

Fontys Paramedische Hogeschool

Opleiding Logopedie

communlCatie

**communicatie op de intensive care, een kwalitatief onderzoek naar
behoeften van verpleegkundigen op de intensive care met betrekking tot
ondersteunende communicatie**

Scriptie

Linda de wit

Studentnummer: 2144738

Begeleider: Lotte Terwoert

07-01-2014

Voorwoord

Voor u ligt het praktijkgericht onderzoek 'communlCatie'. Het praktijkgericht onderzoek 'communlCatie' beschrijft de uitkomsten van een kwalitatief onderzoek dat gehouden is onder verpleegkundigen die werkzaam zijn op een intensive care afdeling (IC). Het geeft inzicht in de communicatieondersteuning die ontwikkeld is en de communicatie ondersteuning die daadwerkelijk ingezet wordt. Daarnaast worden de behoeften van de verpleegkundigen met betrekking tot communicatieondersteuning in kaart gebracht.

Op de website van het Rode Kruis Ziekenhuis (RKZ) is een duidelijke beschrijving gepubliceerd over de IC. Zij beschrijven dat de IC een afdeling binnen een ziekenhuis is waar patiënten liggen bij wie één of meerdere belangrijke lichaamsfuncties bedreigd zijn. Deze patiënten worden intensief bewaakt en behandeld door meerdere professionals. Een opname op de IC kan het gevolg zijn van een ongeluk, een gecompliceerd ziekteverloop of een operatie. Vaak zijn er lichaamsfuncties die op de IC geheel worden ondersteund of overgenomen worden door apparatuur (<http://www.rkz.nl> z.j.).

Veel mensen hebben een bijdrage gehad in de totstandkoming van deze scriptie. Allereerst wil ik graag de verpleegkundigen die geparticipeerd hebben bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar onze afstudeerbegeleidster Lotte Terwoert en mijn groepsleden Lotte Farenhorst, Diede Munnik en Ilse Klijn. Tijdens het schrijven van de scriptie was het altijd mogelijk om vragen te stellen en zij hebben mij voorzien van advies en feedback. Daarnaast gaat mijn dank uit naar Jos Smeur, Lucas Smeur, Thomas de Wit, Paul de Wit en Aimy Ikkersheim voor de feedback die ik van hen heb gekregen. Als laatste wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor de mentale steun tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Achtereenvolgend leest u een beschrijving van de aanleiding tot het project, de onderzoeksvraag, de gehanteerde methode, het projectproduct, de resultaten, de discussie en de literatuurlijst.

Samenvatting

“CommuniCatie” is een praktijkgericht onderzoek dat is uitgevoerd door vier logopediestudenten. Er is onderzoek gedaan naar communicatieondersteuning op de intensive care (IC). Communicatieondersteuning bevat alle aspecten die worden ingezet naast het verbaal uiten van taal. Hierbij kan gedacht worden aan knikken met het hoofd, gebaren of aanwijzen. Een voorbeeld van het inzetten van ondersteunende communicatie is, het één keer knipperen met de ogen wanneer de patiënt ‘ja’ wil antwoorden op een vraag. De nadruk binnen dit praktijkgericht onderzoek ligt op het inventariseren en beschrijven van meningen, die mogelijk kunnen leiden tot nieuwe inzichten. Er is dan ook gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Er zijn tien individuele interviews gehouden met verpleegkundigen die werkzaam zijn in de regio Noord-Brabant en Nijmegen. Binnen het onderzoek is er een antwoord gezocht op de volgende vraag: Welke behoeften hebben de verpleegkundigen op de IC betreffende communicatieondersteuning met de patiënten? Na afloop zijn de interviews getranscribeerd en gecodeerd. Vanuit de codering zijn de resultaten beschreven. Binnen het huidige onderzoek is gebleken dat er veel atechnische communicatieondersteuning aanwezig is in de ziekenhuizen. Hierbij is te denken aan letterkaarten, pen en papier, alfabet en aanwijsborden. Naast deze atechnische communicatieondersteuning zijn er ook enkele vormen van technische communicatieondersteuning aanwezig op de IC. Hierbij is te denken aan een communicator. Wanneer er wordt gekeken naar de inzet van technische en atechnische communicatieondersteuning, blijkt de voorkeur vanuit verpleegkundigen te liggen bij de inzet van atechnische communicatieondersteuning. De voornaamste reden hiervoor is dat technische communicatieondersteuning lastiger is in gebruik. Echter ligt de behoefte toch bij technische communicatieondersteuning. Er is specifiek behoefte aan een apparaat met een spreekfunctie. Daarbij wordt aangegeven dat het wenselijk is om uitleg te krijgen van een logopedist met betrekking tot de werking van de apparatuur.

Abstract

"communIcation" is a practical study conducted by four speech and language therapy students. Research has been done on augmentative communication in the intensive care unit (ICU). Augmentative communication contains all the aspects that are used in addition to the verbal expression of language . This could include nodding the head , gestures or designate. An example of the use of augmentative communication is blinking once with the eyes when the patient wants to answer 'yes' to a question. The focus of this applied research is to identify and describe opinions, which may lead to new insights. Therefore, a qualitative research method has been chosen for. Ten individual interviews with nurses working in the region Noord- Brabant and Nijmegen have been conducted. This research tries to answer the following question: What needs do the nurses in the ICU have on augmentative communication? After the interviews were conducted, they were transcribed and coded. From the coding, the results have been described. The results of this research show that the hospitals mainly use non-technical communication support. Examples are the use of letter cards , pen and paper , alphabet and Information Signs. In addition to non-technical communication support, certain forms of technical communication support are used in the ICU. A communicator for example. Nurses have indicated that they prefer the use of non-technical communication support. The main reason for this, is that technical communication support is more difficult to use. However, more technical communication support is needed. There is a specific need for a device with a speaking function. In addition to this, the nurses indicated that they find explanation from a speech language therapist on the operation of the equipment desirable.

Inhoud

1	Inleiding	7
1.1	Communicatie tussen verpleegkundige en patiënt	7
1.2	Tijdsverdeling van verpleegkundigen	7
1.3	Gevolgen	8
1.4	Het effect van communicatie op de zorg	8
1.5	Inzet van communicatieondersteuning	8
1.6	Inzet van communicatieondersteuning met tijdstekort	9
1.7	Reden van niet succesvolle communicatie	10
1.8	Samenwerking met logopedist	10
1.9	Behoefte aan communicatieondersteuning	11
1.10	Probleemstelling	12
1.11	Onderzoeksvraag	12
2	Methode	13
2.1	Deelnemers	13
2.2	Werving participanten	14
2.5	Analysemethode	16
3	Resultaten	17
3.1	Technische en atechnische communicatieondersteuning	18
3.2	Belastbaarheid van de patiënt	18
3.3	verbale en non-verbale benaderwijze	19
3.4	Tijd vanuit de verpleegkundige	19
3.5	Ervaringen in de communicatie vanuit de verpleegkundige	20
3.6	Samenwerking tussen de verpleegkundigen en andere disciplines	20
3.7	Belemmeringen vanuit verpleegkundigen betreffende communicatieondersteuning	21
3.8	Behoefte vanuit verpleegkundigen betreffende communicatieondersteuning	21
3.9	Resultaatgebonden conclusie	22
4	Discussie	23
4.1	Resultaten verkregen uit het onderzoek	23
4.2	Onderzoeksopzet	24
4.2.1	Afname interviews	25
4.2.2	Member-checking	25
4.2.3	Saturatie en geografisch aspect	25

4.2.4	Participanten	26
4.2.5	Analysemethode	26
4.4	Aanbevelingen	28
4.4.1	Werkveld	28
4.4.2	Vervolgonderzoek	28
5	Conclusie	30
5.1	<i>Welke communicatieondersteuning is er momenteel aanwezig op de IC ?</i>	30
5.2	<i>Welke communicatieondersteuning zetten de verpleegkundigen daadwerkelijk in?</i>	30
5.3	<i>Welke behoeften hebben de verpleegkundigen op de IC betreffende communicatieondersteuning met de patiënten?</i>	30
6	Literatuurlijst	31
	Bijlage I	I
	Bijlage II	III
	Bijlage III	IV
	Bijlage IV	V
	Bijlage V	VI
	Bijlage VI	XI
	Bijlage VII	XIV

1 Inleiding

Het praktijkgericht onderzoek 'communIcatie' richt zich onder andere op de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten op de IC. Hierbij wordt er specifiek onderzoek gedaan naar de communicatie die plaatsvindt met of door communicatieondersteuning. IC-patiënten zijn veelal niet in staat te spreken. Dit kan onder andere komen doordat ze beademd worden. De patiënten moeten dan met naasten en professionals communiceren middels communicatieondersteuning (www.blog.han.nl 2013). Communicatieondersteuning bevat alle aspecten die worden ingezet naast het verbaal uiten van taal. Hierbij kan gedacht worden aan knikken met het hoofd, gebaren of aanwijzen. Een voorbeeld van het inzetten van ondersteunende communicatie is, het één keer knipperen met de ogen wanneer de patiënt 'ja' wil antwoorden op een vraag (Happ et al., 2011). Daarnaast valt onder communicatieondersteuning ook het gebruik van communicatie ondersteunende hulpmiddelen (Beukelman & Mirenda, 2005). Dit zijn hulpmiddelen die worden ingezet om de communicatie te vergemakkelijken. Voorbeelden van deze hulpmiddelen zijn een tablet, communicatiebord waarbij de patiënt kan aanwijzen wat hij/zij bedoeld of een communicator. Een communicator is een apparaat dat voorzien is van een toetsenbord. Op dit toetsenbord bevinden zich knoppen en logo's, door middel van de knoppen en logo's kan de patiënt zaken duidelijk maken.

1.1 Communicatie tussen verpleegkundige en patiënt

Goede communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten is een essentieel onderdeel binnen het verstrekken en verkrijgen van kwalitatief goede zorg. Efficiënte communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten is van belang voor het bereiken van kwalitatief goede zorg. Echter, de tijd om te communiceren is soms beperkt. Dit geeft onderstaand citaat van een verpleegkundige goed weer. 'Soms moet je veel tijd besteden aan een patiënt om erachter te komen wat het is wat ze willen vertellen. Het is heel moeilijk voor een drukke verpleegkundige om die kostbare tijd te besteden om erachter te komen wat dat ene ding is wat ze willen vertellen. Het is moeilijk. Soms geven de patiënten het gewoon op en raken ze gefrustreerd omdat ze niet kunnen zeggen wat ze willen. Je voelt je dan schuldig en vreselijk. Soms kom je dan later terug zodat de patiënt mogelijk gekalmeerd is en het dan nogmaals kan proberen' (Finke, Light & Kitko, 2008).

1.2 Tijdsverdeling van verpleegkundigen

Onderzoek van Westbrook, Duffield, Li en Creswick (2011) wijst uit dat verpleegkundigen 37% van hun tijd besteden aan directe zorg. Deze directe zorg bevat de tijd die de verpleegkundige één op één doorbrengt met de patiënt. Hierbij kan gedacht worden aan douchen. Gemiddeld volbrengen de verpleegkundigen 72,3 taken per uur, met een gemiddelde lengte van 55 seconden per taak. In 25% van de medische verrichtingen voeren de verpleegkundigen meerdere taken op hetzelfde moment uit. Dit geeft aan dat verpleegkundigen weinig tijd hebben voor het uitvoeren van hun taken. Hiernaast documenteren zij ook (patiënt)gegevens en communiceren zij met andere professionals. Onderzoek van Hemsley et al. (2001) geeft aan dat verpleegkundigen weinig tijd hebben om te communiceren. Zo is gebleken dat van de twintig verpleegkundigen die hebben geparticipeerd in het onderzoek, er vijf

voldoende tijd hadden om te communiceren. Elf verpleegkundigen vonden de tijd per dag verschillen. Drie verpleegkundigen hadden weinig tijd om te communiceren en één verpleegkundige gaf aan geen tijd te hebben om te communiceren. Daarnaast geven negen van de twintig verpleegkundigen aan dat de hoeveelheid tijd die zij kwijt waren aan het communiceren een grote beperking was met betrekking tot het inzetten van communicatieondersteuning. Dit wordt ondersteund door het volgende citaat van een verpleegkundige. 'Je hebt simpelweg geen tijd om daar te gaan staan en te wachten tot de patiënt zijn woorden uitspuugt'.

1.3 Gevolgen

Uit onderzoek van Happ et al. (2011) blijkt dat de communicatie op de IC tussen een verpleegkundige en patiënt voornamelijk bestaat uit korte uitwisselingen. Denk hierbij aan een vraag als 'heeft u pijn?'. Daarnaast is 37% van de communicatie over pijn niet succesvol geweest. Er is niet duidelijk (genoeg) geworden wat de pijn betrof. De evaluatie van pijn wordt in het onderzoek van Puntillo et al. (2009) benoemd als een moeilijke taak. Pijn is een gevoel en niet concreet aan te wijzen. Hoewel het niet eenvoudig is, is het wel van essentieel belang om er duidelijkheid over te krijgen. Wanneer geen duidelijkheid bestaat over de pijn van een patiënt, kan dit mogelijk het herstel in de weg staan. Hierbij kan gedacht worden aan het niet krijgen van medicatie, waardoor de patiënt langer ziek is. Wanneer een verpleegkundige aangeeft dat de communicatie te veel tijd in beslag neemt kan dit verschillende gevolgen hebben. Eén van de gevolgen hiervan kan zijn dat zij de communicatie uit de weg gaat. Hierdoor worden eventueel mogelijkheden gemist om de communicatie te verbeteren. Echter kunnen de verpleegkundigen die de tijd nemen om te communiceren verschillende communicatiestrategieën toepassen om succes te bereiken in de basisbehoeften van communicatie (Hemsley, Balandin & Worrall, 2012).

1.4 Het effect van communicatie op de zorg

Onderzoek van Radtke, Baumann, Garrett en Happ (2011) beschrijft dat problemen in de communicatie een aanzienlijk effect kunnen hebben op de zorg voor patiënten op de IC. De patiënten geven aan gevoelens van frustratie, paniek, angst, ontmenselijking en slapeloosheid te ervaren. Onderstaand citaat van een 27 jarige mannelijke ex IC-patiënt geeft een duidelijke weerspiegeling van het belang van communicatie. "Doordat ik vier weken beademd ben geweest, had ik in het begin moeite met praten. Ook al dacht ik dat ik heel luid was, mijn familie kon me amper verstaan. Daardoor interpreteerden ze iets dat ik lief bedoelde alsof ik ergens pijn had. Die miscommunicatie vond ik zo frustrerend!!!" (<http://www.opeenlicliggen.nl> z.j.).

1.5 Inzet van communicatieondersteuning

Ernstig zieke patiënten zijn vaak te zwak om te communiceren door middel van schrift of aanwijzen (Happ, 1991 in Finke et al., 2008). Communicatieondersteuning kan dan ook pas worden ingezet wanneer de patiënt lichamelijk stabiel is (Costello, 2000 in Broyles, Tate & Happ, 2012). In het onderzoek van Happ (1991 in Finke et al., 2008) wordt de voorkeur gegeven aan het inzetten van niet

technische communicatieondersteuning. De communicatieondersteuning in de vorm van schrijven/gebaren en plaatjes kan dan ook heel effectief zijn. Verder wordt er veel gebruik gemaakt van het gecodeerd knipperen met de ogen. Dit is echter niet helemaal betrouwbaar omdat het verward kan worden met reflexmatig knipperen van de ogen (Batty, 2009). Ondanks dat er in bovenstaand onderzoek van Happ (1991) de voorkeur wordt gegeven aan het inzetten van niet technische communicatieondersteuning is er de laatste drie decennia een toename te zien in de technische communicatieondersteuning. Zo zijn er ontwikkelingen te zien in communicatieondersteuning voor apps op de iPhone, tablet en Android (Shane, Blackstone, Vanderhelden, Williams & de Ruyter 2012). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Hemsley et al. (2013) dat kinderen vaak kostbare elektronische apparaten meenemen naar het ziekenhuis, zoals een mobiele telefoon laptop en/of tablet. Uit ervaring van het Radboud ziekenhuis te Nijmegen is gebleken dat er geen bezwaren zijn met betrekking tot het gebruik van elektronische apparatuur op de IC. Wanneer het elektronische apparaat is verbonden met de Wifi-facaliteiten van het ziekenhuis, blijkt dat er geen storingen optreden op de IC. Ook zijn er middelen beschikbaar voor de hygiëne van de apparaten. Zo kan er gebruik gemaakt worden van een polyurethaan hoes. Deze is goed te reinigen met alcoholdoekjes (*W. Roudijk, persoonlijke communicatie, 05-12-2013*). Daarnaast is er een specifieke tablet hoes ontwikkeld voor artsen en andere zorgverleners. De hoes heeft een schouderriem en een lus aan de achterkant waar je je hand door kunt steken. Ook is de hoes goed te desinfecteren (www.tabletclub.nl 2012). Het IC personeel in het onderzoek van Savel en Munro (2011) geeft aan een voorstander te zijn van technologie op alle mogelijke wijze. Zij geloven dat met het juiste gebruik van technologie zij de patiënten en de familie door hun tijd op de IC heen kunnen helpen. Wanneer technologie een rol kan spelen bij patiënt en familie zal het mogelijk ook de betrokkenheid van de familie in de communicatieondersteuning vergroten. Zo wijst onderzoek van Broyles et al. (2012) uit dat de familie in 44% van de 93 gevallen betrokken was bij de communicatieondersteuning. Wanneer de familie betrokken wordt in de communicatieondersteuning is de rol van de verpleegkundige van groot belang. Zij verstrekt een service aan familie en patiënt. Dit houdt onder andere in dat zij uitleg geeft aan de familie en patiënt over het gebruik van de communicatieondersteuning (Özden, Karagözoglu & Yildirim, 2013). Wanneer er een verbetering te zien is in de communicatie zal het aantal succesvolle medische behandelingen stijgen en zal er een vermindering te zien zijn in de fouten die gemaakt worden door het ziekenhuis. Hierbij kan gedacht worden aan het toedienen van een te lage dosis medicatie, doordat de patiënt niet goed duidelijk heeft kunnen maken wat de precieze klacht is. Dit alles zal uiteindelijk resulteren in een stijging van tevredenheid van familie en patiënten (Costello, Patak & Pritcharda, 2010).

1.6 Inzet van communicatieondersteuning met tijdstekort

Onderzoek van Hemsley et al. (2011) wijst uit dat er nog weinig bekend is hoe de verpleegkundigen het tijdstekort aanpakken wanneer zij een patiënt moeten verzorgen met communicatieve problemen. Verder wordt er aangegeven dat deze patiënten vrijwel altijd op een lager tempo communiceren in vergelijking met patiënten die op de normale wijze kunnen communiceren. Dit wordt ondersteund door onderzoek van Finke et al. (2008). Hierin wordt beschreven dat communiceren aan de hand van

communicatieondersteuning langzamer gaat dan het communiceren via gesproken taal. Deze communicatieondersteuning bevat alles wat de verpleegkundigen inzetten voor de communicatie naast communicatie ondersteunende hulpmiddelen. Voorbeelden hiervan zijn het communiceren aan de hand van gebaren, mimiek, knipperen met de ogen en aanwijzen. Het communiceren met communicatie ondersteunende hulpmiddelen gaat echter nog langzamer. Er wordt dan concreet materiaal gebruikt om te communiceren. Hierbij is onder andere te denken aan een tablet met spreekfunctie en een letterkaart. De verpleegkundigen moeten zich aanpassen en pauzes nemen tijdens het communiceren, om op deze wijze de patiënt extra tijd te geven om zich te uiten.

1.7 Reden van niet succesvolle communicatie

De patiënten die hebben geparticipeerd in het onderzoek van Buzio et al. (1991 in Finke et al., 2008) geven aan dat communicatie met de verpleegkundigen zelden succesvol is geweest. Zelfs wanneer de verpleegkundigen wisten hoe er het beste gecommuniceerd kon worden en met welke communicatieondersteuning. Het onderzoek van Radtke et al. (2011) wijst uit dat artsen en verpleegkundigen niet routinematig zijn getraind in het gebruik van communicatieondersteuning en communicatiestrategieën. Dit zorgt voor een gebrek aan personeel dat weet hoe ze de communicatieondersteuning in moet zetten. Daarnaast kiest het merendeel van de verpleegkundigen niet zelf uit welke communicatieondersteuning het beste past bij de patiënt. Mogelijk is dit een taak die behoort aan de logopedist. Dit wordt ondersteund door Puntillo en McAdam (2006) . Er is gebleken binnen hen onderzoek, dat 60% van de verpleegkundige geen invloed had op de keus binnen de behandeling. Aangezien ook de artsen niet routinematig getraind zijn in het gebruik van communicatieondersteuning ligt er voor hen mogelijk ook een verbeterpunt. Wanneer zij meer kennis hebben betreffende communicatieondersteuning zal er mogelijk meer overleg met de verpleegkundige plaatsvinden over de inzet hiervan. Wanneer namelijk maar één van de betrokken disciplines kennis heeft van de communicatieondersteuning wordt er waarschijnlijk vanuit gegaan dat de communicatieondersteuning die hij/zij aandraagt dan ook de juiste is. Als laatste wordt in het onderzoek van Radtke et al. (2011) aangegeven dat er een gebrek is in aanwezige communicatieondersteuning in het ziekenhuis. Denk hierbij aan één tablet die beschikbaar is voor het hele ziekenhuis of zelfs het ontbreken hiervan.

1.8 Samenwerking met logopedist

De verpleegkundigen geven aan dat wanneer zij problemen ervaren in de communicatie, zij hulp kunnen krijgen van de logopedist. Zij hechten veel waarde aan een toenemende ondersteuning van de logopedist, om op deze wijze de communicatiestrategieën beter te kunnen implementeren. Er wordt echter aangegeven dat wanneer er een aanvraag was vanuit de verpleegkundigen, er niet genoeg tijd was om passende communicatieondersteuning te vinden. De verpleegkundigen hebben de mogelijkheid om feedback terug te koppelen aan de logopedist of de communicatieondersteuning wel of niet werkt. Binnen het onderzoek geven drie verpleegkundigen aan adviezen van de logopedist op te volgen met betrekking tot communicatieondersteuning. Eén van de verpleegkundigen geeft aan

in teamverband te werken. Dit team bevat verschillende professionals waaronder een logopedist. De verpleegkundige geeft aan in overeenstemming met de logopedist te werken. Drie verpleegkundigen geven aan geen of te weinig invloed te hebben op de ontwikkeling van communicatiesystemen.

1.9 Behoeftte aan communicatieondersteuning

Verpleegkundigen uit het onderzoek van Happ et al. (2011) geven aan dat er behoefte is aan verbetering van ondersteunende communicatie op specifieke gebieden, zoals communicatie over pijn. Dit is echter nog niet specifiek genoeg onderzocht. Niet alleen is er behoefte aan verbetering in de communicatieondersteuning, maar ook aan getraind personeel. Zo wijst onderzoek van Radtke et al. (2011) uit dat artsen en verpleegkundigen niet routinematig zijn getraind in het gebruik van communicatieondersteuning en communicatiestrategieën. Dit zorgt voor een gebrek aan personeel dat weet hoe het de communicatieondersteuning moet inzetten. Ook onderzoek van Fried-Oken et al. (2008) geeft aan dat de verpleegkundigen moeilijkheden ervaren door het gebrek aan kennis betreffende communicatieondersteuning. Dit kan komen doordat verpleegkundigen maar weinig uitleg krijgen over het inzetten van communicatieondersteuning en beperkte ervaring hebben in het werken met communicatieondersteuning. Zonder een uitleg of training over communicatieondersteuning is het voor de verpleegkundige een enorme uitdaging om hiermee te werken (Finke et al., 2008). Onderzoek van Hemsley et al. (2001) wijst zelfs uit dat ervaren verpleegkundigen moeilijkheden ervaren in de communicatie met ernstig communicatief beperkte patiënten. Deze moeilijkheden komen naast het niet begrijpen van communicatieondersteuning ook voort uit het niet aanwezig zijn en het niet gebruiken van communicatieondersteuning. Onderzoek van Hemsley et al. (2001) wijst uit dat verpleegkundigen meerdere moeilijkheden ervaren met de communicatieondersteuning. Zo sluit niet bij alle patiënten het vocabulaire van de communicatieondersteuning aan op de behoeften van de patiënt. Een voorbeeld kan zijn een kaart met daarop allerlei soorten eten. De kaart wordt gegeven aan een patiënt die sondevoeding heeft en de voeding via deze weg tot zich krijgt. De informatie op de kaart is dan niet van toepassing is voor deze patiënt. Een mogelijkheid zou zijn om deze kaarten specifiek af te stemmen op de behoefte en toestand van de patiënt. Daarnaast hebben de verpleegkundigen moeite met het lezen of ontcijferen van de geproduceerde boodschap op bepaalde apparaten. Dit komt met name door de spelfouten die gemaakt worden door de patiënt. Ook was de boodschap soms niet duidelijk vanwege de minimale ervaring van de patiënt met de communicatieondersteuning. Naast de moeilijkheden die ontstaan in het gebruik van de communicatieondersteuning wordt er ook aangegeven door de verpleegkundigen dat patiënten soms te vermoeid zijn om te communiceren. De verpleegkundigen geven aan belang te zien in het krijgen van een training in het omgaan met communicatieondersteuning. Voornaamste reden hiervoor, is dat een gebrek aan communicatie tussen verpleegkundige en patiënt een negatief effect kan hebben op het herstel van de patiënt en de duur van de ziekenhuisopname (Hemsley et al., 2001).

1.10 Probleemstelling

Er bestaat mogelijk een relatie tussen het tijdgebrek, het gebrek aan kennis van de verpleegkundigen en artsen en de aanwezige communicatieondersteuning in het ziekenhuis. Omdat de verpleegkundigen aangeven dat een gebrek aan communicatie een negatieve invloed kan hebben op het herstel van de patiënt en de duur van opname is het van belang in kaart te brengen waar de verpleegkundigen specifiek behoeften aan hebben. Dit wordt gedaan door het te vergelijken met de huidige ondersteunende communicatie. Op deze wijze kan zo efficiënt mogelijk gebruik gemaakt worden van de beschikbare tijd van de verpleegkundigen. Daarnaast heeft het als doel een zo optimaal mogelijke communicatie te ontwikkelen tussen verpleegkundige en patiënt en op deze wijze kwalitatief hoge zorg te verstrekken.

1.11 Onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag: Welke behoeften hebben de verpleegkundigen op de IC betreffende communicatie ondersteuning met de patiënten?

Deelvragen:

Welke communicatieondersteuning is er momenteel aanwezig op de IC ?

Welke communicatieondersteuning zetten de verpleegkundigen daadwerkelijk in?

2 Methode

De nadruk binnen dit praktijkgericht onderzoek ligt op het inventariseren en beschrijven van meningen, die mogelijk kunnen leiden tot nieuwe inzichten. Er wordt dan ook gekozen voor een kwalitatief onderzoek, waarbij tien individuele semigestructureerde interviews zijn gehouden. Achtereenvolgend leest u een beschrijving van de methode die gehanteerd is tijdens dit onderzoek.

2.1 Deelnemers

Voorafgaand aan het onderzoek werd uitgegaan van tien tot twaalf participanten. Hier is voor gekozen omdat de onderzoekers verwachtten dan een saturatie te bereiken. Daarnaast is het gebruikelijk binnen het kwalitatief onderzoek een kleinere onderzoeksgroep te selecteren (Boeije, 2005). De participanten die deel hebben genomen aan het onderzoek zijn verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de IC-afdeling. Echter mochten verpleegkundigen die minder dan één jaar werkzaam zijn op een IC, die korter dan één jaar in het bezit zijn van hun verpleegkunde diploma, die minder dan twee diensten per week draaien op de IC, die niet vloeiend Nederlands spreken of een gehoorprobleem hebben niet deelnemen aan het onderzoek. Vaak ziet men dat de verpleegkundige eerst zijn/haar verpleegkunde diploma haalt en vervolgens begint met een interne IC opleiding. Wanneer de verpleegkundige korter dan één jaar het diploma heeft, is hij/zij dus ook minder dan één jaar werkzaam op de IC. Deze twee inclusiecriteria hangen dan ook samen. Reden voor deze criteria was dat op deze wijze alleen verpleegkundige deelnamen aan het onderzoek die waarschijnlijk al in contact zijn geweest met communicatie ondersteuning. Er liggen veelal veel verschillende patiënten op een afdeling. Zo kunnen er neurologische patiënten liggen maar ook patiënten met hartproblematiek. Wanneer een verpleegkundige pas één week werkzaam is binnen de IC is de kans aanwezig dat zij nog nooit een patiënt met communicatie problemen heeft moeten verzorgen. Door verpleegkundigen deel te laten nemen aan het onderzoek die minstens één jaar werkzaam zijn op de IC werd deze kans verkleind. Wanneer een verpleegkundige minder dan twee diensten per week draait ziet zij waarschijnlijk minder diverse communicatie ondersteuning. Dit komt doordat de opname op de IC vaak van korte duur is. Wanneer een verpleegkundige minder dan twee diensten per week draait ziet zij weinig verbetering of verslechtering in de toestand van de patiënt. Zij zal dan zelf ook minder aanpassing hoeven te maken in haar manier van communiceren met de patiënt, waardoor zij mogelijk minder ervaring heeft met het inzetten van diverse vormen van communicatieondersteuning. Het niet vloeiend-Nederlands spreken kan effect hebben op het inzetten van communicatieondersteuning. Zo kan deze verpleegkundige bijvoorbeeld geen of minder gebruik maken van het stellen van gesloten vragen. Bij het aspect 'niet hebben van gehoorproblemen' is onder andere te denken aan een patiënt die bijvoorbeeld alleen kan fluisteren. De verpleegkundige moet dan wel in staat zijn om deze patiënt te verstaan.

2.2 Werving participanten

De participanten zijn allereerst telefonisch benaderd. Er is gebeld naar algemene telefoonnummers van ziekenhuizen of direct naar de ic afdeling. Er is vervolgens een korte uitleg gegeven over het onderzoek. Hierna is gevraagd of er een informatiebrief per e-mail verstuurd mocht worden. Wanneer de persoon aan de telefoon hiermee instemde is gevraagd naar een e-mail adres. Vervolgens is de informatiebrief naar het desbetreffende e-mail adres gestuurd (zie Bijlage I). In de mail is gevraagd te reageren vóór een bepaalde datum, in verband met de strakke tijdplanning. Wanneer geen antwoord is verkregen vóór de gestelde datum, is nogmaals telefonisch contact opgenomen met de vraag of er wel/niet deel zal worden genomen aan het onderzoek. Wanneer een participant instemde met deelname is hij/zij op een lijst geplaatst met deelnemende participanten. Na circa één a twee weken is er nogmaals telefonisch contact opgenomen voor het inplannen voor een afspraak. Omdat er meerdere disciplines binnen één ziekenhuis werden geïnterviewd, is geprobeerd om alle disciplines binnen één ziekenhuis op één dag te plannen. Dit is gedaan om zo efficiënt mogelijk te kunnen werken. Negen van de ziekenhuizen die hebben geparticipeerd binnen het onderzoek bevinden zich in de regio Noord-Noord-Brabant. Eén ziekenhuis bevindt zich in Nijmegen. De participerende ziekenhuizen zijn: Jeroen Bosch, Elkerliek, MMC Veldhoven, Catharina, Elisabeth, TweeSteden, Amphia, Radboud, St. Anna en Lievensberg.

2.3 Dataverzameling

De interviews hebben plaatsgevonden binnen het ziekenhuis waar de participant werkzaam is en veelal ook op de IC. De participanten regelden zelf een ruimte waar het interview plaatsvond. Voorwaarde aan deze ruimte was dat er weinig omgevingsgeluiden mochten zijn. Dit heeft te maken met de audio apparatuur. Wanneer er veel omgevingsgeluiden zijn is het voor de onderzoekers lastig om achteraf een transcript te kunnen maken. Dit heeft te maken met de audio opnames. Voorafgaand aan het interview is er een korte mondelinge uitleg gegeven over het onderzoek en over het interview. Er was ook ruimte voor de participant om vragen te stellen. Het interview duurde twintig minuten, met een maximale tijd van een half uur. Om de kwaliteit van het onderzoek te bevorderen zijn de interviews opgenomen middels audio apparatuur. Dit gebeurde op de telefoons van de onderzoekers. De aanwezige onderzoekers schakelden allen hun audio apparatuur in (mits daar goedkeuring voor is gegeven). Na afloop van het interview is het audiobestand opgeslagen onder een code. Een voorbeeld hiervan is 'V1, gevolgd door de datum'. Op deze wijze waarborgden de onderzoekers de privacy en anonimiteit van de participant. De onderzoekers waren echter in het bezit van een lijst met codes met daarbij de behorende namen van de geïnterviewde participanten. Op deze wijze is het voor de onderzoekers te allen tijde mogelijk geweest te achterhalen welke participant bij welk interview hoorde. Daarnaast is ook de informed consent ondertekend door de participant (zie Bijlage II). De onderzoekers hebben allen een geheimhoudingsverklaring ingevuld (zie Bijlage III). De onderzoekers

hebben in dit formulier verklaard resultaten geheim te houden en discreet om te gaan met de verkregen informatie. Naast het opnemen van de interviews en het geven van codes aan audio fragmenten werd er member-checking gedaan. Dit om de kwaliteit van het onderzoek te bevorderen. Member-checking is een manier om te controleren of de verkregen informatie juist is. Na afloop van het interview heeft de onderzoeker letterlijk uitgetypt wat er is gezegd tijdens het interview. Dit leidt tot een transcript. Het uittypen wordt ook wel verbatim uitschrijven genoemd. Door de participanten het transcript toe te sturen, kon er door de participant gecontroleerd worden of de uitgewerkte informatie juist was. Het is een manier voor de participant om te controleren of alle versterkte informatie is overgekomen zoals hij/zij bedoeld had. Wanneer een participant op-/ of aanmerkingen had op het transcript, zijn er door de onderzoeker in samenspraak met de participant eventuele aanpassingen aangebracht. Dit zorgt ervoor dat er alleen maar juiste informatie is gebruikt voor het onderzoek. Als laatste heeft er een peerreview plaatsgevonden. Dit bevordert de kwaliteit van het onderzoek en wel op het vlak van accuraatheid. De peerreview is gedaan door een medestudent. Hierbij kan gedacht worden aan 'zijn eventuele begrippen goed uitgelegd door de onderzoeker' en 'zijn de gestelde vragen inhoudelijk goed'. De interviewvragen zijn opgesteld aan de hand van een onderwerpenlijst, ook wel topiclijst genoemd. Deze is opgesteld na verdieping in de literatuur over communicatieondersteuning op de IC en bevat onderwerpen (topics) die te maken hebben met de vraagstelling voor de interviews (zie Bijlage IV). Deze diende als leidraad tijdens het interview. Er is echter ook ingegaan op de antwoorden van de participant. Op deze wijze was het mogelijk voor de participanten om relevante informatie toe te voegen die de onderzoekers van te voren niet hadden voorzien. Dit is gedaan door het toepassen van de directieve en non-directieve interviewstijl. De belangrijkste aspecten van een directieve interviewstijl die de onderzoekers mee hebben genomen in de interviews zijn: tijd in de gaten houden, nieuwe topics aansnijden, niet te ver afdwalen en de interviewers moeten veel voorkennis hebben over communicatieondersteuning op de IC. De belangrijkste aspecten van een non-directieve interviewstijl die de onderzoekers mee hebben genomen in de interviews zijn: meegaan in de gedachtestroom van de geïnterviewde en hierop doorvragen, een veilig klimaat creëren, het interview wordt geleid door de geïnterviewde en het streven naar oprechte antwoorden. De interviewstijl die centraal stond bij het afnemen van de onderzoeksinterviews was dan ook semigestructureerd. Dit komt voort uit het feit dat vooraf vragen zijn opgesteld. Daarnaast is er ook nog ruimte geweest voor het toevoegen van nieuwe informatie vanuit de geïnterviewde. De interviews zijn afgenomen door vier logopediestudenten van de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven. Zij hebben per tweetal de interviews afgenomen. Eén student leidde het interview, de tweede noteerde schriftelijke observaties en vulde het interview aan daar waar nodig. Hierbij kan gedacht worden aan het doorvragen wanneer de leidende student mogelijk informatie dreigde te missen. Voordat de daadwerkelijke interviews zijn afgenomen heeft er eerst een proefinterview plaatsgevonden, ook wel pilot genoemd. Tijdens deze pilot is het interview gehouden bij iemand die de rol van IC verpleegkundige op zich kon nemen. Reden voor het houden van een pilot was dat op deze wijze getest kon worden of de interviewvragen goed waren. Zo kan er uit de pilot naar voren komen dat er bepaalde vragen anders geformuleerd moesten worden omdat zij

niet helder genoeg waren. Daarnaast heeft de onderzoeker kunnen oefenen met de eerder al genoemde interviewstijl.

2.5 Analyse methode

Allereerst zijn de transcripten door de onderzoeker handmatig gecodeerd. De onderzoeker selecteerde belangrijke informatie en markeerde deze. Nadat de onderzoeker een woord/zin gemarkeerd had, is er een open code gegeven aan de gemarkeerde tekst. Dit open coderen houdt in dat de onderzoeker een woord of korte zin noteerde die de inhoud van het gemarkeerde stuk tekst weergaf. Een voorbeeld kan zijn : 'Ik zet altijd communicatieondersteuning in', de onderzoeker markeerde deze zin en plaatste hierachter de open code 'altijd inzetten communicatieondersteuning'. Wanneer alle transcripten gemarkeerd en voorzien waren van open codes is er doorgegaan met de volgende stap. De open codes werden onder een overkoepelende code geplaatst, de axiale code. Dit is gedaan door de open codes te verdelen onder de topics die voorafgaand aan de interviews zijn opgesteld. De topics dienden als axiale code. Een voorbeeld hiervan is het plaatsen van de open code 'altijd inzetten communicatieondersteuning' onder de axiale code 'communicatieondersteuning'. Door de diversiteit aan antwoorden van de geïnterviewde zijn er een aantal nieuwe axiale codes opgesteld. Er is namelijk informatie verkregen die de onderzoekers van tevoren niet hadden voorzien. Deze open codes waren niet onder te verdelen in de al bestaande axiale codes. Het plaatsen van de open codes onder de axiale codes is gedaan door twee onderzoekers. De ene onderzoeker las de open codes voor en gaf aan de tweede onderzoeker aan onder welke axiale code deze geplaatst diende te worden. Er vond ook overleg plaats tussen de twee onderzoekers wanneer er getwijfeld werd aan de onderverdeling. Alle open codes zijn op samenhang gegroepeerd en onder de axiale code geplaatst. Vervolgens heeft de onderzoeker de transcripten en codes aan de kant gelegd. Er werd nu nagegaan wat de belangrijkste thema's waren die verkregen zijn uit de interviews. De onderzoeker noteerde deze thema's om vervolgens alle open codes nogmaals onder te verdelen. Op deze wijze werd duidelijk of alle open codes onderverdeeld konden worden of dat er mogelijk een nieuw thema aan toegevoegd moest worden. Op deze wijze heeft de onderzoeker geen nieuwe informatie over het hoofd gezien. De thema's zijn wat specifiekier dan de axiale codes. Een voorbeeld is de axiale code 'communicatie ondersteunende hulpmiddelen' en thema's 'technische communicatie ondersteunende hulpmiddelen' en 'atechnische communicatie ondersteunende hulpmiddelen'. Wanneer alle opencodes verdeeld zijn onder de thema's werd de frequentie genoteerd. Eén antwoord werd mogelijk door meerdere geïnterviewde gegeven. Dit is gedaan door achter de open code bijvoorbeeld V1 V3 V5 V9 te plaatsen. De onderzoeker wist op deze wijze welke geïnterviewde hoorde bij de open code. Wanneer de open codes met frequentie onder de thema's zijn geplaatst, is er een codeboom ontstaan (zie bijlage V). Vervolgens zijn de belangrijkste opencodes bepaald. Per thema zijn er twee á drie belangrijke opencodes geselecteerd. Hierop volgend zijn er citaten uit het transcript geselecteerd die tot deze opencodes behoorden. Dit wordt ook wel selectief coderen genoemd. Na dit selectieve coderen is gestart met de resultaatbeschrijving.

3 Resultaten

In tabel 1 zijn de participanten met de hierbij horende in- en exclusiecriteria weergegeven. In de tabel is te lezen wanneer de verpleegkundigen hun diploma hebben behaald, sinds wanneer zij werkzaam zijn op de IC, hoeveel diensten zij draaien, of zij gehoorproblemen hebben en of zij vloeiend Nederlands spreken.

Tabel 1. Onderzoeksgroep

Participant	Diploma behaald in:	Werkzaam op IC:	Diensten:	Gehoörproblemen:	Vloeiend NL :
V1	2007	2/3 jaar	5-7	Nee	Ja
V2	1991	16 jaar	3,5	Nee	Ja
V3	2004	10 jaar	Meer dan 2	Nee	Ja
V4	2002	11 jaar	Meer dan 2	Nee	Ja
V5	2011	3 jaar	Meer dan 2	Nee	Ja
V6	1981	32 jaar	Meer dan 2	Ja	Ja
V7			4,5	Nee	Ja
V8	2005	9 jaar	Meer dan 2	Nee	Ja
V9	1996	17 jaar	Meer dan 2	Nee	Ja
V10	2007	8 jaar	4,5	Nee	Ja

Op twee participanten na, hebben alle participanten voldaan aan de in- en exclusiecriteria. De eerste participant die niet volledig heeft voldaan aan de in- en exclusiecriteria heeft aangegeven gehoorproblemen te hebben. Vanwege bruikbare informatie die de participant heeft verschaft en de strakke tijdplanning, is er voor gekozen deze participant te laten participeren binnen het onderzoek. De tweede participant is momenteel niet werkzaam als verpleegkundige op de IC. Deze participant heeft echter veel ervaring als verpleegkundige en is actief betrokken geweest in het ontwikkelen van communicatieondersteuning. Er is gekozen om deze participant te laten participeren in het onderzoek vanwege de relevante informatie die hij/zij heeft toegevoegd.

Uit de interviews met IC verpleegkundigen zijn resultaten verkregen. Deze resultaten zijn ondergebracht in acht belangrijke thema's. Zoals al benoemd in hoofdstuk 2, heeft deze onderverdeling geleid tot een codeboom. Voor de volledige codeboom, zie bijlage V. In figuur 1 is een verkorte codeboom te zien. Er worden een paar thema's uit de volledige codeboom gelicht. De thema's zijn dikgedrukt, met hieronder de meest voorkomende open codes.

Figuur 1. Verkorte codeboom

Tijd	Belastbaarheid van de patiënt
Tijdrovend	Delirant
Geen tijd hebben	Medicatie
Hectische afdeling	Beademing
Soms moet je tijd maken	Geen kracht om te spreken
Communicatie schiet er snel bij in	onrust

Hieronder worden de resultaten vermeld, die zijn verkregen binnen het onderzoek. De resultaten worden per thema individueel toegelicht.

3.1 Technische en atechnische communicatieondersteuning

Op de IC worden verschillende vormen van communicatieondersteuning ingezet. Een hulpmiddel dat op de IC met regelmaat wordt ingezet is de letterkaart. Het succes van de letterkaart verschilt per patiënt. Dit blijkt uit een citaat van V2: "Uhm die letterkaarten zijn op zich fijn inderdaad. Zeker als je het op een rustig moment gebruikt. Mijn ervaring is dat het precies bij een patiënt valt of staat zeg maar. Je moet een patiënt hebben die daar ook heel erg geschikt voor is". Echter geeft V7 aan dat de letterkaarten lastig zijn in gebruik: "Er wordt vaak gebruik gemaakt van letterborden. Gewoon kunststof platen met het alfabet erop en dat men dan zegt van 'a,b,c,d...' Dat soort dingen. En dat is een lastige manier van communiceren, erg lastig". Naast de letterkaarten is de Communicator in veel ziekenhuizen aanwezig. V6 geeft aan een slechte ervaring te hebben met de communicator: "Ik moet zeggen dat dit echt teleurstellend is. Hier hebben we als groep zijnde gewoon hele slechte ervaringen mee. Dit wordt eigenlijk verwacht dat de patiënt het kan en de patiënt kan het gewoon niet. Iemand die de kracht niet heeft en de oriëntatie vaak ook in combinatie met een delier maakt dat mensen zich gewoon niet goed kunnen uiten". V4 geeft aan dat de communicator weinig wordt ingezet: "Daar werd weinig gebruik van gemaakt en dat bleek toen we 'm de laatste keer gepakt hadden, dat de voeding ook weg was".

3.2 Belastbaarheid van de patiënt

De belemmeringen voor het niet kunnen communiceren op de normale wijze komen voort uit de fysieke gesteldheid van de patiënt, aldus V3. "Ja, het is gewoon zo moeilijk op de IC. De patiënten zijn gewoon allemaal zo ziek en hebben zoveel mankementen, dat ze niet op een normale manier kunnen communiceren. Volgens mij blijft dat gewoon hartstikke moeilijk". Dit wordt nogmaals bevestigd door V5: "Nee, ik denk dat het altijd een lastig item blijft wat dat betreft. Omdat je natuurlijk mensen hebt die verward zijn en slaperig zijn en die ziek zijn. En dat is juist het probleem van het communiceren". V3 en V5 hebben hun visie gegeven op de fysieke gesteldheid. V1 geeft aan dat de psychische gesteldheid in relatie staat tot de fysieke gesteldheid: "Je krijgt het gewoon niet, eh, ja helder wat er aan de hand is. Dat is voor de patiënt héél erg frustrerend, maar voor ons natuurlijk ook. De patiënt kan zich daardoor heel druk maken, waardoor de hartfrequentie weer heel erg hoog wordt en een hoge bloeddruk. Uhm dus soms is het wel lastig dat je dan het niet helder krijgt". V6 verstrekt dit: "Uhm nou communicatie heeft er zeker mee te maken. Want als je een patiënt hebt die gefrustreerd is doordat hij zich niet kan uiten, dat uit zich vaak in negatief gedrag. Die mensen gaan of heel vaak bellen, die worden heel onrustig, of die blijven veel langer in een delier. En dat komt hun gezondheid niet ten goede".

3.3 verbale en non-verbale benaderwijze

Naast de hierboven benoemde technische en Atechnische communicatieondersteuning wordt er ook gecommuniceerd via de verbale en non-verbale wijze. Zo geeft V2 aan dat je naast het communiceren middels spraak ook op veel andere manieren kunt communiceren: "Ja je kunt communiceren natuurlijk door middel van praten maar je kunt ook nog op heel veel andere manieren communiceren. Dat wil zeggen aanraking als het ware, ik probeer ja m'n uuuuhm mijn taal en dergelijke aan te passen. Probeer bijvoorbeeld op een white board dat op de kamer staat de dag en woordjes daarop te zetten. Ik probeer echt in korte stukken met de patiënt te communiceren en te herhalen. En voornamelijk alleen te benoemen wat belangrijk is. Want de IC is uh een hele energie, ja, energie gebeuren. Een heel hectisch gebeuren. Dus de patiënt zal er meer aan hebben inderdaad als je korte stukjes, beetje bij beetje uitleg geeft als dat je echt een hele dag gaat vertellen". Naast het aanpassen van de taal kan ook het visueel maken een hulp zijn. "Ja, soms wat ik dan wel doe is dingen laten zien. En ook vaak van 'goh ik moet zo plassen' en dan hebben ze een blaas katheter in, dan laat ik die zak zien. Dat wil niet zeggen dat het altijd helpt" (V8). V1 geeft aan ver te komen met het stellen van vragen: "Dus uhm, als iemand iets duidelijk wil maken van 'heeft het met u te maken?' nou 'ja/nee'. Of uh, zo ga je raden. En heel vaak als je patiënten al wat langer verzorgd dan weet je eigenlijk wel een beetje wat ze willen zeggen". Het raden is ook een aspect dat naar voren komt tijdens het interview met V10: "Wanneer ze dan 3 letters hebben gezegd dat je dan al gaat raden van 'bedoel je draaien?'. En verder, als iemand echt niet kan communiceren probeer je ook op non verbale reacties te letten. Knipperen, handenknippen".

3.4 Tijd vanuit de verpleegkundige

Verpleegkundigen geven aan dat tijd een rol speelt binnen de communicatie. "Want het staat of valt met aandacht, die hele communicatie. Als je rustig naast het bed gaat zitten en zegt nou 'kom, we gaan er eens voor en gaan kijken of we er eens uit kunnen komen', en je hebt geen tijdsdruk, dan voelt zo'n patiënt dat ook. Dat je daar rust voor hebt zeg maar. Maar als je zelf onrustig bent, dan merken hun dat ook. Dat merken ze gelijk", aldus V7. V1 geeft aan waardoor er soms geen tijd is om te communiceren: "Soms is de druk op de kamer gewoon zo hoog en ja dan heb je daar geen tijd voor, hoe erg dat ook is". Echter geeft V6 aan dat er een verschil is tussen tijd hebben en tijd maken: "jij hebt tijd voor mensen of jij maakt tijd voor mensen. Daar geldt hetzelfde voor he. Maak je tijd voor mensen, ga je er even voor zitten, heb je er tijd voor dan kom je ooit veel verder". V3 ondersteund dit citaat en geeft aan tijd te nemen voor de communicatie: "Ik zie het niet als een tijdsdruk dat ik niet naar een patiënt kan luisteren wat die bedoelt. Ik vind dat echt ook prioriteit, dat je toch luistert naar wat er wordt bedoeld. En daar neem ik ook wel de tijd voor".

3.5 Ervaringen in de communicatie vanuit de verpleegkundige

De meeste verpleegkundigen in het onderzoek geven aan moeilijkheden te ervaren in de communicatie met een patiënt die belemmerd is in het communiceren. V3 geeft aan het moeilijk te vinden wanneer een patiënt heel emotioneel of gefrustreerd is, doordat hij/zij zich niet kan uiten: "Ja dat is heel moeilijk, dat vind ik zelf ook wel af en toe wat frustrerend. Als iemand zo in bed ligt en kan eigenlijk bijna niks meer, heeft nog een buis, is wel wakker, en kan alleen maar een beetje ja/nee knikken. Dan kun je bijna 100 vragen stellen om tot een antwoord te komen. En dan vind ik dat wel frustrerend. Dan denk ik van godsamme zeg, daar krijgt de patiënt ook gewoon stress van". V10 geeft aan deze communicatie ook als moeilijk te ervaren: "Moeilijk, dat vind ik altijd heel moeilijk. Omdat je geduld moet hebben. Nu heb ik dat wel, maar je hoopt altijd dat je iemand begrijpt en dat je weet wat ze willen antwoorden". Ook V5 ervaart moeilijkheden wanneer het communicatie betreft met een patiënt die belemmerd is in het communiceren: "Ja, lastig soms. Vooral als iemand iets echt heel graag duidelijk wil maken en je komt er niet uit. Dan is het onbevredigend en je kunt je zorg niet volledig geven want er is blijkbaar iets wat je niet door hebt en dat kan op alle vlakken zijn". Naast dat verpleegkundigen het moeilijk vinden frustraties en andere negatieve gevoelens te zien bij de IC-patiënt, ervaren de verpleegkundigen ook frustraties bij zichzelf. "Ik kan mij heel goed in zijn positie inleven van jesus je zal er maar liggen. Buis in je keel, hartstikke wakker en je kunt gewoon totaal niet aangeven wat je wil. Dat is gewoon super frustrerend" (V6).

3.6 Samenwerking tussen de verpleegkundigen en andere disciplines

Binnen de IC afdeling zijn meerdere disciplines werkzaam. Voorbeelden van deze disciplines zijn de logopedist, fysiotherapeut en ergotherapeut. De persoon die bepaalt welke communicatieondersteuning wordt ingezet is de verpleegkundige. Aldus V10: "De verpleegkundige die bepaalt het en als die er niet uit komt zal die in overleg gaan met of een logopedist of een fysiotherapeut. Maar in eerste instantie is het gewoon puur de verpleegkundige die bepaalt hoe het gedaan wordt". Naast het kiezen van de communicatieondersteuning, is ook de communicatieondersteuning aanwezig bij de verpleegkundigen. Zij bepalen of dit aan andere disciplines wordt gegeven. Onderstaand citaat heeft betrekking op een app die geïnstalleerd is op de tablet: "Nee wij geven het nog niet aan andere specialismes, omdat de app ook met name voor de verpleging en de artsen is gemaakt, om duidelijk te krijgen van wat de vraag is van de patiënt" (V4). Er wordt door de verschillende disciplines niet consequent gerapporteerd welke communicatieondersteuning er het beste ingezet kan worden. Onderstaand citaat van V9 geeft dit weer: "Ja dat wordt eigenlijk niet echt heel duidelijk aangegeven. Die ligt op het kastje en dan zie je die gewoon liggen. Dan weet je dat die daar gebruikt wordt". Wanneer er geen duidelijkheid is over de wijze van communicatie kunnen er mogelijk problemen optreden. Zo luidt een citaat van V7: "een heel mooi voorbeeld is een patiënt met de ziekte van Guillane Baré, die eigenlijk alleen met zijn ogen kan knipperen. Dan zegt de verpleegkundige van ' 1x knipperen is ja en 2x is nee'. En dan komt de

fysiotherapeut en die zegt '1x knippen is nee en 2x knippen is ja'. Dat hebben we zelf ook meegemaakt. En dat is funest. Want dan weet de patiënt niet meer waar die aan toe is". Echter worden niet altijd andere disciplines ingeschakeld voor behandeling. "Daar past niet altijd een traject in van logopedie en dergelijken omdat de patiënt te vermoeid is en vaak niet kunnen praten door een tube. Als ze wel kunnen praten en het is wat stabiel dan zal de patiënt heel snel overgeplaatst worden naar een andere afdeling" (V2). Wanneer de verpleegkundige hulp nodig heeft van een andere professional is er de mogelijkheid om deze in te schakelen. "Dan zeg ik tegen de arts: ik ga de logopedist inschakelen. En dan is dat goed" (V3).

3.7 Belemmeringen vanuit verpleegkundigen betreffende communicatieondersteuning

De aanschaf van communicatieondersteuning wordt niet gedaan door de verpleegkundigen. "Dat moet eerst door een commissie beoordeeld worden en dat is allemaal afhankelijk van hoeveel geld dat het kost en of dat het echt wel zo zinvol is en of we het niet gewoon kunnen doen met de middelen die we nu gebruiken" (V1). V10 geeft aan dat er meerdere dingen duidelijk moeten zijn voordat er communicatieondersteuning wordt aangeschaft: "Ja, ik denk wat meespeelt bij ons : is het efficiënt? Is het goed toepasbaar? Heeft het meerwaarde? Als we inschatten dat het maar 1x per jaar wordt gebruikt dan hoef je z'n tablet niet aan te schaffen". Wanneer het gaat over verkregen kennis op school over communicatieondersteuning, geeft V5 aan dat er hier weinig over aan bod is gekomen: "Er is maar een heel klein stukje bij ons op school waar dat over gaat omdat je vaak niet op alle IC's dezelfde hulpmiddelen hebt en je ja...En ik kan me ook niet herinneren dat er ooit iemand is geweest van 'nou dit is er allemaal ter ondersteuning". De kennis over de huidige communicatieondersteuning wordt verkregen via symposia. Zo geeft V5 aan: "wij gaan wel heel vaak naar symposia waar ze nieuwe materialen en dergelijke laten zien". V8 geeft aan deze kennis niet via de symposia te krijgen: "Ik loop wel regelmatig op beurzen, maar op de symposia van de ic zie je eigenlijk nooit communicatieondersteuning. Terwijl dat er natuurlijk ook bij hoort".

3.8 Behoeftte vanuit verpleegkundigen betreffende communicatieondersteuning

Wanneer de behoeften van de verpleegkundigen in kaart worden gebracht komt onder andere naar voren dat er behoefte is aan meer inzet en kennis van de aanwezige technische hulpmiddelen. "Ja, dat de volCe app zeg maar meer gebruikt gaat worden en meer ingezet gaat worden nog. Maar ja dat we dus de winst gaan zien daarvan en de beperkingen, en daardoor een beter inzicht krijgen bij wie we wat kunnen gebruiken. En wat wenselijk is, van hoe leg je vast van waarmee een patiënt dan het makkelijkste communiceert" (V4). Deze kennis met betrekking tot gebruik wordt ook aangegeven door V2: "Ik zou het wel prettig vinden om als een logopedist bijvoorbeeld hier bij nieuwe middelen uitleg komt geven". V10 geeft aan behoefte te hebben aan een technisch communicatiehulpmiddel: "Ik denk, wat ik al zei de ontwikkelingen van een iPad met zo'n spreekfunctie. En ik ben ook niet op de hoogte of dat er nog meerdere mogelijkheden zijn". V5 geeft aan niet per se een voorkeur te hebben voor technische communicatieondersteuning: "Nee, ik denk dat het altijd een lastig item blijft wat dat

betreft, En je kunt veel hightech dingen maken, maar veel ouderen snappen helemaal niets van de apparatuur en die willen het liefst schrijven en uiteindelijk kriegelen ze iets”.

3.9 Resultaatgebonden conclusie

De resultaten uit dit onderzoek geven aan dat verpleegkundigen de communicatie met patiënten die belemmerd zijn in het communiceren, als lastig ervaren. Daarnaast speelt de fysieke en psychische gesteldheid van de patiënt een grote rol in het gebruik van communicatieondersteuning. Er wordt dan ook aangegeven dat het niet kunnen communiceren kan resulteren in fysieke klachten. Zo kan het zijn dat de bloeddruk en/of hartfrequentie van de patiënt stijgt. Dit kan voortkomen uit de frustratie die optreedt wanneer de patiënt niet kan communiceren. De verpleegkundigen zetten technische en technische communicatieondersteuning in. Hierbij is onder andere te denken aan een letterkaart. De ervaringen met deze communicatieondersteuning lopen uiteen. Verder kunnen niet alle patiënten alle aanwezige communicatieondersteuning gebruiken. Zo kan een patiënt die weinig armkracht heeft meestal geen communicatieondersteuning gebruiken waarbij hij/zij een knop moet indrukken. Naast de communicatieondersteuning, communiceren verpleegkundigen middels verbale en non-verbale communicatie. Zo worden er ja/nee vragen gesteld en worden dingen visueel gemaakt. De verpleegkundigen geven aan soms beperkt tijd te hebben. Hierdoor hebben de verpleegkundigen niet altijd voldoende tijd voor de communicatie, wat de gezondheid van de patiënt niet altijd ten goede komt. Wanneer een verpleegkundige geen of onvoldoende tijd heeft om te communiceren, kan de patiënt niet altijd duidelijk maken wat hij/zij wil. Wanneer de patiënt zich niet duidelijk kan maken, kan dit resulteren in onder andere stress. Zoals hierboven al beschreven kan dit effect hebben op de psychische en fysieke gesteldheid van de patiënt. De verpleegkundigen die geparticipeerd hebben in het onderzoek geven aan diverse behoeften te hebben. Er is behoefte aan meer uitleg van de logopedist. Daarnaast is er behoefte aan meer gebruik van aanwezige communicatieondersteuning. Er wordt aangegeven dat de verpleegkundigen mogelijk op deze manier de winst en beperkingen van de communicatieondersteuning gaan inzien. Tot slot is er behoefte aan technische communicatieondersteuning en communicatieondersteuning met spreekfunctie. Echter kan niet alle communicatieondersteuning die gewenst is aangeschaft worden. Deze aanschaf moet namelijk door een commissie beoordeeld worden. Verder laat het financiële budget aanschaf van nieuwe communicatieondersteuning niet altijd toe.

4 Discussie

4.1 Resultaten verkregen uit het onderzoek

De fysieke en psychische gesteldheid van de patiënt speelt een rol bij de inzet van communicatieondersteuning. De participanten in het onderzoek geven aan dat patiënten vaak té ziek zijn om überhaupt te communiceren. Daarnaast zijn de patiënten vaak slaperig of verward. Er wordt dan ook aangegeven dat de fysieke gesteldheid van de patiënt het probleem is met betrekking tot communicatie. Ook bestaat er een wisselwerking tussen de psychische en fysieke gesteldheid van de patiënt. Wanneer de patiënt gefrustreerd is omdat hij/zij zich niet kan uiten, kan dit resulteren in een hoge bloeddruk en verhoogde hartfrequentie. Dit komt de gezondheid van de patiënt niet ten goede. Dit komt overeen met de resultaten uit het onderzoek van Radtke et al. (2011). Hierin wordt beschreven dat problemen in de communicatie een aanzienlijk effect kunnen hebben op de zorg voor patiënten op de IC. De patiënten geven aan gevoelens van frustratie, paniek, angst, ontmenselijking en slapeloosheid te ervaren. Mogelijk bestaat er een verband tussen het niet kunnen communiceren van de patiënt en het tijdstekort dat verpleegkundigen op sommige momenten hebben. De hele communicatie valt of staat met aandacht. Wanneer een verpleegkundige de tijd heeft om te communiceren voelt een patiënt dit. De patiënt voelt het ook wanneer een verpleegkundige geen of te weinig tijd heeft voor de communicatie. De participanten in het onderzoek geven aan dat dit resulteert in onrust bij de patiënt. Mogelijk zorgt deze onrust ervoor dat de fysieke en/of psychische gesteldheid van de patiënt veranderd. Dit heeft mogelijk een gevolg voor het herstel van de patiënt. Dit komt ook naar voren in de literatuur. Zo beschrijft Happ et al. (2001) dat de communicatie op de IC tussen een verpleegkundige en patiënt voornamelijk bestaat uit korte uitwisselingen, denk hierbij aan een vraag als 'heeft u pijn?'. 37% van de communicatie over pijn niet succesvol geweest. Er is niet duidelijk (genoeg) geworden wat de pijn betrof. Dit laatste kan er mogelijk voor zorgen dat het herstel van de patiënt langer duurt, dan wanneer duidelijk was geworden wat de pijn betrof.

Het aspect fysieke en psychische gesteldheid komt ook naar voren tijdens de inzet van technische en atechnische communicatieondersteuning. De aanwezige communicatieondersteuning kan namelijk niet bij alle patiënten worden ingezet. De communicatieondersteuning moet geschikt zijn voor de patiënt en zijn/haar beperking. Dit wordt ook benoemd in het onderzoek van Happ (1991). Patiënten die ernstig ziek zijn, zijn namelijk vaak te zwak om te communiceren door middel van schrift of aanwijzen. Costello (2000) sluit hierbij aan. Communicatieondersteuning kan dan ook pas worden ingezet wanneer de patiënt lichamelijk stabiel is. Daarnaast is de aanwezige communicatieondersteuning ook niet altijd handig in gebruik. Zo loopt de accu van de communicator snel leeg.

Mogelijk bestaat er ook een relatie tussen de tijd van de verpleegkundige en de inzet van communicatie ondersteunende hulpmiddelen. Zo geven de participanten in het onderzoek aan meer communicatieondersteuning in te zetten, dan het inzetten van communicatie ondersteunende hulpmiddelen. Dit doen zij onder andere door hun taal aan te passen. Daarnaast laten zij dingen zien om het duidelijk te maken en stellen zij vragen waarop de patiënt ja/nee kan antwoorden of knikken. In

het onderzoek van Hemsley et al. (2001) komt dit ook naar voren. Negen van de twintig verpleegkundigen in het onderzoek geven aan dat de hoeveelheid tijd die zij kwijt waren aan het communiceren een grote beperking was met betrekking tot het inzetten van communicatieondersteuning.

Onderzoek van Hemsley et al. (2001) wijst uit dat verpleegkundigen de hulp van de logopedist in kunnen schakelen wanneer zij problemen ervaren in de communicatie. Dit wordt ook benoemd door participanten in het onderzoek. Wanneer zij hulp nodig hebben, schakelen zij de logopedist op eigen initiatief in. Verder wordt er niet altijd consequent gerapporteerd welke communicatieondersteuning er het beste ingezet kan worden. Mogelijk heeft dit gevolgen voor de communicatie met de patiënt. Wanneer er geen eenduidige communicatieondersteuning wordt ingezet door de verschillende disciplines kan dit funest zijn voor de patiënt. Dit alles staat mogelijk in relatie tot de fysieke en/of psychische gesteldheid van de patiënt. Wanneer er namelijk op meerdere wijze gecommuniceerd wordt met de patiënt kan deze in de war raken waardoor hij/zij mogelijk gefrustreerd raakt. Dit heeft weer mogelijke gevolgen voor de fysieke gesteldheid van de patiënt. Dit laatste komt ook naar voren wanneer het gaat over de behoefte van de verpleegkundigen. Er wordt aangegeven dat het wenselijk is om een manier te vinden hoe er het beste gerapporteerd kan worden welke communicatieondersteuning ingezet dient te worden. Naast rapportage is er behoefte aan technische communicatieondersteuning zoals een tablet. De laatste drie decennia is er een toename te zien in de technische communicatieondersteuning (Happ , 1991). Zo zijn er ontwikkelingen te zien in communicatieondersteuning voor apps op de iPhone, tablet en Android (Shane, Blackstone, Vanderhelden, Williams & de Ruyter 2012). Wanneer er nieuwe communicatieondersteuning wordt aangeschaft, blijkt dat de verpleegkundigen uitleg willen krijgen over de werking hiervan. Onderzoek van Radtke et al. (2011) wijst uit dat artsen en verpleegkundigen niet routinematig zijn getraind in het gebruik van communicatieondersteuning en communicatiestrategieën. Dit zorgt voor een gebrek aan personeel dat weet hoe ze de communicatieondersteuning in moet zetten. Wanneer de verpleegkundigen uitleg krijgen over het gebruik van communicatieondersteuning heeft dit mogelijk een positief effect op de inzet hiervan. Mogelijk zullen zij de communicatieondersteuning dan meer inzetten. Daarnaast heeft het mogelijk een effect op de tijd die de verpleegkundige heeft voor de communicatie. Wanneer zij weet hoe de communicatieondersteuning werkt, kan zij deze inzetten bij de patiënt. De patiënt kan dan mogelijk beter duidelijk maken wat hij/zij bedoelt. Dit alles zorgt voor een efficiëntere manier van werken voor de verpleegkundige.

4.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoek bevat enkele punten die tot discussie kunnen worden gesteld. Deze worden hieronder weergegeven. Daarnaast is beschreven wat de mogelijke gevolgen hier van zijn geweest voor het huidige onderzoek.

4.2.1 Afname interviews

Tijdens de interviews hebben de onderzoekers zich gehouden aan de vooraf bepaalde interviewstijl. De belangrijkste aspecten die de onderzoekers mee wilden nemen waren: tijd in de gaten houden, nieuwe topics aansnijden, niet te ver afdwalen en de interviewers moeten veel voorkennis hebben, meegaan in de gedachte stroom van de geïnterviewde en hierop doorvragen, veilig klimaat creëren, interview wordt geleid door de geïnterviewde en het streven naar oprechte antwoorden. De taak van de leidende student was om het interview te leiden. De tweede student stelde vragen wanneer de leidende student informatie dreigde te missen. Daarnaast was het de taak van de tweede student om de non-verbale reacties van de participant te observeren en te noteren. Dit is echter niet gedaan. Reden hiervoor is dat er geen opmerkelijke non-verbale reacties zijn waargenomen. Er is besloten om dit dan ook achterwege te laten. Mogelijk zijn er op bepaalde momenten non-verbale reacties waargenomen, maar zijn deze niet genoteerd. Om de kwaliteit van het onderzoek te bevorderen zijn de interviews opgenomen middels audio apparatuur. Dit is gebeurd op de telefoons van de onderzoekers. De aanwezige interviewers schakelden allen hun audio apparatuur in (mits daar goedkeuring voor was gegeven). Alle deelnemende participanten hebben toestemming gegeven voor audio opnamen. De participanten in het onderzoek regelden zelf de ruimte waarin het interview plaats vond. De voorwaarde aan deze ruimte was dat er weinig omgevingsgeluiden waren. Dit in verband met de audio apparatuur. De meeste interviews hebben plaatsgevonden in een ruimte die aan deze voorwaarde voldeed. Echter heeft het interview tweemaal plaatsgevonden in een ruimte waar omgevingsgeluiden waren, of waar andere mensen soms binnen liepen. Mogelijk is er informatie gemist tijdens het transcriberen vanwege deze omgevingsgeluiden.

4.2.2 Member-checking

Na afloop van het interview hebben de onderzoekers aan de hand van de audio fragmenten transcripten opgesteld. Deze zijn ter controle teruggestuurd naar alle participanten (member-checking). Er zijn drie reacties ontvangen op de in totaal tien verstuurd transcripten. Eén reactie hiervan betrof dank voor het sturen, twee van de reacties betrof het feit dat er enkele typfouten in het transcript stonden. Er is geen reactie ontvangen over onjuiste informatie. De laatste transcripten zijn op 29-11-2013 verzonden. Er is echter in de mail niet gevraagd vóór een bepaalde datum te reageren. Het is dus mogelijk dat er alsnog reacties komen op het transcript. Daarnaast is er gekozen om het totale transcript op te sturen naar de participant en geen samenvatting hiervan. Keus hiervoor is geweest dat er op deze wijze nog niet geïnterpreteerd zou worden vanuit de onderzoekers. Mogelijk zou het aantal reacties vanuit de participanten hoger zijn wanneer er een samenvatting was gestuurd.

4.2.3 Saturatie en geografisch aspect

Er zijn tien participanten geïnterviewd, waarbij een saturatie is bereikt. Negen ziekenhuizen waarbinnen de participanten werkzaam zijn bevinden zich in de provincie Noord-Noord-Brabant. De ziekenhuizen die hebben geparticipeerd bevinden zich in de grootste steden in de regio Noord-

Brabant. Er heeft één verpleegkundige geparticipeerd in het onderzoek die werkzaam is in Nijmegen. Er is dus een duidelijk beeld gevormd met betrekking tot behoefte aan communicatieondersteuning in Noord-Brabant. Wanneer het onderzoek had plaatsgevonden in kleinere steden en ziekenhuizen, is het mogelijk dat er een afwijking te zien was in de resultaten in vergelijking met de huidige resultaten. Hierbij is te denken aan een relatief groot ziekenhuis dat werkt met een tablet. Terwijl er in een relatief klein ziekenhuis mogelijk nog geen enkel technisch materiaal aanwezig is. Daarnaast zijn er andere resultaten mogelijk wanneer het onderzoek in alle provincies in Nederland wordt gehouden. Mogelijk verschilt de inzet van communicatieondersteuning per provincie. Zo is het mogelijk dat in Noord-Noord-Brabant veel technische ondersteuning wordt ingezet. Terwijl er mogelijk in Groningen weinig inzet is van technische ondersteuning. De participanten zullen hierdoor mogelijk andere behoeftes en ervaringen hebben.

4.2.4 Participanten

Binnen het onderzoek hebben tien verpleegkundigen geparticipeerd. Acht van de participanten voldeden aan de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria. Er is één verpleegkundige meegenomen in het onderzoek die momenteel de functie verpleegkundige niet meer uitvoert. Deze persoon is momenteel binnen het ziekenhuis werkzaam onder de functie 'adviseur patiëntenzorg'. Er is gekozen om deze persoon toch te laten participeren binnen het onderzoek, omdat deze actief betrokken is geweest bij het ontwikkelen van een recentelijk geïntroduceerd communicatie ondersteunend hulpmiddel. Daarnaast heeft deze participant veel ervaring als verpleegkundige en is hij/zij nog actief betrokken op de IC. De tweede participant voldeed niet aan de in- en exclusiecriteria op het punt gehoorproblemen. De participant heeft aangegeven gehoorproblemen te hebben. Vanwege bruikbare informatie die de participant heeft verschaft en de strakke tijdsplanning, is er voor gekozen deze participant te laten participeren binnen het onderzoek. Er is gevraagd naar de hoeveelheid diensten die per week wordt gedraaid door de participant. Dit verschilde per week sterk bij sommige participanten. Zes participanten konden hierop dan ook geen duidelijk antwoord geven. Wanneer de participant geen duidelijk antwoord kon geven, is er gevraagd of zij elke week minstens twee diensten draaiden.

4.2.5 Analysemethode

Zoals al beschreven in het hoofdstuk 2 Methode is voorafgaand aan de interviews een topiclijst opgesteld. Deze heeft als leidraad tijdens de interviews gediend. Omdat de onderzoekers vragen hebben opgesteld aan de hand van de topics, zijn er antwoorden verkregen over alle topics. Na het uitwerken van het transcript is er begonnen met het open coderen. Het bleek lastig om maar één woord of korte zin te noteren als open code. Er is dan ook gekozen om sommige open codes te noteren als zin. Doordat er een zin werd genoteerd, is het soms lastig gebleken om een zin volledig open te coderen. Zo is het mogelijk dat er in één zin twee aspecten worden benoemd die met elkaar samenhangen. Ze worden in één zin beschreven en vervolgens onder één thema geplaatst. Mogelijk

zouden de twee aspecten niet onder eenzelfde thema worden geplaatst wanneer zij los van elkaar zijn gecodeerd.

4.3 Maatschappelijke relevantie

Goede communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten is een essentieel onderdeel binnen het verstrekken en verkrijgen van kwalitatief goede zorg (Finke, Light & Kitko, 2008). Voornaamste reden hiervoor, is dat een gebrek aan communicatie tussen verpleegkundige en patiënt een negatief effect kan hebben op het herstel van de patiënt en de duur van de ziekenhuisopname (Hemsley et al. 2001). Binnen het onderzoek zijn resultaten verkregen die een aandeel kunnen hebben in het leveren van kwalitatief goede zorg. Er wordt aangegeven dat er op de opleiding weinig tot geen uitleg wordt gegeven over communicatieondersteuning. Ook op symposia blijkt hier niet altijd genoeg informatie over te worden gegeven. Binnen het onderzoek wordt dan ook de behoefte aan uitleg uitgesproken. Binnen deze behoefte wordt er aangegeven dat het wenselijk is uitleg van de logopedist te krijgen. Wanneer de verpleegkundigen meer kennis hebben betreffende communicatieondersteuning, zal dit effect hebben op meerdere aspecten. Zo zal onder andere het percentage succesvolle communicatie stijgen. Reden hiervoor is dat de verpleegkundigen met meer kennis, in staat zijn de communicatieondersteuning af te stemmen op de behoeften van de patiënt. Op deze wijze zal iedere patiënt als individu worden gezien en zal er specifiek worden bepaald welke communicatieondersteuning past bij de patiënt. Hierdoor zal het voor de patiënt mogelijk makkelijker worden om te communiceren. Uit de resultaten blijkt dat patiënten verschillende emoties ervaren wanneer zij niet in staat zijn om te communiceren. Deze psychische gesteldheid heeft effect op de fysieke gesteldheid. Een voorbeeld is, een patiënt die onrustig is omdat hij/zij zich niet duidelijk kan maken. Deze onrust kan mogelijk resulteren in een hoge bloeddruk. Dit komt de gezondheid van de patiënt niet ten goede. Met als mogelijk gevolg, een langer herstel. Wanneer er een verbetering te zien is in de communicatie, zal ook het aantal succesvolle medische behandelingen stijgen. Er zal dan een vermindering zijn in fouten die gemaakt worden door het ziekenhuis. Hierbij kan gedacht worden aan het toedienen van een te lage dosis medicatie, doordat de patiënt niet goed duidelijk heeft kunnen maken wat de precieze klacht is. Het afstemmen van communicatieondersteuning heeft ook effect op de effectiviteit van communicatie. Wanneer een verpleegkundige beperkt de tijd heeft en de communicatieondersteuning sluit aan bij de patiënt, zal de communicatie mogelijk minder tijd vergen. In het onderzoek wordt door de verpleegkundigen meermaals de behoefte aan technische communicatieondersteuning met spraakfunctie uitgesproken. Het IC personeel in het onderzoek van Savel & Munro (2011) geeft aan voorstander te zijn van technologie op alle mogelijke wijze binnen de communicatie. Zij geloven dat met het juiste gebruik van technologie zij de patiënten en de familie door de tijd van de IC heen kunnen helpen. Het hebben van kennis over communicatieondersteuning en het daadwerkelijk aanwezig zijn van deze communicatieondersteuning hangt dan ook met elkaar samen. Wanneer er meer kennis is over communicatieondersteuning zal er mogelijk meer succesvolle communicatie zijn. Dit zal een positief effect hebben op het herstel van de patiënt en de duur van de ziekenhuisopname (Hemsley et al. 2001).

4.4 Aanbevelingen

Als gevolg op de resultaten en maatschappelijke relevantie, kunnen er een aantal aanbevelingen worden gedaan. Er worden aanbevelingen gedaan voor het werkveld en voor vervolgonderzoek.

4.4.1 Werkveld

Allereerst is het aan te bevelen uitleg te bieden aan verpleegkundigen over de aanwezige communicatieondersteuning. Binnen het ziekenhuis kan de logopedist, mits zij genoeg kennis heeft over de communicatieondersteuning, deze uitleg verstrekken aan de verpleegkundigen. Dit is te realiseren door middel van klinische lessen. Zoals in hoofdstuk 4.3 al staat beschreven, heeft deze uitleg als doel kennis van de verpleegkundigen te vergroten. Wanneer de verpleegkundigen meer kennis bezitten, zijn zij in staat communicatieondersteuning op de patiënt af te stemmen. Wat hiermee samenhangt is de aanwezige communicatieondersteuning. Veelal is er een gebrek aan voldoende financiële middelen. Daardoor is het hoogstwaarschijnlijk niet mogelijk om een groot scala aan communicatieondersteuning aan te schaffen. Het is dan ook van belang om per ziekenhuis goed in kaart te brengen waar de verpleegkundigen specifiek behoefte aan hebben. Dit kan onderzocht worden middels een behoeftenonderzoek. Op deze wijze kunnen de ziekenhuizen specifieke aankopen doen en hierbij een uitleg verzorgen.

4.4.2 Vervolgonderzoek

Binnen het huidige onderzoek hebben verpleegkundigen geparticipeerd die werkzaam zijn binnen ziekenhuizen in de provincie Noord-Brabant. Er is één verpleegkundige meegenomen die werkzaam is in Nijmegen. Om een nog duidelijker beeld te krijgen betreffende de behoefte, is het aan te raden het onderzoek verder uit te breiden. Een mogelijkheid is om verpleegkundigen in alle provincies te interviewen. Verder hebben er in het huidige onderzoek grote ziekenhuizen geparticipeerd. Een aanbeveling voor vervolg onderzoek kan dan ook zijn, kleinere ziekenhuizen laten participeren in het onderzoek. Daarnaast is er in het huidige onderzoek per ziekenhuis één verpleegkundige geïnterviewd. Om een nog duidelijker beeld te krijgen van de behoeften van de verpleegkundigen aan communicatieondersteuning, is het aan te raden om meerdere verpleegkundigen van één ziekenhuis te interviewen. Verder zijn in de ziekenhuizen die hebben geparticipeerd verschillende soorten communicatieondersteuning aanwezig. Om een duidelijkere behoefte te krijgen vanuit de huidige communicatieondersteuning, is het mogelijk om vooraf communicatieondersteuning te implementeren in het ziekenhuis. Zo kunnen er bijvoorbeeld drie verschillende soorten communicatieondersteuning worden verschaft aan een ziekenhuis, met de opdracht deze zes maanden te gebruiken. Op deze wijze gebruiken alle participanten in het onderzoek dezelfde communicatieondersteuning. Vanuit hier kan een duidelijk beeld worden geschapen wat de plus- en minpunten zijn van de communicatieondersteuning. Met deze informatie kunnen de onderzoekers concrete plannen opstellen voor eventuele nieuwe communicatieondersteuning. Ten slotte is het van belang om een volledig beeld te krijgen van de communicatie aan de hand van de communicatieondersteuning. Het is van belang (ex-)patiënten te interviewen. Het betreft dan niet willekeurige (ex-)patiënten. Er zullen

(ex-)patiënten met de daarbij horende verpleegkundige worden geïnterviewd. Via deze weg krijgen de onderzoekers een beter inzicht in hoe de patiënt de communicatie heeft ervaren met de specifieke verpleegkundige. Wanneer dit in meerdere ziekenhuizen wordt onderzocht, kan per ziekenhuis worden aangegeven waar mogelijke verbeterpunten liggen. Dit wordt dan bekeken vanuit de optiek van de verpleegkundige en (ex-)patiënt .

5 Conclusie

Voorafgaand aan het praktijkgericht onderzoek, is er een onderzoeksvraag opgesteld. Naast deze onderzoeksvraag zijn er nog twee deelvragen opgesteld. Om tot een antwoord op de onderzoeksvraag te komen, zullen allereerst de deelvragen worden beantwoord. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvragen en onderzoeksvraag

5.1 Welke communicatieondersteuning is er momenteel aanwezig op de IC ?

Momenteel is er op de IC veel atechnische communicatieondersteuning aanwezig. Hierbij is te denken aan letterkaarten, pen en papier, alfabet en aanwijsborden. Binnen het onderzoek worden er verschillende ervaringen uitgesproken over de atechnische communicatieondersteuning. Er zijn verpleegkundigen die de inzet van een letterkaart als fijn ervaren, terwijl andere verpleegkundigen dit juist niet zo ervaren. Naast deze vormen van communicatieondersteuning, wordt er ook gecommuniceerd middels de verbale en non-verbale communicatie. Er worden veelal ja/nee vragen gesteld aan de patiënt.. Naast deze atechnische communicatieondersteuning is er ook enkele technische communicatieondersteuning aanwezig op de IC. Hierbij is te denken aan een communicator. Uit de resultaten is gebleken dat de communicator weinig wordt ingezet en dat er slechte ervaringen mee zijn. Verder blijkt in enkele ziekenhuizen die geparticipeerd hebben in het onderzoek een tablet aanwezig.

5.2 Welke communicatieondersteuning zetten de verpleegkundigen daadwerkelijk in?

Uit het onderzoek is gebleken dat er meer gebruik wordt gemaakt van atechnische communicatieondersteuning. De technische communicatieondersteuning blijkt lastig in het gebruik te zijn. Er wordt dan ook aangegeven dat veel patiënten de kracht niet hebben om de communicator te gebruiken. Verder blijkt reeds aangeschafte technische communicatieondersteuning nog niet veel wordt ingezet, omdat de verpleegkundigen nog niet bekend zijn met het gebruik hiervan.

5.3 Welke behoeften hebben de verpleegkundigen op de IC betreffende communicatieondersteuning met de patiënten?

De verpleegkundigen die hebben geparticipeerd binnen het onderzoek geven aan behoefte te hebben aan technische communicatieondersteuning. Een aantal van hen ziet dit voor zich in de vorm van een tablet. Verder blijkt er behoefte te zijn aan communicatieondersteuning met spreekfunctie. Een aantal ziekenhuizen heeft dit materiaal reeds aangeschaft. Bij hen speelt de behoefte voor meer inzet van deze communicatieondersteuning. Zij verwachten op deze wijze dat verpleegkundigen de winst en beperkingen van de communicatieondersteuning gaan inzien. Verder wordt er aangegeven dat er weinig uitleg wordt gegeven over communicatieondersteuning. Een aantal verpleegkundigen geeft hier behoefte aan te hebben. Zij willen uitleg van een logopedist over de werking van nieuwe of reeds aangeschafte communicatieondersteuning.

6 Literatuurlijst

Batty, S. (2009). Communication, swallowing and feeding in the intensive care unit patient. *British association of critical care nurses*, 14, 175-179.

Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2005). *Augmentative and Alternative Communication*. Baltimore: Brookes publishing.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Denken en doen. Meppel: Boom onderwijs

Broyles, L.M., Tate, J.A., & Happ, M.B. (2012). Use of augmentative and alternative communication strategies by family members in the intensive care unit. *American journal of critical care*, 21, 21-32.

Buzio, A., Morgan, J., & Blount, D. (2002). The experiences of adults with cerebral palsy during periods of hospitalization. *Australian Journal of advanced Nursing*, 19, 8-14.

Costello, J.M., Patak, L., & Pritchard J. (2010). Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication. *Journal of pediatric rehabilitation medicine*, 3, 289-301.

Costello, J. (2000). AAC intervention in the intensive care unit: The Children's Hospital Boston model. *Augment Altern Commun*, 16, 137-153.

Finke, H., Light, J., & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of clinical nursing*, 17, 2102-2115.

HAN. (2013) *Communicatie app voor de IC-patiënt*. Op 29-11-2013 verkregen via <http://blog.han.nl/acute-intensieve-zorg/2013/04/29/communicatie-app-voor-de-ic-patient/>

Happ, M.B. (1991). Communicating with mechanically ventilated patients. *AACN Clinical issues*, 12, 247-258.

Happ, M.B., Garrett, K., Thomas, D., Tate, J., George, E., Houze, M., et al. (2011). Nurse-Patient communication interactions in the intensive care unit. *American journal of critical care*. 10, 28-40.

Hemsley, B., Balandin, S., & Worrall, L. (2011). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to succesful communication in hospital. *Journal of advanced nursing*, 68, 116-126.

Hemsley, B., Lee, S., Munro, K., Seedat, N., Bastock, K. & Davidson, B. (2013). Supporting communication for children with cerebral palsy in hospital: views of community and hospital staff. *Informa Healthcare*, 2, 1-11.

Hemsley, B., Sigafoos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V.A. et al. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of advanced nursing*, 35, 827-835.

Tabletclub. (2012) *Griffin brengt speciale AirStrap tablet-hoes voor artsen uit*. Op 29-11-2013 verkregen via <http://www.tabletclub.nl/40199/griffin-brengt-speciale-airstrap-tablet-hoes-voor-artsen-uit/>

Op een IC liggen. (z.j.). *Ervaringsverhaal auto-ongeluk*. Op 19-09-2013 verkregen via <http://www.opeenicliggen.nl/op-de-ic/ervaringsverhalen/ervaringsverhaal-auto-ongeluk/>

Özden, D., Karagözoglu, Ş., & Yildirim, G. (2013). Intensive care nurses' perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions. *Nursing Ethics*, 20, 436-447.

Puntillo, K.A., & McAdam, J.L. (2006). Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Critical care med*, 34, 332-340.

Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R.A., Grap, M.J., Erstad, B.L. et al. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Chest Journal*, 135, 1069-1074.

Radtke, J., Baumann, B., Garrett, K., & Happ, M. (2011). Listening to the Voiceless Patient: Case Reports in Assisted Communication in the Intensive Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 14, 791-795

Savel, R.H., & Munro, C.L. (2011). Scalpel, Stethoscope, tablet: the future is now in the intensive care unit. *American journal of critical care*, 20, 275-277.

Shane, H.C., Blackstone, S., Vanderheiden, G., Williams, M., & DeRuyter, F. (2012). Using AAC technology to access the world. *Assistive technology*, 13, 3-12.

Westbrook, J., Duffield, C., Li, L., & Creswick, N.J. (2011). How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BioMed Central health services research*, 11, 1-1

Bijlage I

Informatiebrief Afstudeeronderzoek: “communICatie”

“Onderzoek naar de communicatiemogelijkheden op de intensive care”

Geachte heer/mevrouw,

In opdracht van Fontys Paramedische Hogeschool zijn wij gestart met ons afstudeeronderzoek “communICatie”. In deze informatiebrief wordt het doel van het onderzoek uitgelegd. Ook wordt uitgelegd hoe het onderzoek plaatsvindt en wat er met uw gegevens gebeurt. Heeft u na het lezen van de informatie nog vragen, dan kunt u altijd terecht bij de onderzoekers. Onderaan deze brief vindt u de contactgegevens.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

Volgens het NIVEL (2008) worden er in Nederland naar schatting jaarlijks zo’n 76.000 mensen opgenomen op een Intensive Care. Als gevolg van de vergrijzing, zal dit aantal in de toekomst nog groeien. Het gaat hier om ernstig zieke patiënten, bij wie vitale functies zijn verstoord of uitgevallen (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2002). Dit zorgt er voor dat er op de IC een grote diversiteit is aan stoornissen, waarbij de communicatie van de patiënten mogelijk wordt beperkt door hun aandoening. Een goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener en overige direct betrokkenen is belangrijk om de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Problemen in de communicatie kunnen o.a. ontstaan wanneer patiënten beperkt worden in het spreken (Beukelman et al. 2007), door bijvoorbeeld verminderde fysieke belastbaarheid, intubatie, cognitieve problemen, trauma en/of operatie van mond- en keelgebied, of een respiratoire stoornis. Het is nog onvoldoende duidelijk welke mogelijkheden er zijn om de communicatie van deze zwakke doelgroep te ondersteunen op de IC en welke daadwerkelijk ingezet worden op de IC. Het is voor zorgverleners belangrijk te weten welke hulpmiddelen ingezet kunnen worden om de communicatie te ondersteunen, op het moment dat verbale taalproductie onvoldoende toereikend is (Finke, Light, & Kitko, 2008).

Door middel van dit onderzoek willen we een beeld krijgen welke communicatiemogelijkheden volwassen patiënten hebben op de intensive care en inventariseren welke communicatie ondersteunende hulpmiddelen op dit moment ingezet worden en welke behoeften er spelen bij IC-personeel, familie/naasten en ex-patiënten omtrent communicatie.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Er zijn verschillende disciplines werkzaam op de intensive care. Voor dit kwalitatief onderzoek is een selectie van disciplines gemaakt die deel zullen nemen aan dit onderzoek. Namelijk logopedisten, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Daarnaast zullen ook ex IC-patiënten en de familieleden hiervan worden meegenomen in dit onderzoek. Er zullen open interviews worden gehouden waarin de visie van de participanten centraal staat. Er wordt hierin naar de mening van hen gevraagd. Er komen twee studenten (verder genoemd onderzoekers) van de Fontys Hogeschool op bezoek voor het

interview. Dit interview duurt ongeveer 30 minuten. Het interview wordt opgenomen en na afloop letterlijk uitgetypt. Een samenvatting van deze uitgetypte versie krijgt u te lezen en u kunt er op- of aanmerkingen bij plaatsen. De interviews worden vervolgens anoniem geanalyseerd. De gegevens die uit het onderzoek naar voren komen kunnen worden gebruikt om inzicht te krijgen in de communicatie tussen patiënt en discipline en patiënt en familie. En welke communicatiemogelijkheden er zijn. Alle gegevens worden anoniem verwerkt en de gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt.

4. Wat wordt er van u verwacht?

Uw mening en ervaring zijn voor de onderzoekers van groot belang. Deelname aan het interview geeft u de mogelijkheid om uw ervaring te delen met de onderzoekers.

Uiteindelijk doel van het onderzoek is om een beeld te krijgen welke communicatiemogelijkheden volwassen patiënten hebben op de intensive care en inventariseren welke communicatie ondersteunende hulpmiddelen op dit moment ingezet worden en welke behoeften er spelen bij IC-personeel, familie/naasten en ex-patiënten omtrent communicatie.

5. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u mee wilt werken aan dit onderzoek. Deelname hieraan is geheel vrijwillig. Als u besluit niet deel te nemen aan dit onderzoek, is het gewenst een e-mail te sturen (zie onderstaand adres) met een afwijzing. U hoeft daarbij geen gegronde reden te vermelden. Wanneer u besluit deel te nemen aan dit onderzoek, kunt u altijd gedurende het onderzoek loopt nog besluiten af te zien van uw deelname.

6. Wilt u verder nog iets weten?

Indien u vragen heeft kunt u contact opnemen met de onderzoekers of begeleiders.

Gegevens onderzoekers:

Namen:

Linda de Wit, Lotte Farenhorst, Ilse Klijn en Diede Munnik

Email adressen:

linda.dewit@student.fontys.nl

l.farenhorst@student.fontys.nl

Ilse.klijn@student.fontys.nl

d.munnik@student.fontys.nl

Gegevens onderzoeksbegeleiders:

Namen:

Lotte Terwoert en Stijn Deckers

Email adressen:

l.terwoert@fontys.nl

stijn.deckers@fontys.nl

Bijlage II

Informed consent

Onderzoek `CommuniCatie` Communicatiemogelijkheden op de intensive care.

Verklaring deelnemer:

De looptijd van het gehele onderzoek is van oktober 2013 tot en met december 2013. Voor het onderzoek word ik eenmalig geïnterviewd. Het interview wordt opgenomen en vervolgens uitgewerkt.

De onderzoeker maakt een samenvatting die ter controle aan mij wordt toegestuurd.

Al mijn gegevens worden anoniem verwerkt en de gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt. Na afloop van het onderzoek worden alle gegevens van de interviews en de bandopnames vernietigd.

Ik heb voldoende informatie gekregen over het onderzoek en ik geef toestemming om deel te nemen. Ik weet dat deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder gewenst moment kan beslissen om van deelname af te zien. Daarvoor ben ik niet verplicht een gegronde reden te geven.

Naam:

Datum:

Handtekening:

(eventueel: emailadres):

Verklaring onderzoeker:

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Email adres:

Bijlage III

Geheimhoudingsverklaring



B8 Geheimhoudingsverklaring

Naam: Linda de Wit

Studentnr°:

Titel: Communicatie

Inhoud (omschrijving):

Communicatiemogelijkheden op de JC

1. Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven verbindt zich door ondertekening van deze verklaring, informatie met betrekking tot de verstrekte gegevens en uit onderzoek verkregen resultaten waarvan in het kader van bovengenoemd project praktijkgericht onderzoek kennis wordt genomen en waarvan bekend is of redelijkerwijs begrepen kan worden dat dit als geheim of vertrouwelijk wordt beschouwd, strikt geheim te houden.
2. Tevens geldt deze geheimhoudingsverplichting voor de werknemers van Fontys Paramedische Hogeschool, evenals voor anderen die op enigerlei wijze uit hoofde van hun functie toegang hebben of kennis nemen van bedoelde informatie.
3. Bovenstaande laat onverlet dat de student het project praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren volgens geldende voorschriften en regels.

Student:

Naam: Linda de Wit
[Handtekening]
(handtekening) Datum: 7/10 '13

Begeleider:

Naam: J. Termaat
[Handtekening]
(handtekening) Datum: 7/10 '13

PGO-coördinator: voor ontvangst

Naam: J. Termaat
[Handtekening]
(handtekening) Datum: 7/10 '13

Bijlage IV

Topiclijst + Interviewvragen

Topics:

1. Benaderwijze
2. Moeilijkheden die worden ervaren op het gebied van communicatie
3. Communicatieondersteuning
4. Verschillende communicatie ondersteunende hulpmiddelen
5. Communicatie met patiënt door verschillende disciplines
6. Behoeften

Interviewvragen

1. Vertelt u eens hoe de communicatie verloopt o de IC met een patiënt die belemmerd is in het communiceren
2. Hoe ervaart u de communicatie met een patiënt die belemmerd is in het communiceren?
3. Er zijn veel verschillende disciplines betrokken bij een IC patiënt. Hoe wordt er voor gezorgd dat er door de professionals op dezelfde manier gecommuniceerd wordt met de patiënt?
4. Als we uitgaan van de huidige aanwezige communicatie, communicatieondersteuning en communicatie ondersteunende hulpmiddelen. Welke behoefte zijn er dan om de communicatie te verbeteren?

Bijlage V

Codeboom

Tijd

- Tijdrovend V1
- Hoge werkdruk, dan geen tijd V1
- Tijdsdruk V2
- Geen tijd hebben V2
- Hectische afdeling V2
- Soms drukker op de afdeling V3
- Sommige prioriteiten gaan voor V3
- Tijd is geen belemmering voor communicatie V3
- Tijd nemen om te communiceren V3
- Geen tijdsdruk V3
- Communicatie neemt veel tijd in V4
- Kost veel tijd om communicatieproblemen op te lossen V5
- Met tijd kom je veel verder V6
- Soms moet je tijd maken V6
- Patiënt voelt tijdsdruk V7
- Te weinig tijd, patiënt onrustig V8
- Lastig om tijd te verdelen V8
- Doorgaans genoeg tijd V10
- Communicatie schiet er snel bij in V10

Belastbaarheid van de patiënt

- Slapen V1
- Delirant V1 V5 V6 V7 V8
- Beperkte armbewegingen V1
- Frustratie resulteert in verhoogde hartfrequentie en hoge bloeddruk V1
- Buis in keel V1 V3 V6
- Beademing V1 V2 V3 V5 V6 V8
- zware neurologische patiënten V2
- niet kunnen praten V2
- geschrift niet duidelijk V2
- té ziek V2 V3
- Onrust V2 V6 V8
- Verdriet, angst V2
- Medicatie V2 V5 V8
- Wakker aan beademing V3 V4
- Niet coöperatief zijn V3
- Geen goede motoriek V3
- Tracheostoma V3 V6
- In bed liggen V3

- Operatie aan mond V4
- Gestoord begrip V4
- Geen kracht hebben om te praten V4 V8
- Moe en uitgeput zijn V5
- Situatie kan snel veranderen V5
- **Fysieke gesteldheid is het probleem V5**
- Geïntubeerde patiënt V5 V7
- Indrukken kost moeite V5 V8
- Verstoorde oriëntatie V6

Technische & Atechnische communicatieondersteuning

- Armbewegingen V1
- Alfabet V1 V6 V9
- Schrijven V1 V6
- Ja/Nee vragen V1 v5 V8
- Aanwijzen V1 V2 V3 V6 V7 V9
- Knipperen met ogen V1 V3 V10
- Inzet door familie V1
- Meenemen vanuit thuis V1
- Communicator V1 V4 V6 V9
- Pen en papier V1 V5 V9
- Letterkaart V2 V3 V4 V5 V6 v10
- Woorden opschrijven V2 V8
- Letters intypen V2 V9
- Whiteboard met info V2
- Computer V2 V7 V8 V9
- Liplezen V3 V4 V6
- Ja knikken V3 V6 V8 V9
- Knijpen in handen V3 V10
- iPad met volCe V3 V4
- Pictogrammen met gevoelens en cijfers (opzoeken via internet) V3
- Communicatieondersteuning blijft op kamer V5
- Veel ouderen snappen high tech niet V5
- Mobieltjes V5
- Kernwoorden gebruiken V6
- Schrijven V3 V4 V7
- Gebaren V3 V5
- Laptop V9

ervaringen in communicatie vanuit verpleegkundige

- Het niet helder krijgen is lastig V1 V4 V5 V8
- Handelen op eigen inzicht V1 V2
- Inzetten van kennis V2

- Persoonlijke interesse V2
- volCe is simpel programma V3
- moeilijk V3 V6
- communicatie heeft prioriteit en blijft moeilijk V3
- verpleging gewend aan liplezen V4
- geduld hebben V4 V10
- onbevredigend V5
- je zorg niet volledig kunnen geven V5
- ervaring speelt mee V5
- tips krijgen V5
- een oplossing vinden is prettig V6
- je moet de patiënt leren kennen V7
- je pakt het meest praktische (niet de communicator) V9
- neiging om dingen in te vullen voor patiënt V10
- communicatie kan invloed hebben op herstel V10
- verpleegkundige staat als het ware om de patiënt heen V10
- Frustrerend V3 V6 V9 V10

behoefte vanuit verpleegkundige betreffende communicatieondersteuning

- meer hulpmiddelen V1
- betere hulpmiddelen V1
- laptop V1
- middelen om mee te typen V1
- Spraakcomputer V1 V2
- Meer uitleg over communicatieondersteuning V2
- Nieuwe methodes V2
- Wens: optimale communicatie V2
- Patiënt op juiste wijze verstaan V3
- Inzicht voor wie volCe geschikt is V4
- Vastleggen welke coh wordt er ingezet V4
- Geen behoeften V5
- Samenwerking met logo mogelijk meerwaarde V6
- Hulpmiddelen voor fysiek minder belastbare patiënten V6
- volCe app V7
- tiptoetsen V8
- iPad V9
- iPad met spreekfunctie V0

samenwerking tussen de verpleegkundige en logopedist-fysiotherapeut

- hulp collega verpleegkundige V1
- geen logo voor communicatie V1 V3 V5
- allemaal zelfde benaderwijze V1
- COH aanwezig op kamer, duidelijk voor alle disciplines V1 V6 V9

- Verantwoordelijkheid bij verpleegkundige V2
- Taak van verpleegkundige om communicatie op gang te houden V2
- MDO waarbij fysio en logo aanwezig zijn V2
- Verpleging staat 1 op 1 V3
- Geen vast systeem voor rapportage V3
- Collega's werken op zelfde wijze V3
- Logopedie inschakelen op eigen initiatief V3
- Verschil tussen verpleegkundigen in inzet V4
- Relevante apps voor alle disciplines V4
- Verpleegkundige helpt andere disciplines V4
- Logo en fysio krijgen info van verpleegkundige V4
- Zorgvraag ligt niet bij logo V4
- Samen kom je er beter uit V5
- Verpleging en fysio lopen eerder tegen problemen aan V5
- Geen aandachtige rapportage V5
- Intensivist regelt specifieke COH V6
- Verpleging en fysio meest betrokken bij patiënt V6
- Niet 1 lijn in communicatie V7
- Sommige professionals hebben schroom voor communicatie V7
- Eerst zelf proberen V8
- Niet 1 persoon bepaalt de communicatieondersteuning V9
- Verpleging bewaakt dat het niet langs elkaar heen gaat V10

Verbale & non-verbale benaderwijze

- Slapen, dan benoemen V1 V7
- Wakker, dan vertellen V1
- Mimiek aflezen V1
- Korte aanduidingen V1 V5 V8
- Ver komen met vragen V1
- Raden V1
- Langer verzorgen, boodschap invullen V
- Meekijken familie V1
- Blanco instappen V2
- Eerste benadering bij alle patiënten hetzelfde V2
- Praten V2
- Aanraking V2
- Aanpassen taalgebruik V2
- Korte stukken tekst en herhalen V2
- Rust vinden, rust omgeving V2 V6
- Hand vasthouden V2
- Simpele vragen stellen V3
- Familie kent patiënt V4
- Creatief zijn V5 V4

- Kijken naar mogelijkheden van patiënt V5
- Mensen niet te veel prikkelen V5
- Alles benoemen V6 V8
- Uitleg geven over behandelproces V6
- Dingen laten zien V8
- Niet te oppervlakkig houden V10
- Veilig laten voelen V2
- Ja/nee vragen V3 V4 V5 V9 V10
- Gesloten vragen V6 V8

Belemmeringen vanuit verpleegkundige betreffende communicatieondersteuning

- Geen zicht op bestaand COH V1
- Commissie bepaalt aanschaf V
- Afhankelijk van geld V1 V2 V9
- Is het zinvol voor het aantal patiënten? V1
- Eerst door keuring V1
- Aanschaf voor hele ziekenhuis V2
- Aangeschaft omdat er budget was V3
- Materiaal ligt achter slot en grendel V4
- Klein stukje op school over communicatie V5
- Nooit uitleg aanwezige middelen gehad V5
- Weinig aanwezig materiaal V6
- Niet genoeg onderzoek V7
- Prijzig V8
- iPad moet schoongemaakt worden V9
- is het qua kosten rendabel V10

Bijlage VI

Beoordelingsformulier projectplan

B4 Beoordelingsformulier projectplan

Naam: Linda de Wit

Studentnr:

Begeleider: J. Terwaart

Interne beoordelaar: M. Moeren

Datum: 3/12/13

Titel: Communlicatie: verspl. herkauw

Vorm	Feedback
Taalgebruik is professioneel. Weinig tot geen schrijf-, spel- en taalfouten. Zinsbouw is correct.	Goede verbeterlag op spellingen gramm.
Het plan ziet er zorgvuldig uit. De lay-out is helder, en ondersteunend aan de inhoud.	
Literatuurverwijzingen, in lopende tekst en in literatuurlijst, worden gegeven volgens de Schrijfwijzer (Wouters, 2013)	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Inleiding	Feedback
De context met daarin de ervaren knelpunten / problemen zijn voldoende helder beschreven (probleembeschrijving).	context is helder.
Uit de probleembeschrijving, blijkt de maatschappelijke en paramedische relevantie	
Uit de probleembeschrijving en probleemanalyse (probleemstelling) volgt een logische en relevante onderzoeksvraag (vraagstelling).	Info staat nu beter bij elkaar.
De geformuleerde onderzoeksvraag is helder geformuleerd, voldoende afgebakend en haalbaar.	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Methode	Feedback
De relevante elementen van het onderzoeksontwerp worden voldoende beschreven en uitgewerkt. Bij (kwantitatief of kwalitatief) praktijkonderzoek onder andere: ◦ Selectieproces van deelnemers ◦ Meetinstrumenten / meetprotocol	analyse nu voldoende uitgewerkt voor in plan.

• Analysemethode Bij systematisch literatuuronderzoek onder andere: • Zoekstrategie (databanken, zoektermen, selectiecriteria) • Analysemethode	
Het onderzoeksontwerp is geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden en wordt voldoende overtuigend beargumenteerd.	is geschikt
Bij experimenteel onderzoek is tevens de ethische paragraaf inclusief de informatiebrief en het toestemmingsformulier toegevoegd. Ze voldoen aan de hiervoor geldende eisen.	bylagen volledig en compleet
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Projectproduct (indien van toepassing)	Feedback (of niet van toepassing, -NVT-)
Het projectproduct sluit aan bij de probleembeschrijving en de onderzoeksvraag (vraagstelling).	
Het projectproduct is bruikbaar voor de gekozen doelgroep.	
Het projectproduct sluit aan bij de wens van de opdrachtgever.	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende / NVT

Tijdsplan	Feedback
Het tijdsplan geeft voor het project als geheel een globale fasering en tijdbesteding en voor de eerstkomende weken een gedetailleerdere invulling, inclusief de belangrijke contact- en inlevermomenten.	Is in i plan al goedgetuurd onder enkele voorwaarden waarvan nu voldaan.
Het tijdsplan is gezien de vraagstelling en de gekozen methode en de te verwachten uitkomsten realistisch	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

Begrote kosten (indien van toepassing)	Feedback (of niet van toepassing, -NVT-)
Er wordt een helder inzicht gegeven in de te verwachten soorten kostenposten en de	

ureninvestering van derden.	
Er wordt een helder inzicht gegeven in de verdeling van deze kosten (projectleider, opleiding, opdrachtgever, deelnemers e.d.).	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende / NVT

Literatuur	Feedback
Gebruikte en nog te gebruiken literatuur is specifiek en in voldoende omvang genoemd.	
De literatuur is relevant en recent genoeg.	
Oordeel	Voldoende / onvoldoende

N.B. elke afzonderlijke rubriek dient als geheel voldoende te zijn. Doch elk afzonderlijk punt kan aanleiding geven tot een onvoldoende beoordeling van de desbetreffende rubriek

Beoordeling:	Voldoende / Onvoldoende
Toelichting:	Prima aanpassingen gedaan.

Naam begeleider:

L. Terwoert

Datum + Handtekening

3/12/13

L. Terwoert

Naam interne beoordelaar:

M. Moenen

Datum + Handtekening

3/12/13

M. Moenen

Bijlage VII

Overeenkomst overdracht rechten

OVEREENKOMST

houdende overdracht van rechten en de plicht tot
overdracht/retournering van data, software en andere middelen

Ondergetekenden:

1. de heer/mevrouw _____ [volledige
namen als vermeld in paspoort], woonachtig te _____ [postcode,
woonplaats] aan de _____ [adres en huisnummer], hierna aan te
duiden als **“Student”**

en

2. Stichting Fontys h.o.d.n. Fontys Hogescholen, Rachelsmolen 1, 5612 MA Eindhoven, hierna
“Fontys”

CONSIDERANS

- A. Student studeert aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven en heeft in het kader van zijn/haar studie, al dan niet tezamen met derden en/of in opdracht van derden, (diverse) activiteiten verricht, of zal deze nog verrichten, in het kader van onderzoeken die onder supervisie staan van het lectoraat HIT van Fontys Paramedische Hogeschool. Voornoemde activiteiten zullen hierna worden aangeduid als **“Lectoraat Studieactiviteiten”**. Ten tijde van ondertekening van deze verklaring superviseert het lectoraat HIT van Fontys Paramedische Hogeschool in ieder geval de onderzoeken die zijn opgesomd in bijlage 1, maar deze opsomming is niet uitputtend en kan in de toekomst veranderen.
- B. Het is voor Fontys Paramedische Hogeschool van essentieel belang dat (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten ongehinderd en zonder enige beperking verder kunnen worden ontwikkeld en toegepast door Fontys Paramedische Hogeschool en/of voor onderwijs van andere studenten kunnen worden gebruikt. Fontys wil in ieder geval – maar niet uitsluitend – (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten (i) kunnen delen met en/of over te dragen aan derden, (ii) op eigen naam kunnen publiceren, waarbij Student mogelijk als co-auteur kan worden vernoemd mits dit gezien de omstandigheden redelijk is, (iii) kunnen gebruiken als basis voor nieuwe onderzoeksprojecten.

- C. Als op (uitwerkingen van) Lectoraat Studietoeractiviteiten intellectuele eigendomsrechten (komen te) rusten en/of daaraan verwante aanspraken van Student, wensen partijen – het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – dat Fontys Paramedische Hogeschool de enige rechthebbende ten aanzien van deze rechten en aanspraken is. Student wenst dan ook al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten alsook daaraan verwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoeractiviteiten aan Fontys over te dragen, onder de hierna te noemen voorwaarden;
- D. Student wenst voorts de verplichting op zich te nemen – wederom het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – om alle door hem/haar in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoeractiviteiten door hem/haar verzamelde data aan Fontys over te dragen en geen kopieën daarvan te bewaren, en eveneens alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoeractiviteiten aan hem/haar door Fontys verstrekte eerder verzamelde data, software en/of andere middelen, zoals meet- en testapparatuur, aan Fontys te retourneren zonder kopieën daarvan te bewaren, dit alles onder de hierna te noemen voorwaarden.

KOMEN OVEREEN ALS VOLGT

1. Overdracht intellectuele eigendomsrechten

1.1 Student draagt hierbij over aan Fontys Paramedische Hogeschool al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten en aanverwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoeractiviteiten, voor de volledige duur van die rechten.

1.2 Onder intellectuele eigendomsrechten en/of daaraan verwante aanspraken wordt tenminste – maar niet uitsluitend – verstaan het auteursrecht, het databankenrecht, het octrooirecht, het merkenrecht, het handelsnamenrecht, het tekeningen- en modellenrecht, het kwekersrecht, bescherming van knowhow en bescherming tegen oneerlijke mededinging.

1.3 De in 1.1 omschreven overdracht is onbeperkt. Zodoende omvat de overdracht alle aan de overgedragen rechten en aanspraken verbonden bevoegdheden, en geldt de overdracht voor alle landen ter wereld.

1.4 Voor zover enige nationale wetgeving enige nadere medewerking van Student vereist voor de overdracht genoemd onder 1.1, zal Student deze medewerking op eerste verzoek van Fontys Paramedische Hogeschool onmiddellijk en zonder enig voorbehoud verlenen.

1.5 Fontys aanvaardt de in 1.1 omschreven overdracht.

2. *Afstand van persoonlijkheidsrechten*

2.1 Voor zover toegestaan onder artikel 25 Auteurswet, en andere eventueel toepasselijke nationale wetgeving, doet Student afstand van zijn/haar persoonlijkheidsrechten, waaronder begrepen – maar niet uitsluitend – het recht op vermelding van de naam van Student en het recht zich te verzetten tegen wijzigen van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten. Indien en voor zover aan Student onder enige nationale wetgeving een beroep toekomt op persoonlijkheidsrechten ondanks het bovenstaande, zal Student zich niet op onredelijke gronden op deze persoonlijkheidsrechten beroepen.

2.2 In afwijking van hetgeen in 2.1 is bepaald kan Fontys Paramedische Hogeschool besluiten de naam van Student wel te vermelden als dit gezien de omvang van zijn/haar bijdrage en werkzaamheden redelijk is.

3. *Vergoeding*

Student gaat ermee akkoord dat hij/zij geen vergoeding voor de in deze verklaring omschreven rechtenoverdracht en -afstand van Fontys zal ontvangen.

4. *Garantie ten aanzien van intellectuele eigendomsrechten*

Student verklaart bevoegd te zijn tot de overdracht en afstand, en verklaart geen licentie(s) tot enigerlei wijze van gebruik van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten aan enige derde(n) te hebben verleend of in de toekomst te zullen verlenen. Student vrijwaart Fontys voor iedere aanspraak van derden in dit kader.

5. *Plicht tot overdracht/retournering van data, software en andere middelen*

5.1 Op het moment dat Student niet langer Lectoraat Studieactiviteiten verricht en/of niet langer student van Fontys is, verplicht Student zich tot overdracht aan Fontys van alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten door hem/haar verzamelde data, in de ruimste zin van het woord, daaronder begrepen – maar niet uitsluitend – onderzoeken en onderzoeksresultaten, tussentijdse notities, documenten, afbeeldingen, tekeningen, modellen, prototypes, specificaties, productiemethoden, procesbeschrijvingen en techniekbeschrijvingen.

5.2 Student garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de in 5.1 bedoelde data bewaard te hebben.

5.3 Student verplicht zich om aan Fontys te retourneren alle in het kader van de Lectoraat Studieactiviteiten aan hem/haar door Fontys verstrekte data, software en/of andere middelen, en garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de verstrekte software en/of andere middelen bewaard te hebben.

5.4 Student gaat ermee akkoord dat indien hij in strijd met de verplichtingen en garanties genoemd onder 5.1 tot en met 5.3 handelt en/of gehandeld blijkt te hebben, (a) hij/zij aansprakelijk is voor alle schade die Fontys hierdoor heeft geleden en/of nog zal lijden, en (b) dat dit als fraude kwalificeert en Fontys daaraan passende sancties mag verbinden. De door Fontys op te leggen sancties kunnen onder meer bestaan uit het niet toekennen van studiepunten, het tijdelijk uitsluiten van Ondergetekende van deelname aan examens, maar ook uit het definitief uitschrijven van Ondergetekende als student van Fontys.

6. *Afstand*

Student doet afstand van het recht op ontbinding van deze overeenkomst.

7. *Overig*

7.1 Voor zover deze overeenkomst afwijkt van het studentenstatuut geldt dat deze overeenkomst voor gaat.

7.2 Deze overeenkomst wordt beheerst door Nederlands recht. Alle uit deze verklaring voortvloeiende geschillen zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Amsterdam.

Student:

Naam: _____

(handtekening)

Datum: __/__/____

Plaats: _____

Stichting Fontys

h.o.d.n. Fontys Hogescholen

begeleider:

Naam: _____

(handtekening)

Datum: __/__/____

Plaats: _____

