te laag niveau).
- l) Omdat ik koffie/thee en/of broodjes/lunch kreeg
- m) Omdat er op een voor mij prettige manier lesgegeven werd.
- n) Omdat diegene die de scholing gaf het op het leuke manier bracht.
- o) Anders, nl.

18. Ben jij normaal gesproken gemotiveerd tot het volgen van bijscholing? **x)**

- a) ja
- b) nee, omdat (?)
- c) ik doe het omdat het moet
- d) anders, nl

19. Weet je van jezelf welke leerstijl je hebt?

Ja / Nee*)

Als je het niet weet, zou je dit dan nu samen met mij uit willen zoeken op de site van 123 test? (<http://www.123test.nl/leerstijl/>)

Je bent een:

- a) doener
- b) dromer
- c) denker
- d) beslisser
- e) doener en denker

Nummer:

(Correspondeert met de referentielijst)

20. Wil je aangeven in welke mate je het met deze stellingen eens of oneens bent? **x)**

Stelling	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
Om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen binnen mijn vakgebied is een regelmatige na- en bijscholing noodzakelijk					
Door regelmatig de mogelijkheid te krijgen tot bijscholing voel ik mij meer betrokken bij de cliënten/afdeling waar ik werk					
Er zou meer tijd vrijgemaakt moeten worden voor (bij)scholing					
In mijn werk komen mijn talenten/capaciteiten voldoende tot hun recht					
De mogelijkheden die mij geboden worden tot bijscholing stimuleren mij om bij mijn huidige werkgever in dienst te blijven					
Ik word door mijn werkgever gestimuleerd mij verder te ontwikkelen in mijn werk					
De drukte van mijn baan laat het volgen van (bij)scholing onvoldoende toe					
Ik volg privé regelmatig een cursus of workshop					

21. Hoe vind je zelf, dat je functioneert in je werk na de scholing van Adri en/of Mischa? **x)**

- a) goed / prima
- b) ruim voldoende
- c) voldoende
- d) laat af en toe te wensen over, omdat (?)
- e) laat sterk te wensen over
- f) anders, nl

22. Hoe beoordeel je de werkhouding van je collega's na de scholing van Adri en/of Mischa? **x)**

- a) goed / prima
- b) ruim voldoende
- c) voldoende
- d) laat af en toe te wensen over, omdat (?)
- e) laat sterk te wensen over
- f) anders, nl

23. Wat is voor jou een geschikte manier van scholing? **x)**

- a) in een groep, zoals de afgelopen scholing oncologie
- b) in een groep/klassikaal met behulp van een lotus (die bijvoorbeeld bijwerkingen laat zien/uitbeeld)
- c) klinische les
- d) **vragen mogen stellen en interactie**
- e) workshop
- f) e-learning
- g) training on the job
- h) skillslab
- i) symposium
- j) congress
- k) praktisch
- l) anders, nl

24. Met wie van je collega's kijk je graag mee in de praktijk, om iets van te leren?

Namen:

Ik wil dit gesprek graag af gaan ronden met nog enkele vragen over de recent gegeven oncologie scholing

25. Heb je het idee dat je nog vaardigheden mist met betrekking tot de verzorging van de oncologie cliënten die chemotherapie krijgen?

Ja /

Nee*)

26. Zo ja, welke?

27. Kan je aangeven hoe je dat wilt leren?

28. Hoe vaak per jaar wil je na- en bijscholing over zorg aan cliënten met chemotherapie krijgen?

..... keer per jaar.

Ook als ik je vertel dat uit onderzoek naar voren is gekomen dat al na een half jaar de kennis wegzakt? **x)**

- a. Ja,
- b. Nee,
- c. Anders, nl

29a. Zijn de collega's met wie je de cliënten met chemotherapie verzorgd allemaal (bij)geschoold om dat veilig te doen ?

Ja / Nee*)

(Wij weten dat het NEE is, oa leerlingen en stagiaires niet)

~~Bij 'nee', vind je dat vervelend?~~ **29b. Vind je dat vervelend?**

Ja /Nee*)

Waarom?

30. Wil je nog iets in het algemeen over scholing kwijt?

Ja / Nee*)

Zo ja, wat?

Dit is het eind van het interview. Ik wil je hartelijk bedanken, ook namens Daniëlle. Mocht er de komende dagen nog iets zijn wat je met ons wilt delen, dan ben je welkom om dat te doen.

x) svp aankruisen wat van toepassing is. (Soms zijn meerder antwoorden mogelijk).

***)** svp doorstrepen wat niet van toepassing is

Bijlage 9 Informatie voor feedbackgroep

Deze bijlage bevat informatie over de vragenlijst voor de referentiegroep, de projectbegeleider, de andere personen die gevraagd zijn feedback te geven en de testpersonen van het interview. Die informatietekst staat hieronder.

Deze vragen worden in de vorm van een interview door mij (José) aan de medewerker gesteld. Daniëlle is er ook bij aanwezig en maakt de aantekeningen op een vragenlijst met enkele antwoordmogelijkheden.

Let svp ook op de volgorde van de vragen. Aan het eind kom ik/wij terug op de oncologiescholing. Goed of niet goed?

Ga maar los. Hoe kritischer, hoe liever.

De medewerkers die ik/wij ondervragen zijn van alle niveaus. Medewerkers huishoudelijke dienst t/m niveau 5. De antwoorden staan erbij zodat Daniëlle die makkelijk kan aankruisen. Staat het antwoord wat gegeven wordt er niet bij, dan kan het er natuurlijk altijd bijgeschreven worden maar dat willen we zo veel mogelijk voorkomen. Zo kunnen we ook nog wat op de verbale communicatie letten voor zover die duidelijk bij ons beide opvalt. Wie weet wat er boven tafel komt.

De leerlingen en stagiaires hebben deze scholing niet gehad. Dat is heel jammer. Bij de organisatie van de scholing waren wij nog niet op de afdeling. De scholing op zich hebben we gelukkig wel mee kunnen doen en gezien hoe dat in z'n werk ging.

De onderzoeksdoelstelling luidt:

- *Inzicht krijgen in de behoeften aan (bij-/na)scholingsmogelijkheden van de medewerkers op afdeling Miro 2 omtrent cliënten met chemotherapie.*

Onderzoeksdoelgroep

De onderzoeksdoelgroep bestaat uit alle medewerkers van afdeling Miró 2 (behalve medewerkers die niet naar de scholing oncologie geweest zijn, die vrij recent door twee verpleegkundigen van het TweeSteden ziekenhuis gegeven is).

Dit was het eerste gedeelte van de informatie voor de feedbackgevers. In bijlage 10 staat het vervolg van de informatie die de projectgroep hen gegeven heeft om de vragenlijst goed te kunnen interpreteren.

Bijlage 10 Informatie voor feedbackgroep en populatie

In deze bijlage staat het vervolg van de informatie in bijlage 9 voor de feedbackgroep. Het projectlid vertelde de informatie uit deze bijlage aan de medewerkers voor aanvang van het interview.

De mondelinge inleiding ging elk interview als volgt:

Met deze vragenlijst willen wij als afstudeergroep, inzicht krijgen in de behoeften aan (bij-/na)scholing bij de medewerkers, zoals verpleegkundigen, verzorgenden en voedingsassistenten op afdeling Miro 2.

Ik zal de vragen stellen en Daniëlle zal de antwoorden noteren. Dit is de vragenlijst die ik zal gebruiken. (Handeling -> de vragenlijst laten zien met de voorgedrukte antwoorden) Er zijn door ons al diverse antwoorden bijgezet die gegeven zouden kunnen worden. Daniëlle hoeft die dan maar aan te kruisen, en kan er eventueel nog iets bij schrijven. Staat jou antwoord er niet bij, dan is er ruimte vrijgelaten om dit antwoord te noteren.

Dit interview zal ongeveer 20 minuten in beslag nemen. Bij het opstellen van deze vragenlijst is het bekend dat de scholing in het omgaan met oncologische cliënten met chemotherapie door jou gevolgd is.

Deze vragenlijst wordt vertrouwelijk behandeld. Namen worden NIET doorgegeven aan iemand buiten de afstudeergroep. Je naam wordt enkel gebruikt om eventueel nog navraag te kunnen doen, mocht er iets niet duidelijk zijn voor Daniëlle en mij.

Ik wil graag beginnen met enkele algemene gegevens. Daarna vragen over de scholing oncologie die gevolgd worden door algemene vragen over scholing. Op het einde komen er dan nog enkele vragen over de recent gevolgde scholing oncologie.

Bijlage 11 De poster



Hieronder staat informatie over wat op deze poster te zien en lezen is.

- Links bovenaan staat met rode tekst:

Let op!

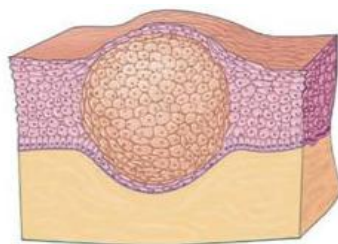
Werk in uitvoering

11 april tot 9 mei

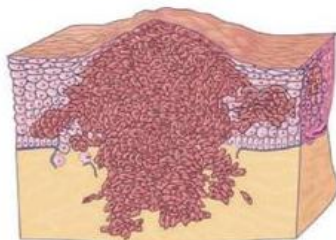
aub help de afstudeergroep

Hier is na twee dagen de namen van de projectgroep bijgeplakt, zodat het ook voor de stagiaires en leerlingen duidelijk was, van wie deze poster afkomstig was;

- Daarnaast een plaatje van allemaal (pas)foto's met daarin de woorden:
SAMEN TEGEN KANKER;
- In de koker zit informatie over leerstijlen omdat de voedingsassistentes deze term misschien nog niet zouden kennen. En dat bleek ook meestal zo te zijn;
- Daaronder, links in "het bloemen tasje" zit een boekje van KWF Kanker bestrijding over chemotherapie. Daarnaast een flyer over de Infotheek Oncologie van Instituut Verbeeten;
- Onder het logo en De Wever hangt een tasje met "handschoenen" en een mondkapje;
- Links onderaan een kaart met donkere wolken die opengeklapt kan worden. Hierin zit het plaatje hieronder van een goed- en een kwaadaardig gezwel, dat ook tijdens de scholing is getoond.



Goedaardig gezwel
De gevormde cellen
dringen omliggend
weefsel niet binnen



Kwaadaardig gezwel
De gevormde cellen
dringen omliggend
weefsel wel binnen

- rechts onderaan het cytostatica plaatje dat op de kamerdeur van de cliënt hangt tijdens de risicoperiode.

Bijlage 12 Resultatenlijst interviews (anoniem)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
1	Ref. nummer medewerker:	10	12	28	29	31	32	33	37	46	49	53	58	61	67	75	78	81	84	85	86	92	97
2	Kandidaat:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
3	Niveau:	L	L	L	L	(H)	L	H	H	L	H	H	H	L	H	L	(L)	H	L	L	H	H	L
4	1																						
5	1	a	c	c	a	b	b	a	b	c	b	b	c	c	a	b	c	c	b	b	b	c	b
6																							
7	3																						
8	3	c	c	c	b	c	b	b	b	c	b	b	c	c	a	c	c	c	c	a	b	b	b
9																							
10	4																						
11	4	j	d	j	j	h	j	U	hj	d	h	i	h	j	i	j	j	a	j	g	i	i	f
12																							
13	5																						
14	5	h	f	d	h	j	h	f	b	fk	a	e	b	h	e	h	k	b	h	f	e	a	g
15																							
16	7	b	a	a	a	a	a	a	e	a	a	a	b	a	a	a	a	a	d	d	b	a	a
17	7	2	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	4	2	1	1
18																							
19	11																						
20	11	a	a	a	a	a	b	a	c	ae	a	a	d	a	a	a	a	d	a	a	a	a	a
21																							
22	12																						
23	12	a	e	a	a	e	b	ae	e	a	c	e	d	a	ae	a	a	a	e	d	a	c	ae
24																							
25	14																						
26	14	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a	b	b	a	a	a
27																							
28	18																						
29	18	a	a	a	a	a	a	a	a	ad	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
30																							
31	19a																						
32	19a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	b	b	a	a	a	a	a	a	a	a	a
33																							
34	19b																						
35	19b	a	a	e	?a	c	a	c	a	a	e	a	b	?a	a	c	a	a	a	a	a	a	a

	Ref. nummer medewerker:	10	12	28	29	31	32	33	37	46	49	53	58	61	67	75	78	81	84	85	86	92	97
37	21	a	b	a	a	a	c	b	b	c	a	a	a	b	a	b	a	a	c	a	b	a	a
38	21	1	2	1	1	1	3	2	2	3	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	2	1	1
39																							
40	22																						
41	22	a	a	a	a	f	a	b	a	af	a	a	f	f	a	a	af	d	f	adf	f	af	a
42																							
43	25																						
44	25	b	b	b	b	b	b	a	b	b	a	b	b	a	a	a	a	b	b	b	a	b	b
45																							
46	28a																						
47	28a	3	2	2	4	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	4	2	2	1	2
48																							
49	28b																						
50	28b	a	a	a	a	c	a	a	a	a	c	c	a	a	c	b	b	a	a	a	a	b	b
51																							
52	29a																						
53	29a	b	b	b	b	a	b	b	a	b	a	b	b	b	b	b	a	b	b	b	b	a	b
54																							
55	29b																						
56	29b	a	b	a	a	b	b	a	a	b	b	b	b	b	b	a	b	b	a	a	a	a	b
57																							
58	30																						
59	30	b	a	b	b	a	a	a	b	a	b	b	b	b	b	a	a	b	b	b	b	b	b
60																							
61	1																						
62	1						A	N	O	N	I	E	M					WERKVERVARING					
63																							
64	2																						
65	2						A	N	O	N	I	E	M					WERKZAAM OP MIRO					

1	Ref. nummer medewerker:	10	12	28	29	31	32	33	37	46	49	53	58	61	67	75	78	81	84	85	86	92	97
67	6																						
68	6	mn	n	n	cfn	a	afn	abce	acdf	bcde	n	acf	cfhl	acd	acd	acd	cdin	abcde	n	bce	acd	cd	bcdijk
69																							
70	8																						
71	8	9	8	9	7,5	8	8	8	8	7,5	9	8	8	7,5	8	9	7	9	7,5	8	7	8	8
72																							
73	9																						
74	9	b	b	bd	be	bf	ce	ce	e	cd	cf	cd	c	ae	bdf	ade	e	c		c	d	af	bf
75																							
76	13																						
77	13	cl	co	dln	c	eo	l	dijm	jdo	o	fo	o	ijmn	l	elo	o	c	ao	ho	bfo	o	cfo	fio
78																							
79	15																						
80	15	f	a	abm	m	dm	a	ajm	a	am	m	a	a	a	am	dm	m	a, f	a	af	a	a	a
81																							
82	16																						
83	16	9	7	5	6,5	8	7	7,5	6,75	8,5	7,5	5	7	7	7	8	8	7,5	7	7	5	6	10
84																							
85	17																						
86	17	o	mo	co	d	d	d	co	do	c	c	o	o	d	o	o	o	d	c	do	co	co	co
87																							
88	23																						
89	23	l	kl	gkl	al	k	ak	abfg	af	kl	l	ad	bfk	ke	ak	a	dek	a	ad	ac	ae	adk	bk
90																							
91	3						A	N	O	N	I	E	M										
92																							
93																							
94	20a	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2
95	20b	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	3	1	1
96	20c	2	2	1	2	2	1	2	5	2	2	3	1	2	3	1	3	2	1	2	1	2	2
97	20d	2	3	1	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2
98	20e	1	1	1	1	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1
99	20f	2	2	1	1	2	4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	1	3	1	1	1
100	20g	3	3	1	4	4	2	4	3	4	4	4	4	3	3	4	1	3	1	3	2	2	2
101	20h	4	3	4	5	3	4	1	4	5	4	1	2	4	4	2	3	4	4	5	4	4	2

Legenda vraag 20

1

Betekenis

Helemaal mee eens

2

Mee eens

3

Neutraal

4

Mee oneens

5

Helemaal mee oneens

Antwoord																	WORD	Verkorte vraag		
	L = VOEDINGSASS																DOC			
1	<5 jaar 4	5 - 15 jaar 10	> 15 jaar 8	zie getallen onderaan														Leeftijden?		
3	<25 jaar 2	25 - 45 jaar 9	> 45 jaar 9				<30 5	30 - 45 jaar 6	> 45 jaar 9	J en J niet								Gemiddelde leeftijd op Miró?		
4	a 1	b	c	d	e	f	g	h	i	j								10xj Vooropleiding?		
5	a 2	b 3	c	d	e	f	g	h	i	j	k								2xk Huidige functie?	
7	Totaal 35	aantal antwoorden 22	score 1,6								16xa	3xb	2xd	1xe					Aansluiting praktijk?	
											vraag 10	12x								Wat beter?
11	a 18	b 1	c 1	d 2	e 1													Tijdsduur scholing?		
12	a 12	b 1	c 2	d 2	e 8													idem		
14	a 18	b 4																Andere scholing? 14 antwoord a JA b NEE		
18	a 22	b	c	d 1														1xd Motivatie scholing?		
19a	a 19	b 3																19a antwoord a JA b NEE		
19b	a 14	b 1	c 3	d 2	e 2	? 2xa												Welke leerstijl?		
21	Totaal 34	aantal antwoorden 20	score 1,7								12xa	5xb	3xc	Jet niet					5xf Functioneren?	
22	a 15	b 1	c	d 1	e 8	f												2xa Werkhouding? 1xd 8xf		
25	a 7	b 16																	Vaardigheden? 25 antwoord a JA b NEE	
28a	Totaal 43	aantal antwoorden 21	score 2,0				6x1	13x2	1x3	2x4	Jet niet					vraag 24 17x	Meekijken met?			
28b	a 14	b 4	c 4																vraag 26 8x	Aantal keer scholing? Welke vaardigheden? 1xb a JA b NEE c ANDERS 4xc
29a	a 5	b 17																vraag 27 4x	Hoe leren? Allemaal geschoold? 1xb 29a antwoord a JA b NEE	
29b	a 9	b 13																	8xa Vervelend? 8xb 29b antwoord a JA b NEE	
30	a 7	b 15	8x open															8x Algemeen?		
1	Totaal 1	aantal antwoorden 22	score 0,0															Dienstjaren?		
2	Totaal 0	aantal antwoorden 20	score 0															J en J niet	Werkzaam op Miró?	
6	a 10	b 5	c 15	d 10	e 4	f 4	g	h	i	j	k	l	m	n	n=14 9, 5x1	9xn Waarom scholing chemo?				

6	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n			9xn	Waarom scholing chemo?
	10	5	15	10	4	4		1	2	1	1	1	1	9				
8	Totaal	aantal antwoorden	score															Tevreden?
	177	22	8,0															
9	a	b	c	d	e	f											6xd	Waarom?
	3	7	8	6	7	5												
13	a=o	b=0	c	d	e	f	g	h=o	i	j	k	l	m	n	o	m+n	14xo	Voldoen aan?
	1	1	5	2	2	4		1	2	3		5	2	2	17	4		
15	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m				9xm	Welke scholing?
	13	1		1		3				1			9					
16	Totaal	aantal antwoorden	score															Cijfer?
	157,25	22	7,2					2 medewerkers toegevoegd zonder scholing										
17	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o		14xo	Waarom?
			7	6										1	14			
23	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l					6xl	Geschikte manier?
	12	3	1	4	3	3	2				11	6						Leeftijden?
	Totaal	Score																
20a	29	1,4				16x1	5x2	1x3								22		Regelmatig bijscholing?
20b	34	1,6				11x1	10x2	1x3								22		Meer betrokken?
20c	44	2,1				6x1	12x2	3x3						1x5		22		Meer tijd vrijmaken?
20d	47	2,2				2x1	15x2	5x3								22		Capaciteiten benut?
20e	35	1,7				10x1	11x2	1x3								22		In dienst blijven?
20f	42	2,0				6x1	13x2	2x3			1x4					22		Gestimuleerd?
20g	64	3,0				3x1	4x2	7x3			8x4					22		Onvoldoende bijscholing?
20h	76	3,6				2x1	3x2	3x3			11x4		3x5			22		Privé?

Bijlage 13 Open (overige) antwoorden interview

Vraag	Medewerker	Keuze	Antwoord
4	10	j	Huishoudschool, cursus voeding/horeca.
4	28	j	Palliatieve verpleegkunde.
4	29	j	Mavo en cursus slikken, agressie en HACCP (Dit is een systematische aanpak met als doel het identificeren, evalueren en controleren van voedselveiligheid gevaren).
4	32	j	Huishoudschool.
4	33	j	Mavo, meao, heao.
4	37	j	Doktersassistent en praktijkondersteuner.
4	61	j	Huishoudschool.
4	75	j	Mavo-havo-kapster.
4	78	j	Leao.
4	84	j	Mavo.
5	46	k	BHV-er.
5	78	k	Teamleidster.
6	10	n	Hoe je moet handelen.
6	28	n	Oncologie vind ik heel interessant.
6	29	n	Waar ik als voedingsassistente rekening mee moet houden.
6	32	n	Ik heb geen vooropleiding, dus ik weet er niet veel van.
6	49	n	Kennisverbreding op meerder disciplines zorgen voor continuïteit van de kwaliteit.
6	67	n	Dit is specialistisch zorg met veel risico's.
6	78	n	We moeten het werkprotocol aanhouden om ook besmetting van de medewerkers te voorkomen.
6	84	n	Zijn op het einde van leven en die mensen verdienen het beste, daarom moeten wij weten wat we mogen.
6	86	n	Alles was nieuw voor mij.
7	37	e	Moeilijk om te zeggen omdat er momenteel niet veel oncologie cliënten zijn.

7	58	e	Het was een goed, duidelijk, algemeen verhaal. Soms is het goed om specifieke informatie over de patiënt te hebben, kunnen vragen.
7	61	e	Ik denk het wel, nog niet mee gewerkt. In het begin was het confronterend.
7	78	a	Na de pauze paspas echt. Voor de pauze confronterend.
7	84	d	De cliënten zijn er nog niet zo lang. Van 1 mevr. wist ik niet dat ze het had. De ander doet alles zelf
7	85	d	Te weinig cliënten met chemotherapie.
7	86	b	Scholing is heel leerzaam, nadeel ->ik werk er niet mee.
9	28	d	Vooraf Mischa gaf veel voorbeelden en hij was gepassioneerd.
9	46	d	Niet gehaast, dit was goed
9	53	d	- Mischa was onwijs goed met voorbeelden eromheen; - Ook prettig was het vooraf inlezen.
9	67	d	-Goede verhouding theorie/praktijk. Wat ze vertelde en manier waarom.
9	75	d	De kleine groep
9	86	d	Blauwe boekje als voorbereiding.
10	28		Grotere ruimte.
10	32		Betere ruimte, ventilatie.
10	33		Wat meer voorbeelden.
10	37		-Handouts van de powerpoint presentatie hadden beter vooraf gegeven kunnen worden. Dan had je bij de slides notities kunnen maken. -Het was niet fijn dat de presentatie op de muur geprojecteerd was.
10	49		Twee trainers.
10	58		Het had van mij wel dieper gemogen.
10	61		Van te voren had ik graag in willen lezen (blauwe boekje heb ik pas achteraf gekregen).
10	67		Weinig terugkoppeling van de meekijkdagen in het begin van het jaar.
10	75		Dat iedereen geschoold was.

10	78		-Ik had meer willen leren over de bejegening van de cliënt -Blauwe boekje pas na de scholing gekregen. Ik had het liever ervoor gehad. Had ik kunnen inlezen.
10	85		Rondleiding op oncologieafdeling.
10	86		Meer praktijk voorbeelden (was tijdens de 1 ^{ste} training wel).
11	37	c	Je moest heel veel luisteren en pas op het einde was er mogelijkheid om vragen te stellen.
11	46	e	Belangrijk, dus daar moet je de tijd voor nemen.
12	12	e	3 uur met pauze was een mooie tijd.
12	31	e	Zolang als nodig is.
12	33	e	Wel met genoeg afwisseling (bv casus, kennistoets, luisteren en doen) en met genoeg pauzes tussendoor.
12	37	e	3 kwartier, dan pauze en dan nog een keer 3 kwartier.
12	53	e	1,5 uur met pauze.
12	67	e	Nieuw onderwerp mag wel wat tijd inzitten.
12	84	e	Het mag uitgebreider.
12	97	e	Gaat het over de praktijk, dan mag het lang duren.
13	12	o	Docent met ervaring/kennis, die de vragen meteen kan beantwoorden.
13	31	o	-Toepasbaar zijn, ik moet er iets mee kunnen. -Meerdere keuzes met data dat de scholing is
13	37	o	-Vragen kunnen stellen. -Vooraf niet veel lezen. Ik luister liever.
13	46	o	Moet begrijpbaar zijn. Moeilijk woorden moeten uitgelegd worden.
13	49	o	Aansluiten op mijn kennis (niet te laag niveau -> stukje uitdaging)
13	53	o	-Er is naslagwerk om terug te zoeken; -Bij vragen nog bereikbaar.
13	67	o	-Ventilatie in de ruimte mogelijk (niet te warm/koud); -Naslagwerk; -Voorbereiding met apparatuur.
13	75	o	Rustige omgeving, zo kan ik me goed concentreren.

13	81	a	Dat het onder werktijd is.
		o	Interactie, iets nieuws te horen krijgen.
13	84	h	Dat ik me op mijn gemak voel.
		o	Duidelijk trainer. Heel toegankelijk (mag vragen stellen).
13	85	b	Dat ik die tijd betaald krijg.
		o	Oefenen – ervaren. De mening van een ander.
13	86	o	Kunnen voorbereiden.
13	92	o	-Interactief doen -Nulmeting
13	97	o	-Lotus erbij als voorbeeld
15	28	m	Zoco opleiding (voor zorgcoördinator)
15	29	m	Agressie cursus
15	31	m	Agressie en BHV (Bedrijfshulpverlening)
15	33	m	BHV, AED (automatische externe defibrillator), reanimatie en veiligheidstraining.
15	46	m	BHV en reanimatie.
15	49	m	PREZO (PREstaties in de ZOrg) en reanimatie, BHV, AED.
15	58	m	Kruidengeneeskunde
15	67	m	EZD (electronisch zorg dossier)
15	75	m	Diabetes en computercursus.
15	78	m	Familiezorg, PREZO en RI&E (Risico-inventarisatie en -evaluatie).
17	10	o	Goede uitleg, waar op letten en info meekrijgen
17	12	o	Manier van presenteren.
17	28	o	Wassen neus.
17	33	o	Geen goede planning (te veel in 1 les, daarom geen tijd om alles te behandelen, hierdoor moet ik terugkomen om nog een onderdeel te doen). Bijv. stomazorg, niet oefenen, alleen theorie.
17	37	o	Bij skills moet je thuis eerste een vragenlijst maken, en dan op de training nog een keer een andere vragenlijst.

			Ik vind het niet fijn om vooraf zoveel te moeten lezen.
17	53	o	Skills is wassen neus, allemaal verschillende niveaus bij elkaar en dezelfde toets.
17	58	o	Soms was de groep niet zo gemotiveerd.
17	67	o	-Afhankelijk van wie de scholing geeft. Vooral belangrijk bij praktijkvragen; -Geen goede planning -> niet genoeg tijd om alles te behandelen
17	75	o	Chaotisch -> te grote groep. Daardoor niet altijd gefocust op het onderwerp. Gevolg is afdwalen.
17	78	o	Dit is mijn werk.
17	85	o	Afwikkeling van de cursus niet correct.
17	86	o	De theorie heb ik als voorbereiding gedaan of die kennis heb ik van mezelf al.
17	92	o	3 keer hetzelfde. Moet ook op niveau zijn.
17	97	o	Praktijk, zelf doen. Zien en zelf doen.
18	46	d	Meestal wel, behalve als het onnodig is, bijvoorbeeld bloedsuiker prikken. Dit doe ik dagelijks en daarom heb ik hier geen bijscholing voor nodig.
21	12	f	Niet veel met cliënten tijdens risicoperiode te maken gehad.
21	28	f	Ik kan het nog niet echt zeggen. Er zijn nog niet echt veel cliënten. Het komt ook niet vaak genoeg voor om er goed in te komen. Laat de stroom cliënten maar komen.
21	31	f	Nog niet nodig geweest.
21	33	f	Ik heb er nog niet echt veel mee te maken gehad. Maar toen ik er iets mee te maken kreeg wist ik wel hoe en wat en heb ik hier ook naar gehandeld.
21	86	f	Nog niet mee gewerkt.
22	31	f	Nog niet mee gemaakt.
22	46	f	Je moet studenten wel goed in de gaten houden, die hebben de scholing namelijk niet gehad.
22	49	a	Bevragen elkaar, weten goed hoe het nu moet.
22	53	a	Veel bewuster mee bezig, denkt erover na.
22	58	f	Ik werk alleen, kan het niet beoordelen.

22	61	f	Ik werk alleen, kan het niet beoordelen.
22	78	f	DKS systeem. Chloor verhaal in opgeloste vorm moet nog nagetrokken worden.
22	81	d	ik ben perfectionistisch, ik zie veel dingen.
22	84	f	Werk alleen.
22	85	d	Studenten en leerlingen niet. Daar let ik goed op.
22	85	f	Je let meer op, werkt iedereen wel veilig.
22	92	f	Geeft rust.
23	10	l	Test afnemen.
23	12	l	Goede randvoorwaarden op de afdeling.
23	28	l	-Veel mondelinge informatie, dan ben ik een spons. -In de praktijk heb ik wel bevestiging nodig.
23	29	l	Door te luisteren leer ik veel. Kan ik beter dingen onthouden.
23	46	l	Dingen laten zien / zelf doen.
23	49	l	Praktijk met theorie.
23	92	l	Casus inbrengen.
24	12		Iemand die veel van het onderwerp af weet. (aandachtsvelder)
24	28		Ferenc, Lieke en Co-hoofd (Elly)
24	32		Ligt eraan wie er is.
24	33		Met iedereen.
24	37		Ferenc (heeft veel kennis), Jeanne (oude rot in het vak), Enny (goed in bevragen, weet heel veel).
24	46		Geen voorkeur.
24	49		Ferenc en ZOCO's 5, in principe iedereen. Ook de lagere niveaus.
24	53		Maakt me niet uit, als hij/zij het maar beheerst -> vooral ZOCO collega's.
24	61		Wie er is, maakt niet uit.

24	67		Ferenc, Carla, Suzan en Jeanne. De andere ook, zowel niveau 3, 4 en 5 als ze maar duidelijk uitleggen.
24	75		Jeanne en Carla.
24	78		Mariëlle (Niet van Miró).
24	81		Lieke.
24	85		Van alle collega's op een andere manier.
24	86		Bij handtekeningen voor skills, verpleegkundigen. Alle anderen, iemand met ervaring.
24	92		Mariska voor wondzorg en Lieke voor doorvragen bij studenten.
24	97		Iedereen.
26	31		Kennis wel.
26	33		Weet ik niet. Maar een oncologie scholing duurt 1 of 2 jaar. Wij hebben vast niet alles in 1 dag geleerd.
26	49		Tips ivm venapunctie bij oncologie cliënten. Steeds moeilijker te prikken.
26	61		Hoe ga je ermee om, hoe bejegen je de cliënten.
26	67		Ervaring krijgen met noodsituaties.
26	75		Nog niet mee gemaakt maar er zal best nog wel iets zijn.
26	78		Hoe de cliënt te bejegenen.
26	86		-Weet niet waar ik na de risicoperiode de spullen op moet ruimen. -Waar is de bewaarplek van de blauwe bak.
27	33		Zelf thuis de theorie en vervolgens de praktische zaken mbv een workshop of meekijken.
27	49		Meekijken als er tips zijn.
27	61		Meelopen om de desbetreffende afdeling met iemand die dezelfde functie heeft als ik.
27	78		Eén dag meelopen op de oncologieafdeling in het TSZ. Schoonmaak chemo-kamer meemaken.
28b	12	c	-Nieuwe medewerkers moeten ook geschoold worden. -Bij veranderingen in inzichten en medicatie/protocol.

28b	31	c	Ligt eraan hoe vaak je er mee bezig bent.
28b	49	c	Ligt aan nieuwe ontwikkelingen (protocol)en aan de cliëntenstroom.
28b	53	c	1 keer bijscholing aanvullen / nieuwe dingen op de hoogte brengen (door aandachtsvelder). Iedereen moet geprikkeld blijven.
28b	75	b	Dan 2 keer. Ik sta er open voor.
29a	12	b	De medewerkers van Miro 1 niet.
29a	31	a	Daar ga ik vanuit.
29b	10	a	Dit is belangrijk voor het werken met elkaar.
29b	28	a	Leerlingen en stagiaires niet. Zij moeten zich wel bewust zijn van de risico's die ze lopen.
29b	29	a	Maar ook voor de voedingsassistente, stagiaires en leerlingen en wel belangrijk om te weten.
29b	33	a	Leerlingen en stagiaires en onze collega's van Miro 1 die staan af en toe ook op Miro 2. (bv avonddienst dan zijn er meestal maar 2 medewerkers). Ik vind het vervelend voor hun eigen veiligheid.
29b	37	a	Leerlingen werken ook gewoon mee. Stagiaires werken hier ook veel uren per week. De leerlingen en stagiaires hadden graag mee willen doen met de scholing. Die was natuurlijk voor hen ook heel leerzaam.
29b	31	b	Ik heb ook een coachende rol.
29b	46	b	Nee dit vind ik niet erg. Leerlingen en stagiaires gaan over max ½ jaar toch weer weg.
29b	49	b	Stagiaires gaan er niet makkelijk naartoe. De scholing zou voor hun wel fijn zijn. Er is een stagiaire mee bezig.
29b	53	b	Stagiaires en leerlingen niet net als collega's Miro 1. Soms wel onhandig.
29b	58	b	Collega's zijn vaak van andere afdelingen.
29b	67	b	Wij hebben hier zelf een taak in. Rol ligt bij ons, is niet nodig.
29b	75	a	Jammer dat er dan vragen komen. Je bent een team en dan zou heel het team dezelfde scholing moeten krijgen.

29b	85	a	Het is soms vervelend bij leerlingen en stagiaires. Eerst helemaal uitleggen waarom ze het niet op die manier mogen doen. Ook voor hun eigen veiligheid.
29b	86	a	Als iemand van de HHD alleen staat wel. Die weet niet hoe en wat.
29b	92	b	Leerlingen en stagiaires hadden ook scholing moeten krijgen.
29b	97	b	Leerlingen en stagiaires werken daar in principe niet alleen.
30	12		Is de weekend huishoudelijke dienst op de hoogte van de schoonmaakregels. Dat wij weten of je het personeel erop mag aanspreken.
30	28		De registratie van skills moet je zelf registreren dat je de handeling gedaan hebt. Fraudegevoelig!
30	31		Goed dat deze scholing gegeven is.
30	32		Ik zou het prettig vind om ook deel te nemen aan de opfrisscholing oncologie.
30	33		Ik ben leergierig en vind het leuk om nieuwe dingen te leren. Maar ik merk wel dat je ermee bezig moet blijven omdat anders de kennis en vaardigheden weg vallen.
30	46		Het meeste vind ik wel interessant. Maar bijvoorbeeld bloedsuiker vind ik overdreven, dit doe ik elke dag.
30	75		Hazelaar doet veel aan scholing. Dat vind ik goed en ik ben er blij mee. Bij een vorige werkgever was dat niet. Dat miste ik.
30	78		Ik zou het fijn vinden als de HHD een interne opleiding kan volgen. Bijvoorbeeld naar het toilet brengen. Dan hoor je er meer bij en hoef je niet iemand te gaan roepen.

Bijlage 14 Uitkomsten interviews onderzoek Miró 2

Hieronder worden de uitkomsten van alle interviews bij elkaar gegeven. Eerst wordt de gestelde vraag gegeven en daarna de uitkomst waarna hier eventueel een conclusie aan gegeven wordt als dat mogelijk is.

De eerste vijf vragen die gesteld werden, waren algemeen. Dit was in de inleiding ook zo aangekondigd.

1. Hoeveel jaar ben je (al) werkzaam als zorgverlener?	4x < 5 jaar	10x 5 - 15 jaar	8x > 15 jaar
Gemiddeld 15,6 jaar			

Het antwoord op deze vraag is in jaren gegeven. Deze jaren zijn bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal personen dat geïnterviewd is.

Het gemiddeld aantal jaren zorgervaring op de afdeling is iets meer dan 15 jaar. Er is dus veel zorgervaring op de afdeling. Dat was ook te verwachten, aangezien Miro een Zorginnovatiecentrum (ZIC) is. Dat betekent dat dit een afdeling is waar de zorg door de medewerkers samen met studenten wordt gedaan. De studenten en de medewerkers werken ook samen aan praktijkgericht onderzoek dat altijd een relatie heeft met verbetering van zorg. Aan het praktijkgericht onderzoek werken diverse disciplines mee. Dit is uitdagend voor studenten en professionals om zich te ontwikkelen (Fontys, 2013).

2. Hoelang ben je werkzaam op Miró 2?	Gemiddeld 3 jaar
---------------------------------------	------------------

Het antwoord op deze vraag is in maanden of jaren gegeven. In jaren is dit bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal personen dat op de afdeling werkt.

Gemiddeld wordt er precies 3 jaar gewerkt door het personeel op de afdeling. Dat lijkt heel kort. Er moet rekening mee gehouden worden dat deze afdeling in augustus pas 6 jaar open is. Ook zijn er afgelopen najaar een aantal collega's die hier al langer werkten naar een nieuw geopende afdeling gegaan omdat een gedeelte van de cliënten doelgroep daar ook heen verhuisde. Het coördinerende hoofd (co-hoofd) en het hoofd van de huishoudelijke dienst (hoofd HD) zijn hier niet in meegeteld, omdat zij niet alleen en niet direct op deze afdeling werkzaam zijn.

3. Wat is je leeftijd?	5 < 30 jaar	6x 30-45 jaar	9x > 45 jaar
------------------------	----------------	------------------	-----------------

Het antwoord op deze vraag is ook in jaren gegeven. Er zijn maar drie medewerkers boven de 55 jaar. De leeftijdscategorieën zijn hiermee mooi verdeeld over de afdeling.

4. Welke vooropleiding heb je gedaan?	Aantal
a Inservice opleiding verpleegkunde A	1
d Inservice opleiding ziekenverzorging IG	2
f Opleiding helpende	1
g Opleiding verzorgende (IG)	1
h Mbo verpleegkunde	3
i Hbo verpleegkunde	5
j Anders nl. (zie bijlage 13)	10

Er kwamen bij sommige medewerkers meerdere antwoorden op deze vraag. Een enkeling is namelijk als verzorgende begonnen en heeft nu een hbo-v diploma. De hoogst genoten opleiding is voor het analyseren gebruikt.

Het laatste antwoord (j) heeft de maken met het aantal voedingsassistenten en het hoofd HD. Zij hebben mavo, leao of bijvoorbeeld huishoudschool. Hieruit blijkt dat de grootste groep medewerkers mbo of hbo verpleegkundige is.

5. Wat is je huidige functie?		Aantal
a	Senior verpleegkundige	2
b	Verpleegkundige	3
d	Zorg coördinator niveau 4	1
e	Zorg coördinator niveau 5	3
f	Verzorgende (IG)	4
g	Helpende	1
h	Voedingsassistente	6
j	Coördinerend - hoofd	1
k	Anders nl. (zie bijlage 13)	2

Er volgen nu een aantal resultaten in verband met vragen over de recent gegeven oncologie scholing.

6. Waarom vind je scholing, met betrekking tot zorgverlening voor cliënten met chemotherapie, belangrijk?		Aantal
a	Omdat ik er van leer/wijzer van word	10
b	Omdat ik nu weet hoe ik de cliënten met chemotherapie moet verzorgen	5
c	Omdat ik nu weet waar ik op moet letten voor mijn veiligheid	15
d	Omdat ik nu weet welke veiligheidsmaatregelen ik moet en kan treffen	10
e	Omdat ik nu weet welke bijwerkingen ik kan verwachten en wat ik dan moet doen	4
f	Omdat ik meer achtergrondinformatie wil hebben	4
h	Omdat ik die cliënt dan in/met "het emotioneel stuk" beter kan begeleiden	1
i	Omdat ik bang ben/was besmet te raken met chemo/cytostatica	2
j	Omdat ik me niet vertrouwd voel(de) om deze cliënten te verzorgen	1
k	Omdat ik anders niet weet hoe ik deze cliënten moet verzorgen	1
l	Omdat ik weet dat kennis wegzakt en ik daar dan een opfrismoment heb	1
m	Omdat ik dan op de hoogte blijf van nieuwe ontwikkelingen	1
n	Anders, nl. (zie bijlage 13)	9

Er werden door de medewerkers meerder antwoorden op deze vraag gegeven. Zij vonden de scholing, met betrekking tot zorgverlening voor cliënten met chemotherapie om meer dan één reden per persoon belangrijk. Vooral het antwoord met betrekking tot eigen "veiligheid" scoorde met 68% (15x) hoog. Veel medewerkers vertelden hierbij ook dat ze hoopten dat ze de scholing vaak nodig zouden hebben. Dus echt zouden kunnen gebruiken, omdat er nog niet veel cliënten met chemotherapie op de afdeling zijn.

7. Sluit de (bij)scholing oncologie aan op de praktijk?		Aantal
a	Ja, sluit uitstekend aan	16
b	Ja, sluit voldoende aan (-> Kan je zeggen wat je miste?)	3
c	Nee, sluit onvoldoende aan, omdat (?)	-
d	Nee, sluit helemaal niet aan, omdat (?)	2
e	Anders, nl. (zie bijlage 13)	1

Deze vraag is door 73% (16 medewerkers) met ja beantwoord. Andere medewerkers zeiden iets in de strekking dat het moeilijk te zeggen was omdat er momenteel niet veel mee gewerkt wordt. Toch was iedereen blij deze scholing gehad te hebben voor het geval de stroom cliënten op gang gaat komen.

8. Hoe tevreden was je met deze scholing oncologie die je laatst via de oncologieverpleegkundige van het TSZ hebt gevolgd?	Totaal score
Cijfer?	8

De cijfers die voor deze scholing gegeven werden zijn opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Uitkomst een 8,0. Dit cijfer is ook 11 keer gegeven. Van de hoger opgeleide heeft iedereen op één na het cijfer 8 of hoger gegeven.

9. Heeft dit te maken met de manier waarop de training is gegeven, zoals klassikaal, of met de trainer(s)?		Aantal
a	De klassikale manier van lesgeven	3
b	De trainer(s)	7
c	Beide, klassikale manier van lesgeven en trainers	8
d	Anders, nl. (zie bijlage 13)	6
e	De informatie was interessant	7
f	Het was mogelijk vragen te stellen en interactie	5

De meeste medewerkers 36 % (8x) waren blij met de trainer(s) en de klassikale manier van lesgeven. Daarnaast is er door 32% van de populatie (7x) vooral de trainer(s) geantwoord. Dit is vooral door de medewerkers gedaan die de eerste scholingsmiddag hebben gevolgd. Er waren die dag twee trainers aanwezig. Eén van hen, een verpleegkundige had ervaring om deze scholing te geven. Hij heeft dat voor de medewerkers van de afdeling oncologie in het TSZ vaker gedaan. Zijn collega gaf de scholing voor het eerst. Zij heeft de andere twee scholingsmiddagen in haar eentje verzorgd. Tijdens de eerste scholingsmiddag wisselden zij elkaar af en gaf vooral de ervaren verpleegkundige tussendoor veel praktijk voorbeelden. Dit werd door iedereen zeer op prijs gesteld.

Een veel gehoord antwoord was ook, dat het blauwe boekje, dat voor aanvang van de scholing aan de medewerkers van de eerste twee scholingsmiddagen was uitgereikt om vooraf te lezen, als prettig is ervaren. Bij de laatste scholingsmiddag is dat boekje pas achteraf gegeven. Een enkeling gaf bij de volgende vraag als antwoord dat ze dit inderdaad liever eerder gekregen hadden. Die doelgroep vond zoals het nu gegaan is blijkbaar ook prima.

10. Wat had beter of anders gekund?		Zie bijlage 13, 12x
11. Wat vond je van de tijdsduur van deze scholing?		Aantal
a	Goed	18
b	Iets te lang	1
c	Te lang	1
d	Te kort	2
e	Anders, nl. (zie bijlage 13)	1

Deze vraag is door 82% van de populatie (18 medewerkers) met 'goed' beantwoord. 9% (2 medewerkers) vonden hem zelfs 'te kort'. In de vraag hieronder meer uitleg over het hoe en waarom.

12. Hoe lang vind je dat deze scholing mag duren?		Aantal
a	Maakt niet uit, als het maar interessant is.	12
b	1,5 uur	1
c	2 uur	2
d	2 - 2,5 uur met een pauze	2
e	anders, nl. (zie bijlage 13)	8

55% van de populatie (12 medewerkers) maakt het niet uit hoe lang de scholing duurt. Als het maar interessant is. Als aanvulling erbij dat er genoeg afwisseling moet zijn. Dat was nu ook. Luisteren, vragen, praktijkvoorbeelden. Een pauze vind men ook noodzakelijk. Aan een nieuw onderwerp mag ook wel tijd besteed worden, was ook een antwoord.

Er waren drie personen die de scholing te lang vonden duren. Zij hoorden bij de lager opgeleiden. Zeker voor de pauze toen er weinig praktijkvoorbeelden waren. Dit was tijdens de derde scholingsmiddag. Ook vonden twee medewerkers bij die scholing de informatie confronterend, in verband met recente ervaringen in de nabijheid.

Er volgen nu een aantal resultaten van vragen over scholing in het algemeen.

13. Als je scholing krijgt, kan je dan zeggen aan welke randvoorwaarden de scholing voor jou moet voldoen, behalve leerzaam zijn? Dus dat je er met een tevreden gevoel op terugkijkt.		Aantal
a	het is onder werktijd	1
b	dat ik die tijd betaald krijg	1
c	dat de informatie praktisch is	5
d	dat de informatie interessant is	2
e	dat het niet ver weg is	2
f	dat ik een toets moet maken	4
h	dat ik me op mijn gemak voel	1
i	dat ik begrijp waar het over gaat	2
j	dat ik me niet verveel (te laag niveau	3
l	omdat ik in een prettig leslokaal zit (ventilatie)	5
m	omdat er op een voor mij prettige manier lesgegeven werd	2
n	omdat diegene die de scholing geeft het op het leuke manier brengt	2
o	anders, nl. (zie bijlage 13)	14

Dat de informatie praktisch is en in een prettig lokaal (in verband met ventilatie), is beide bij 23% van de populatie (vijf keer) de belangrijkste randvoorwaarden waar scholing aan moet voldoen.

14. Heb je het afgelopen jaar behalve de scholing oncologie nog een andere scholing gevolgd?		Aantal
a	Ja	18
b	Nee	4

Het antwoord op deze vraag werd door bijna iedereen (82%) met "ja" beantwoord. Enkele voedingsassistenten gaven aan geen scholing gevolgd te hebben.

15. Zo ja, welke scholing(en)		Aantal
a	Training(en) in skillslab	13
b	Palliatieve zorg	1
c	Stervensbegeleiding	1
f	Werkbegeleiding basis	3
j	Hbo-v	1
m	Anders, nl. (zie bijlage 13)	9

Het meest gegeven antwoord is "skills" met 13 keer. Gevolgd door 3 keer de training "werkbegeleiding basis" en "BHV". Andere antwoorden waren: palliatieve zorg, omgaan met agressie, Zoco, PREZO, Kruidengeneeskunde, familie zorg etc. Op alle niveaus werden er bijna meerder antwoorden gegeven.

16. Hoe tevreden was je met deze opleiding of bijscholing?	Totaal
Cijfer ?	7,2

Het gemiddelde cijfer dat hier gegeven is, is een 7,2. Bijna een punt lager dan de oncologie scholing. Dit cijfer is vooral door het cijfer voor de trainingen in het skillslab zo laag uitgevallen. Hieronder volgt de verklaring.

17. Waarom nu dit cijfer?		Aantal
c	Dat de informatie praktisch is	7
d	Dat de informatie interessant is	6
m	Omdat er op een voor mij prettige manier lesgegeven werd.	1
o	Anders, nl. (zie bijlage 13)	14

De trainingen in het skillslab worden over het algemeen niet goed beoordeeld. De theorie schijnt goed besproken te worden. Daarna is er bijna altijd te weinig tijd om te oefenen. Daar komen de meeste medewerkers voor. Ook de verschillende niveaus bij elkaar is dan niet prettig. Vooraf heeft iedereen de theorie (thuis) al door moeten nemen en dan hoor je het daar nog een keer (of 3).

Er zijn ook verplichte nascholingen. Daar hoor je dan voor de zoveelste keer wat je allang weet. Die zou voor medewerkers die veel met het besproken onderwerp te maken hebben, minder vaak gevolgd hoeven te worden.

Scholingen met een hoger cijfer kregen dat vooral omdat de informatie interessant en praktisch was.

18. Ben jij normaal gesproken gemotiveerd tot het volgen van bijscholing?		Aantal
a	Ja	22
b	Nee, omdat	-
c	Ik doe het omdat het moet	-
d	Anders, nl. (zie bijlage 13)	1

Deze vraag is door de hele populatie met "ja" beantwoord. Met daarbij ook de kritische noot hierboven beschreven.

19a. Weet je van jezelf welke leerstijl je hebt?		Aantal
a	Ja	19
b	Nee	3

Bijna iedereen wist het antwoord op deze vraag. Wisten ze het niet, dan was door de meeste van hen de test gemaakt of de test was toch gemaakt ter bevestiging. Dat kwam omdat de projectgroep van te voren een mailtje had rond gestuurd met de vraag om de leerstijltest te maken als je het niet wist.

Maar drie personen hebben de test moeten maken omdat ze hun leerstijl echt niet kenden. Hieronder, bij vraag 19b, volgt de uitslag.

19b. Welke?		Aantal
a	Doener	14 (16)
b	Dromer	1
c	Denker	3 (5)
d	Beslisser	-
e	Doener en nu denker	2
f	?	2xa

Leren in de praktijk is voor doeners een geschikte manier van handelingen eigen maken. Dit leren in de praktijk komt steeds meer in alle opleidingsniveaus voor. Leren door doen is een prima manier om je dingen eigen te maken.

20. Wil je aangeven in welke mate je het met deze stellingen eens of oneens bent?		Meest gegeven antwoord	Antwoord erna
a	Om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen binnen mijn vakgebied is een regelmatige na-en bijscholing noodzakelijk	16 x helemaal mee eens	5 x mee eens
b	Door regelmatig de mogelijkheid te krijgen tot bijscholing voel ik mij meer betrokken bij de cliënten/afdeling waar ik werk	11 x helemaal mee eens	10 x mee eens
c	Er zou meer tijd vrijgemaakt moeten worden voor bijscholing	12 x mee eens	6 x helemaal mee eens
d	In mijn werk komen mijn talenten/capaciteiten voldoende tot hun recht	15 x mee eens	5 x neutraal
e	De mogelijkheden die mij geboden worden tot bijscholing stimuleren mij om bij mijn huidige werkgever in dienst te blijven	11 x mee eens	10 x helemaal mee eens

f	Ik word door mijn werkgever gestimuleerd mij verder te ontwikkelen in mijn werk	13 x mee eens	6 x helemaal mee eens
g	De drukte van mijn baan laat het volgen van (bij)scholing onvoldoende toe	8 x oneens	7 x neutraal
h	Ik volg privé regelmatig een cursus of workshop	11 x oneens	diverse

De aantallen bij de antwoorden spreken voor zich. Onder elk antwoord staat hoe vaak dat antwoorden gegeven is. Uit de literatuurstudie die door de projectgroep bij aanvang van dit project gedaan is werd gewaarschuwd voor scholingsmoeheid. Bij stelling 3 komt dit in zoverre naar voren, dat het onder werktijd kan gebeuren.

Opvallend is dat er privé weinig cursussen of workshops gevolgd worden. Dit kan zeker te maken hebben met de hoeveelheid scholingen onder of naast werktijd.

Bij stelling 8 is in totaal 5 keer (helemaal) mee eens geantwoord. Dit is 3 keer door hoger opgeleide gedaan en 2 keer door laag opgeleide.

21. Hoe vind je zelf, dat je functioneert in je werk na de scholing van Adri en/of Mischa?		Aantal
a	Goed / prima	12
b	Ruim voldoende	5
c	Voldoende	3
f	Anders, nl. (zie bijlage 13)	5

Deze vraag is door 55% van de populatie met "goed" beantwoord. Niemand dacht "onvoldoende". Wel wordt er de kanttekening bij gemaakt dat er nog niet veel ervaring mee wordt opgedaan omdat de hoeveelheid cliënten met chemotherapie zo laag is. De risicoperiode is ook zo kort dat de kans dat je die dag werkt en er dan ook nog mee te maken krijgt gering is.

De voedingsassistenten willen geïnformeerd worden als er iemand in de risicoperiode zit. Het staat wel op de deur van de kamer, maar de cliënt kan in de woonkamer zitten bij aanvang van hun dienst. Zodoende is het al voorgekomen, dat voedingsassistenten niet op de hoogte waren dat een cliënt in de risicoperiode zat.

22. Hoe beoordeel je de werkhouding van je collega's na de scholing van Adri en/of Mischa?		Aantal
a	Goed / prima	15
b	Ruim voldoende	1
d	Laat af en toe te wensen over, omdat	1
f	Anders, nl. (zie bijlage 13)	8

Deze vraag is door 68% (15 medewerkers) van de populatie met "goed" beantwoord. Men is kritisch en bevraagd elkaar. Vooral het feit dat de studenten deze scholing niet gevolgd hebben zorgt dat er extra op hen gelet moet worden. De voedingsassistenten geven aan hier niet zo'n zicht op te hebben omdat ze veel alleen werken.

23. Wat is voor jou een geschikte manier van scholing?		Aantal
a	In een groep, zoals de afgelopen scholing oncologie	12
b	In een groep/klassikaal met behulp van een lotus	3
c	Klinische les	1
d	Vragen mogen stellen en interactie	4
e	Workshop	3
f	E-learning	3
g	Training on the job	2
k	Praktisch	11
l	Anders, nl. (zie bijlage 13)	6

Hier waren weer meerder antwoorden mogelijk. Door 55% (12 medewerkers) van de populatie is op deze vraag "in een groep, zoals de afgelopen scholing oncologie" geantwoord. 50% van de populatie (11 medewerkers) wil graag dat het praktisch bruikbaar is. Daarnaast zijn met regelmaat genoemd:

- klinische les;
- workshop;
- meekijken met anderen (training on the job);
- dingen te laten zien en dan zelf te doen.

24. Met wie van je collega's kijk je graag mee in de praktijk, om iets van te leren?	Zie bijlage 13, 17x
--	---------------------

77% van de populatie (17 keer) is hierop geantwoord. Er zijn diverse namen genoemd. Er wordt vooral aangegeven dat het collega's op allerlei niveau kunnen zijn in verband met de capaciteiten die ze hebben. Namen worden genoemd, omdat het dan iemand is die veel van het onderwerp afweet en/of veel ervaring heeft. Bijvoorbeeld aandachtsvelder is of zorgcoördinator. Bij de kwaliteiten die iemand moet hebben, wordt ook 'doorvragen' en 'goed bevragen' genoemd. Ook dat ze duidelijk uitleggen, wordt als leidend hierin gegeven.

Op dit moment van het interview wordt aangegeven dat het gesprek afgerond gaat worden met nog enkele vragen over de recent gegeven oncologie scholing.

25. Heb je het idee dat je nog vaardigheden mist met betrekking tot de verzorging van de oncologie cliënten die chemotherapie krijgen?		Aantal
a	Ja	7
b	Nee	16

Het merendeel van de medewerkers denkt van niet. Er is namelijk nog nergens tegenaan gelopen maar heeft ook nog niet regelmatig de kans gehad dit te ervaren. Er moeten meer cliënten met chemotherapie komen.

26. Zo ja, welke?	Zie bijlage 13, 8x
-------------------	--------------------

Hier zijn weer diverse antwoorden op gegeven door 36% (8 medewerkers) van de populatie. Niets sprong er echt uit. Eén medewerkster gaf aan niet te weten waar na de risicoperiode de spullen met betrekking hiermee opgeruimd moesten worden. Enkele medewerkers wisten ook niet hoe de speciale blauwe chemoton (afvalbak op de kamer bij de cliënt tijdens de risicoperiode) er komt en weer afgevoerd wordt.

Genoemde antwoorden zijn bijvoorbeeld ook:

- hoe bejegen je cliënten
- ervaring met noodsituaties ontbreekt
- venapunctie is steeds moeilijker te prikken. Zijn er tips?

27. Kan je aangeven hoe je dat wilt leren?	Zie bijlage 13, 4x
--	--------------------

Het antwoord werd snel gegeven. Meestal meekijken met een ander, bijvoorbeeld op de chemokamer in het TSZ. Of navragen bij een ander. Dit antwoord is op deze afdeling bij alle leeftijden en niveaus hetzelfde.

28a. Hoe vaak per jaar wil je na- en bijscholing over zorg aan cliënten met chemotherapie krijgen?	Aantal
Gemiddelde antwoord	2

Het meest gegeven antwoord is twee keer per jaar. Op het aantal één keer, werd meteen de volgende vraag gesteld.

28b. Ook als ik je vertel dat uit onderzoek naar voren is gekomen dat al na een half jaar de kennis wegzakt?	Aantal
a Ja	14
b Nee	4
c Anders, nl. (zie bijlage 13)	4

Het antwoord werd maar één keer bijgesteld van één naar twee keer. Enkele medewerkers gaven aan meteen op de hoogte gesteld te willen worden bij verandering in inzichten en medicatie of protocol. Dat het ook aan de cliëntenstroom ligt. Iedereen moet geprikkeld blijven. Vooral hoger opgeleiden (4) gaven vaker aan, één keer scholing voldoende te vinden met daarbij randvoorwaarden. (Zie bijlage 13).

29a. Zijn de collega's met wie je de cliënten met chemotherapie verzorgd allemaal (bij)geschoold om dat veilig te doen ?	Aantal
a Ja	5
b Nee	17

De projectgroep wist dat één voedingsassistentes zich niet opgegeven had voor de scholing. De voedingsassistentes wisten dit allemaal ook. Bij de andere medewerkers was dit meestal niet bekend. Wel gaven veel medewerkers aan dat de studenten (stagiaires en leerlingen) én medewerkers van Miró 1 niet geschoold waren.

29b. Vind je dat vervelend?	Aantal
a Ja	9
b Nee	13

Vervolgens kwamen er 15 reacties op de volgende vraag.

Waarom?

Een selectie van de antwoorden is bij "ja":

- Daar ging ik van uit.
- Leerlingen en stagiaires niet. Zij moeten zich wel bewust zijn van de risico's die ze lopen.
- Medewerkers van andere afdelingen als ze komen helpen ('s nachts).
- Ik vind het vervelend voor hun eigen veiligheid. Ik kan het niet altijd in de gaten houden.
- Het is soms vervelend bij leerlingen en stagiaires. Eerst helemaal uitleggen waarom ze het niet op die manier mogen doen. Ook voor hun eigen veiligheid.

Een selectie van de antwoorden is bij "nee":

- Ik heb ook een coachende rol.
- De leerlingen en stagiaires hadden graag mee willen doen met de scholing. Die was natuurlijk voor hen ook heel leerzaam.
- Leerlingen en stagiaires gaan over maximaal een half jaar toch weer weg.
- Stagiaires gaan er niet makkelijk naartoe. Een scholing zou voor hun wel fijn zijn. Hier is een leerling al mee bezig.
- Wij hebben hier zelf een taak in. Rol ligt bij ons. Het is niet nodig.
- Jammer dat er dan vragen komen. Je bent een team en dan zou heel het team dezelfde scholing moeten krijgen.
- Leerlingen en stagiaires werken daar in principe niet alleen.

De medewerkers waren er zich goed van bewust dat ze de leerlingen en stagiaires altijd al in de gaten houden. Op dit punt nu nog eens extra. Hier wordt ook onder werktijd op bevraagd.

30. Wil je nog iets in het algemeen over scholing kwijt?		Aantal
a	Ja	7
b	Nee	15
	Open, in bijlage 13	8

Hierop kwamen 8 reacties. Die zal de projectgroep ook doorgeven of het is al gedaan. De antwoorden die gegeven zijn:

- De registratie van skills is fraudegevoelig. Bij de registratie moet je zelf aangeven dat je de handeling gedaan hebt.
- Ik ben leergierig en vind het leuk om nieuwe dingen te leren. Maar ik merk wel dat je ermee bezig moet blijven omdat anders de kennis en vaardigheden weg vallen.
- Hazelaar doet veel aan scholing. Dat vind ik goed en ik ben er blij mee. Bij een vorige werkgever was dat niet. Dat miste ik.
- Het meeste vind ik wel interessant.
- Ik zou het fijn vinden als de medewerksters van de HHD een interne opleiding kunnen volgen. Bijvoorbeeld naar het toilet brengen. Dan hoor je er meer bij en hoef je niet iemand te gaan roepen.
- Is de weekend huishoudelijke dienst op de hoogte van de schoonmaakregels. Dat wij weten of je het personeel erop mag aanspreken.
- Goed dat deze scholing gegeven is.
- Ik zou het prettig vinden om ook deel te nemen aan de opfrisscholing oncologie.