

PATIËNTENPARTICIPATIE

*Aandacht voor attitude en kennisaspecten van
verpleegkundigen, ter bevordering van
patiëntenparticipatie*



Universitair Medisch Centrum
Utrecht



Lectoraat Zorg en Spiritualiteit



**Gereformeerde
Hogeschool**

Onderzoeksverslag

**Auteurs: Corine van Heerde &
Alianne Kalter-van der Kamp**

Datum: Mei 2014

Datum:	Mei 2014
Titel:	Patiëntenparticipatie
Subtitel:	Aandacht voor attitude en kennisaspecten van verpleegkundigen, ter bevordering van patiëntenparticipatie
Opleiding:	Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkunde Gereformeerde Hogeschool te Zwolle
Onderzoekers:	Corine van Heerde & Alianne Kalter-van der Kamp
Instelling:	Universitair Medisch Centrum te Utrecht
Zorglijn:	Acute en Algemene Neurochirurgie
Instellingsbegeleiders:	Hermenda Leusink Marloes Koedam
Afstudeerbegeleider:	Anita Zandbergen
Tweede beoordelaar:	Leida Janssen

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

INHOUDSOPGAVE

Woord vooraf	4
Samenvatting.....	5
English summary.....	6
1. Inleiding	7
1.1. Aanleiding	7
1.2. Beschrijving van organisatie.....	8
1.3. Probleemstelling	8
1.4. Vraagstelling	9
1.5. Doelstelling	9
1.6. Verpleegkundige relevantie	9
1.7. Opbouw onderzoeksverslag.....	10
2. Theoretisch kader	11
2.1. Patiëntenparticipatie	11
2.1.1. Definitie	11
2.1.2. Belang patiëntenparticipatie	12
2.1.3. Ontstaan van patiëntenparticipatie	13
2.1.4. Fasen van patiëntenparticipatie.....	14
2.2. De rol van de verpleegkundige	14
2.2.1. Bevorderende factoren bij de verpleegkundige	15
2.2.2. Belemmerende factoren bij de verpleegkundige	16
2.3. Samenvatting	17
3. Methodologie.....	18
3.1. Onderzoeksmethode	18
3.2. Dataverzamelingsmethode	18
3.2.1. Onderzoeksinstrument	18
3.2.2. Literatuurstudie	20
3.3. Populatie en steekproef	20
3.4. Data-analyse	20
3.5. Validiteit	21
3.6. Betrouwbaarheid	21
3.7. Ethische verantwoording	22
3.8. Samenvatting	22
4. Resultaten	23
4.1. Onderzoekspopulatie	23
4.2. Voorkennis (leerling-)verpleegkundigen	23
4.3. Toepassing patiëntenparticipatie in praktijk in de huidige situatie	28
4.4. Kennis	35
4.5. Attitude	36
5. Conclusie, discussie en aanbevelingen	39
5.1. Conclusie hoofd- en deelvragen	39
5.2. Discussie	41
5.3. Aanbevelingen	42
5.3.1. Microniveau	42
5.3.2. Mesoniveau.....	44
5.3.3. Macroniveau	46
6. Literatuurlijst.....	47
Bijlagen.....	49
Bijlage 1: Topiclijst interview	50
Bijlage 2: Lijst met kern- en sublabels.....	52
Bijlage 3: Flyer verpleegkundigen	53

Beste lezer,

Het onderzoeksverslag dat voor u ligt, is geschreven naar aanleiding van ons afstudeeronderzoek. Dit afstudeeronderzoek is uitgevoerd ter afsluiting van de opleiding Hoger Beroepsonderwijs Verpleegkunde (HBO-V) aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle.

In opdracht van het lectoraat Zorg en Spiritualiteit van de Gereformeerde Hogeschool en in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum te Utrecht is het onderzoeksonderwerp tot stand gekomen. Vanuit twee voorgaande onderzoeken, 'U vraagt....wij draaien?!'(Dronkers, van der Graaf & Schuiteman, 2012) en 'De ervaringen en behoeften van patiënten centraal' (Grootens, Dunnik & Hollander, 2013), op de zorglijn Acute en Algemene Neurochirurgie (A&AN) is gebleken dat zowel verpleegkundigen als patiënten positief staan tegenover het concept patiëntenparticipatie, maar dat patiëntenparticipatie in de praktijk nog meer bevorderd kan worden. Het huidige onderzoek richt zich op de attitude en kennisaspecten, welke de verpleegkundigen van de zorglijn A&AN nog nodig hebben om tot patiëntenparticipatie te komen.

Tijdens de uitvoering van het onderzoek hebben we medewerking gehad van meerdere personen. Daarom willen we langs deze weg de volgende personen bedanken.

Anita Zandbergen, afstudeerbegeleidster, heeft met haar betrokkenheid en opbouwend kritische feedback geholpen bij het onderzoek. We zijn haar erg dankbaar voor haar goede tips.

Hermenda Leusink (zorglijncoördinator van zorglijn A&AN) en Marloes Koedam (verpleegkundig beleidsmedewerker), beiden instellingsbegeleiders bij dit onderzoek, hebben dit onderwerp aangedragen, waardoor wij de gelegenheid kregen om dit onderzoek uit te voeren. Wij hebben hun medewerking en betrokkenheid erg gewaardeerd bij de totstandkoming van dit onderzoek.

Ten slotte bedanken wij de (leerling-)verpleegkundigen van de afdeling A&AN. Zonder hun inzet en tijd hadden we het onderzoek niet tot uitvoering kunnen brengen.

Wij wensen u veel leesplezier!

Corine van Heerde

Alianne Kalter-van der Kamp

SAMENVATTING

In het UMC te Utrecht, op de verpleegafdeling van zorglijn Acute en Algemene Neurochirurgie, is er onderzoek gedaan naar attitude en kennisaspecten van verpleegkundigen met betrekking tot patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces. Dit is een vervolgonderzoek op twee voorgaande onderzoeken, namelijk 'U vraagt...wij draaien?!' (Dronkers, et al., 2012) en 'De ervaringen en behoeften van de patiënt centraal' (Grootens, et al., 2013). Naar aanleiding van deze onderzoeken was er behoefte aan concrete aanbevelingen voor wat de verpleegkundigen nog nodig hebben qua attitude en kennisaspecten om patiëntenparticipatie te bevorderen. De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Welke attitude en kennisaspecten voor het bevorderen van patiëntenparticipatie zijn er bij de verpleegkundigen van zorglijn Acute en Algemene Neurochirurgie in het UMC te Utrecht aanwezig en welke attitude en kennisaspecten zijn er nog nodig?

Methode: De onderzoeksmethode is een semigestructureerd interview. De populatie is gevormd door 6 verpleegkundigen en 6 leerling-verpleegkundigen.

Resultaten: De resultaten zijn gelabeld en vervolgens uitgewerkt met behulp van kernthema's. Hierbij zijn de resultaten van verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen gescheiden, zodat er een vergelijking heeft kunnen plaatsvinden.

Conclusie: Uit de resultaten is gebleken dat: De (leerling-)verpleegkundigen op de afdeling wel enige kennis hebben van het begrip patiëntenparticipatie en hier ook mee bezig zijn. Maar er wordt niet bewust met de definitie patiëntenparticipatie gewerkt. Daarnaast zijn er attitudeaspecten voor patiëntenparticipatie aanwezig, maar aan enkele attitudeaspecten zou meer aandacht gegeven kunnen worden.

Aanbevelingen: Op basis van de getrokken conclusies zijn er aanbevelingen geformuleerd. Over attitude en kennisaspecten met betrekking tot patiëntenparticipatie zijn er aanbevelingen gegeven hoe de afdeling deze aspecten verder kan bevorderen onder de verpleegkundigen. Een paar voorbeelden zijn: bewustwording van patiëntenparticipatie door een intervisiebijeenkomst, het benadrukken van attitudeaspecten tijdens een klinische les en rekening houden met de wensen van de patiënt.

ENGLISH SUMMARY

In the University Medical Centre (UMC) in Utrecht, at the ward Acute and General Neurosurgery, study has been done on attitude aspects and knowledge of nurses with relation to patient participation during the nursing process. This is a follow-up study, preceded by two other studies, namely 'You are asking... we are running?!' (Dronkers et al., 2012) and 'The experiences and needs of the patient central' (Grootens et al., 2013). In connection with this studies there was a need for specific recommendations on what attitude and knowledge the nurses need to develop patient participation. The central question is:

Which attitude and knowledge aspects to promote patient participation are present in the nurses of the UMC-ward Acute and General Neurosurgery in Utrecht and which attitude and knowledge aspects have to be developed?

Method: The method is a semistructured interview. The population consisted of six nurses and six trainee nurses.

Results: The results have been labelled and have been defined on the basis of central themes. Results of nurses and trainee nurses are separated. That way a comparison can be made.

Conclusion: The results have shown that: At the ward (trainee) nurses have some knowledge of the definition of patient participation. Some aspects of the definition are implemented. This was not done consciously though. Besides that, there is knowledge of some attitude aspects of patient participation present in the nurses, but it is necessary that some attitude aspects receive more attention.

Recommendations: On the basis of the conclusions and the results recommendations have been formulated. Tips on attitude and knowledge aspects for patient participation have been given to the ward to stimulate the use of these aspects by (trainee) nurses. A few examples: realisation of patient participation during a peer review meeting, by emphasizing attitude aspects during a clinical lesson and by considering the patient's wishes.

1. INLEIDING

Voor u ligt het onderzoeksverslag dat geschreven is, naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek, over patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling Acute & Algemene Neurochirurgie (A&AN) in het Universitair Medisch Centrum te Utrecht (UMCU). Met dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de attitude en kennisaspecten, welke benodigd zijn bij patiëntenparticipatie, al aanwezig zijn. Daarnaast is onderzocht welke attitude en kennisaspecten nog nodig zijn om patiëntenparticipatie te bevorderen.

In dit hoofdstuk krijgt de lezer een beeld hoe het onderzoek is opgezet. Naast de aanleiding tot dit onderzoek, wordt voor de lezer beschreven hoe de context is waarin het onderzoek is uitgevoerd, wat de doelstelling is van dit onderzoek en wordt de hoofdvraag met de deelvragen voor de lezer gepresenteerd. Ten slotte wordt de verpleegkundige relevantie van dit onderwerp verklaard.

1.1. AANLEIDING

Participatie van patiënten krijgt een steeds belangrijkere plaats toebedeeld in het gezondheidszorgbeleid. Het gezondheidszorgbeleid wil dat de patiënt meer en meer zijn¹ stem laat horen om zo zorgvraag en -aanbod op alle niveaus beter en efficiënter op elkaar af te stemmen. Ook leeft steeds meer de opvatting dat het leveren van goede zorg niet kan zonder de patiënt erbij te betrekken. Patiëntenparticipatie lijkt een sleutel te zijn om de zorg af te kunnen stemmen op de wensen en behoeften van patiënten. Patiëntenparticipatie is hierbij niet een doel op zich, maar een middel om de kwaliteit van zorg te verbeteren (Raats, Brink & Wit, 2013).

Daarnaast verandert ook de rol van patiënt in de gezondheidszorg. De behoeften en wensen van de patiënt staan steeds meer centraal in de zorg- en dienstverlening van het ziekenhuis. Patiënten verwachten steeds meer dat zij zelf regisseur kunnen blijven van hun eigen leven. De attitude van de professional is in toenemende mate gericht om patiënten te bevragen en niet voor een patiënt te denken. Hierbij zijn de verpleegkundige en de patiënt meer gelijkwaardig ten opzichte van elkaar (Sesink & Jungen, 2010).

Dit onderzoek vindt aansluiting met twee voorgaande onderzoeken, die gedaan zijn op de zorglijn A&AN. Uit het eerste onderzoek 'U vraagt....wij draaien?!' (Dronkers et al., 2012) is gebleken dat verpleegkundigen nog niet voldoende kennis hebben over het begrip patiëntenparticipatie en op welke wijze patiëntenparticipatie toegepast kan worden in de praktijk. Vanuit het tweede onderzoek 'De ervaringen en behoeften van patiënten centraal' (Grootens et al., 2013) is gebleken dat er wel behoefte is aan participatie bij patiënten. Bij dit laatste onderzoek is vanuit de patiënt gekeken. Bij dit onderzoek is ook gekeken wat de patiënt van belang vindt voor participatie. Verbeterpunten vanuit de patiënt voor de verpleegkundige, zijn: psychosociale steun bij drukte, gemaakte afspraken consequent overdragen, inzicht geven aan patiënten in de resultaten van gegeven feedback en inspraak van de patiënt, voorlichting geven aan patiënten over verloop van het zorgproces. Naar aanleiding van deze verbeterpunten zijn een aantal handvaten gegeven. Een aantal handvaten die

¹ Waar 'zijn' staat, kan ook 'haar' gelezen worden en andersom.

gegeven zijn, zijn: geef voldoende voorlichting over het ziektebeeld van de patiënt, geef de patiënt volledige informatie over het verloop van het zorgproces en zie de patiënt als ervaringsdeskundige. Met het huidige onderzoek is door middel van interviews onderzocht in hoeverre de verpleegkundigen van zorglijn A&AN op dit moment patiënten laten participeren bij het verpleegkundig proces, door attitude en kennisaspecten aan te passen. Vervolgens is er gekeken, welke attitude en kennisaspecten de verpleegkundigen van de zorglijn A&AN nog nodig hebben, om patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces verder te bevorderen.

Daarom heeft er, in opdracht van de zorglijn A&AN van het UMCU en in samenwerking met het lectoraat Zorg en Spiritualiteit van de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle, een onderzoek plaats gevonden naar de wijze waarop verpleegkundigen patiëntenparticipatie tijdens de verpleegkundige zorgverlening kunnen bevorderen. De onderzochte aspecten zijn attitude en kennisaspecten van de verpleegkundige bij het uitoefenen van patiëntenparticipatie.

1.2. BESCHRIJVING VAN ORGANISATIE

Het UMC te Utrecht is een internationaal toonaangevend universitair medisch centrum waarin kennis over gezondheid, ziekte en zorg, voor patiënt en samenleving wordt gemaakt, getoetst, gedeeld en toegepast. Een belangrijk aandachtsveld van het UMCU is “de patiënt als partner”. De ambitie van het UMC te Utrecht is om vanuit de patiënt te denken en zo tot optimale zorgverlening te komen. Naast dit aandachtsveld vinden ook de waarden en principes van het UMC te Utrecht aansluiting bij het begrip patiëntenparticipatie. Deze zijn als volgt: Wij zijn betrokken en gedreven; Wij vernieuwen en zijn nooit uitgeleerd; Wij werken samen en nemen verantwoordelijkheid (UMCU, 2014).

De context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden, is de zorglijn A&AN. De zorglijn bestaat uit twee afdelingen: de Medium Care en de verpleegafdeling. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de verpleegafdeling. De volgende behandelcategorieën vinden plaats op deze afdeling: wervelkolomoperaties, herniaoperaties, het plaatsen van een botlap, het plaatsen/verwijderen van een drain en behandeling van een neurotrauma.

1.3. PROBLEEMSTELLING

De twee voorgaande onderzoeken werden gedaan omdat uit onderzoek is gebleken dat patiëntenparticipatie een goede invloed heeft op de behandeling en tevredenheid van de patiënten (Larsson, Sahlsten, Segesten et al., 2011). Vanuit deze onderzoeken op de zorglijn A&AN zijn verschillende aanbevelingen en handvaten voor de verpleegkundigen gegeven, om patiëntenparticipatie te bevorderen. Uit het onderzoek ‘De ervaringen en behoeften van de patiënt centraal’ (Dronkers, et al. 2013) kwam een aanbeveling voor een vervolgonderzoek onder zowel patiënten als verpleegkundigen. Met zo’n vervolgonderzoek kan onderzocht worden hoe de patiënten en verpleegkundigen de nieuwe situatie patiëntenparticipatie op de zorglijn ervaren en wat zij nog nodig hebben om optimaal te kunnen werken met patiëntenparticipatie. Met dit onderzoek werd onderzocht in hoeverre patiëntenparticipatie wordt toegepast op de afdeling en welke attitude en kennisaspecten verpleegkundigen nog nodig hebben om patiënten verder te laten participeren bij het verpleegkundig proces.

1.4. VRAAGSTELLING

De centrale vraagstelling die hieruit volgt, luidt:

Welke attitude en kennisaspecten voor het bevorderen van patiëntenparticipatie zijn er bij de verpleegkundigen van zorglijn Acute en Algemene Neurochirurgie in het UMC te Utrecht aanwezig en welke attitude en kennisaspecten zijn er nog nodig?

De centrale vraagstelling is opgedeeld in een aantal deelvragen:

1. In hoeverre worden patiënten nu betrokken bij het verpleegkundig proces, door de verpleegkundigen van de zorglijn Acute en Algemene Neurochirurgie?
2. Welke kennisaspecten van patiëntenparticipatie zijn (bij verpleegkundigen van de zorglijn A&AN) van belang, om verdere invulling te geven aan de bevordering van patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces?
3. Welke attitude is (voor verpleegkundigen van de zorglijn A&AN) van belang om patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundige proces te bevorderen?

1.5. DOELSTELLING

Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in welke attitude en kennisaspecten bij de verpleegkundigen van de zorglijn A&AN aanwezig zijn en welke nog nodig zijn om patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces te bevorderen.

1.6. VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE

Dit onderzoek richt zich op de verpleegkundige. Het onderzoek beperkt zich tot het verpleegkundig proces met betrekking tot patiëntenparticipatie. Dat betekent dat de patiënt meedenkt in zaken die de verpleegkundige aangaan. Er worden een paar voorbeelden gegeven hoe patiëntenparticipatie kan worden vormgegeven in het verpleegkundig proces. Bezoek dat een hele dag blijft, omdat de patiënt erg onrustig en bang is. Een afdeling waar dagbehandeling gegeven wordt, heeft een kamer waar het stil moet zijn en een kamer waar gepraat mag worden. Een patiënt die beslist waar de plek van de infuusnaald moet komen en ook door welke verpleegkundige hij geprikt moet worden. Niet alles zal mogelijk zijn. Als een kamer vol bezoek zit, heeft een verpleegkundige dan nog wel ruimte om haar werk te doen? En als er maar één verpleegkundige beschikbaar is om een infuus te prikken, terwijl de patiënt niet door die verpleegkundige geprikt wil worden? Of als de patiënt een plek kiest voor het infuus, welke de verpleegkundige niet handig vindt? Concrete voorbeelden voor dit onderzoek zijn er niet te geven. Dat is bij elke patiënt en afdeling verschillend. Het toont dat patiëntenparticipatie dilemma's op kan leveren voor de verpleegkundige (Kleefstra, 2012). Ook kan de verpleegkundige als een advocaat van de patiënt worden gezien bij de arts; de verpleegkundige vertegenwoordigt de belangen van de patiënt bij de arts (Have, 2006).

Er zijn een aantal competenties, die verpleegkundigen dienen te bezitten, die raakvlakken hebben met patiëntenparticipatie. Er worden een aantal voorbeelden genoemd. Competentie 1 (zorgverlening), beschrijft dat de verpleegkundige rekening houdt met de specifieke situatie van de patiënt en het zorgplan opstelt in overleg met de patiënt. Competentie 3 (coördinatie) beschrijft dat

de verpleegkundige tijdens het coördineren rekening houden met de rechten en plichten van de patiënt (Pool, Pool-Tromp, Veltman-van Vugt, et al., 2001)

Naast de competenties zijn er ook houdingsaspecten te onderscheiden met betrekking tot patiëntenparticipatie. In de 'Christelijke beroepscode' (Cusveller, 2005) worden een aantal aspecten genoemd die betrekking hebben op patiëntenparticipatie. Er wordt genoemd dat de verpleegkundige streeft naar het lichamelijk, psychisch, geestelijk en sociaal welzijn van de patiënt. Daarnaast stimuleert de verpleegkundige de patiënt zoveel mogelijk voor zichzelf te zorgen; de patiënt is verantwoordelijk voor zijn eigen geest en lichaam. De verpleegkundige stimuleert de patiënt actief mee te denken en mee te werken inzake het opstellen van uitvoeren van zijn verpleegplan. Dit plan wordt opgesteld door de verpleegkundige, samen met de patiënt. Het is daarvoor belangrijk om een vertrouwensrelatie te hebben, waardoor een adequate samenwerking tot stand kan komen. De verpleegkundige informeert de patiënt over de gedane voorstellen en vraagt de patiënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) om toestemming. Naast het overleg met de patiënt, streeft de verpleegkundige ernaar om de naasten van de patiënt zo nodig en zo mogelijk te betrekken bij de opstelling en de uitvoering van het verpleegplan. Maar ook respecteert de verpleegkundige de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De verpleegkundige kent ook de rechten en vrijheden van de patiënt, welke verleent worden door de instelling. Deze rechten bevatten onder andere recht op informatie, recht om toestemming te geven of te weigeren, recht op privacy en recht op inzage van patiëntgegevens. Ook legt de verpleegkundige de rechten en plichten uit aan de patiënt en informeert hem hierover. Daarnaast geeft de verpleegkundige de patiënt voorlichting over de organisatie van de zorgverlening. Behalve dat de verpleegkundige de zorgverlening in het algemeen uitlegt, geeft de verpleegkundige ook uitleg van de specifieke zorgverlening rondom deze patiënt (Cusveller, 2005).

Hiermee is de relevantie voor het verpleegkundig beroep en het onderwerp 'patiëntenparticipatie' duidelijk gemaakt. In de beroepscode en de competenties voor de verpleegkundigen zijn aspecten die de overeenkomsten weergeven. In hoofdstuk 2 wordt het begrip 'patiëntenparticipatie' verder uitgewerkt.

1.7. OPBOUW ONDERZOEKSVERSLAG

Het onderzoeksverslag is opgebouwd in verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk 2 zal het begrip patiëntenparticipatie uitgediept worden. Daarnaast zal er gekeken worden naar welke rol de verpleegkundige kan vervullen bij patiëntenparticipatie. In hoofdstuk 3 zal de methodologie van dit onderzoek weergegeven worden. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het interview behandeld. Tot slot worden er in hoofdstuk 5 de conclusie, discussie en aanbevelingen gegeven.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt uitgewerkt wat patiëntenparticipatie is en hierbij worden een aantal definities gegeven. Er wordt toegelicht met welke definitie er gewerkt gaat worden. Vervolgens wordt uitgelegd wat het belang is van patiëntenparticipatie, maar ook wat het belang van patiëntenparticipatie is voor verpleegkundigen. Ook wordt de ontwikkeling van patiëntenparticipatie beschreven. Naast het feit dat het belang van patiëntenparticipatie wordt uitgelegd voor verpleegkundigen, wordt beschreven welke factoren bevorderend en welke factoren belemmerend zijn bij de uitvoering van patiëntenparticipatie door verpleegkundigen. Ten slotte worden de verschillende fasen van patiëntenparticipatie weergegeven.

2.1. PATIËNTENPARTICIPATIE

2.1.1. DEFINITIE

In de literatuur zijn een aantal definities te vinden van patiëntenparticipatie. Een drietal worden gepresenteerd: *Patiëntenparticipatie is de actieve deelname van patiënten aan de totstandkoming, de voortgang en de afronding van de hulpverlening*, zegt Brinkman (2001).

Een andere definitie, (Street & Millay, 2000), geeft patiëntenparticipatie als volgt weer: *Onder patiëntenparticipatie tijdens consulten verstaan we de mate waarin patiënten actief deelnemen aan het gesprek met een zorgverlener met het doel een significante invloed te hebben op de inhoud en de structuur ervan alsmede op de overtuigingen en het gedrag van de zorgverlener*.

Ten slotte een derde definiëring: *Het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen* (Raats et al, 2013).

Er wordt gekozen voor de definitie van Raats et al. (2013), omdat deze de meeste aansluiting vindt bij het onderzoek. Deze definitie richt zich de ervaring van de patiënt met betrekking tot de gezondheidszorg in het algemeen. Ook richt het zich op de kwaliteitsverbetering van de zorg, wat ook een competentie is voor de verpleegkundige (competentie 10), wat een verantwoordelijkheid is van de verpleegkundige in de uitoefening van haar beroep. Verpleegkundigen spelen een rol in het opstellen en uitwerken van criteria en het bewaken van kwaliteit op afdelingsniveau en professioneel niveau (Pool, et al., 2001). De definitie van Brinkman (2001) en de definitie van Street & Millay (2000) zijn meer gericht op het beleidsniveau en de gekozen definitie is goed toe te passen op het verpleegkundig proces.

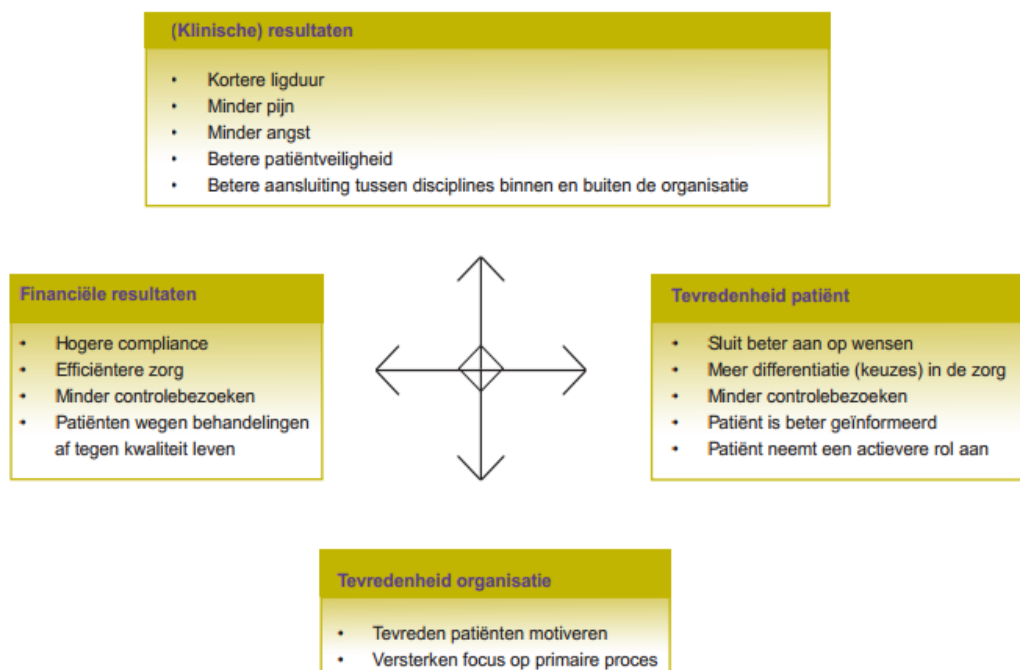
Patiëntenparticipatie kan op verschillende niveaus plaatsvinden: individueel niveau, procesniveau, organisatieniveau en systeemniveau. Als men het heeft over patiëntenparticipatie op individueel niveau, dan gaat het over individueel contact tussen hulpverlener en patiënt. Als het gaat over procesniveau, dan gaat het over een proces in de zorgorganisatie, zoals een afdeling, polikliniek of een bepaald project. Wanneer men praat over patiëntenparticipatie op organisatieniveau betreft dit patiëntenparticipatie binnen één organisatie als geheel. Het beleid omtrent patiëntenparticipatie wordt op organisatieniveau bepaald en gaat over alle afdelingen binnen de organisatie. Patiëntenparticipatie op systeemniveau betekent dat het plaatsvindt op het gebied van landelijke en

Europese wet- en regelgeving. Deze bepalen de kaders waarin organisaties werken. Dit onderzoek beperkt zich tot het individuele en procesniveau: er wordt zowel aandacht geschonken aan het individuele contact tussen verpleegkundige en patiënt, als hoe dit afdelingsbreed georganiseerd is (Raats et al., 2013).

2.1.2. BELANG PATIËNTENPARTICIPATIE

Een patiënt kijkt anders naar de zorgverlening dan een professional. De patiënt is ervaringsdeskundige. Dat wil niet zeggen dat alles wat een ervaringsdeskundige zegt op dit gebied de waarheid is, maar voor zijn specifieke situatie is hij ervaringsdeskundige. De zorgverlener kan hiervan gebruik maken, door op deze manier de zorg af te stemmen op de zorgvraag. Op die manier wordt de verleende zorg patiëntgericht. De patiënt kan zijn kennis en ervaring inbrengen, die kunnen bijdragen tot de verbetering van de zorg. Goede kwaliteit van zorg betekent dat de zorg gericht is op de patiënt als individu en bij zijn wensen aansluit. Elke patiënt is uniek met zijn eigen wensen behoeften en problemen. Patiëntenparticipatie is niet een eenmalige activiteit, maar het is noodzakelijk om de patiënten te blijven betrekken bij de zorgverlening. Dit betekent niet dat de zorgverlener alles doet wat de patiënt maar wil, maar dat de zorgverlener hierin een evenwicht vindt. Echter zal niet elke wens altijd kunnen worden ingewilligd. Daarom ligt er voor de zorgverlener, hetzij arts, hetzij verpleegkundige, hetzij beleidsmedewerker of een andere werker in de gezondheidszorg, de uitdaging om de zorgverlening te optimaliseren en daarbij de wens van de patiënt en het zorgaanbod op elkaar af te stemmen en hierin het evenwicht te vinden (Raats et al., 2013). Daarnaast heeft patiëntenparticipatie een goede invloed op de tevredenheid en behandeling van de patiënt, zo bleek uit een onderzoek van Larsson et al., (2011) in een Zweeds ziekenhuis waarbij patiënten naar hun beleving van patiëntenparticipatie gevraagd werd.

In figuur 1 is te zien dat er een voordelige resultaten zijn van patiëntenparticipatie:



Figuur 1: Resultaatgebieden patiëntenparticipatie (Raats et al, 2013)

‘Kortere ligduur’ wordt hierbij ook genoemd als een voordeel, wat indirect ook weer tijd voor de verpleegkundige oplevert. Daarnaast zal de patiënt, doordat de verpleegkundige de patiënt laat participeren, ook een actievere rol aannemen. Doordat een patiënt actiever wordt, hoeft de verpleegkundige minder voor de patiënt te doen. Dit levert voor de verpleegkundige ook weer tijd op. Zo zijn er meer resultaten, als minder angst, minder tijd en betere patiëntveiligheid, die indirect weer tijd voor de verpleegkundige opleveren (Raats et al, 2013).

2.1.3. ONTSTAAN VAN PATIËNTENPARTICIPATIE

In de huidige maatschappij is het de ontwikkeling dat burgers participeren. Een voorbeeld is het beleid van de overheid, wat zich richt op de participatiesamenleving. Dit heeft ook betrekking op patiënten; zij participeren met betrekking tot hun behandeling. Er zijn verschillende terreinen waarin de patiënt kan participeren, ook in het verpleegkundig proces (Bovenkamp, 2008). De ontwikkeling van patiëntenparticipatie zal in de volgende alinea’s worden geschetst.

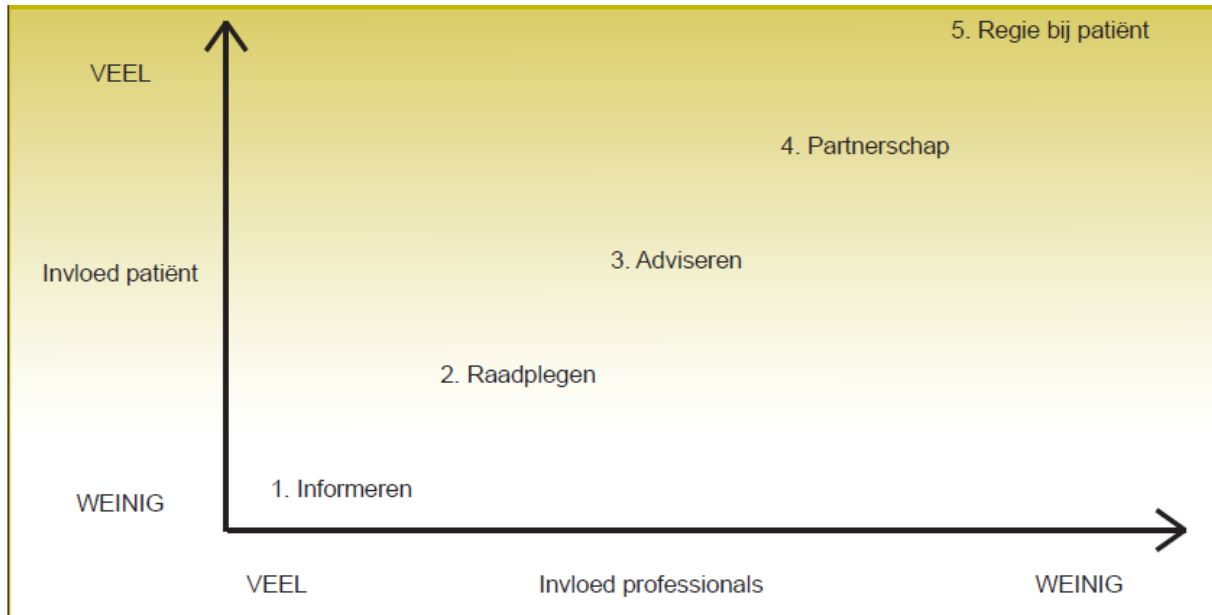
Er zijn verschillende aanleidingen in de samenleving waarom er behoefte is aan patiëntenparticipatie. De eerste plaats de ontwikkeling van de verdergaande democratisering. Deze ontwikkeling is vanaf de jaren ’60 en ’70 ontstaan in de politiek, maar breidde zich uit naar andere sectoren, zoals het onderwijs, bedrijfsleven en ook de gezondheidszorg. Een tweede ontwikkeling is de toename van chronisch zieken, door onder andere de vergrijzing en toenemende behandelingen voor bepaalde ziekten. Hierdoor doet een groep patiënten jarenlang een beroep op de gezondheidszorg, waardoor een goede samenwerking vereist is. Ook de (ervarings-)kennis van deze groep patiënten neemt toe, waardoor zij een goede samenwerkingspartner kunnen worden. Een derde ontwikkeling is meer marktwerking in de zorg, gestimuleerd vanuit de overheid. Het zorgsysteem beweegt naar vraaggestuurde zorg. De verantwoordelijkheden in de zorg verschuiven. Dit betekent dat de patiënt zelf zijn zorgaanbieder kan kiezen. Een vierde ontwikkeling is de wet- en regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg. Vooral in de jaren ’90 kwamen er een aantal wetten de positie van de patiënt versterken, zoals de WGBO (1995) en WKCZ (1995). Deze wetten richten zich erop om de rechtspositie van de patiënt te versterken, hen recht te geven op informatie en geeft hen het recht om een klacht in te dienen. Daarnaast krijgen patiënten wettelijk gezien medezeggenschap in de zorginstelling (Raats et al., 2013).

Patiëntenorganisaties worden in Nederland aangeduid als de *derde partij* in de gezondheidszorg, naast zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ze worden erkend en nemen steeds meer deel aan overleggen in de gezondheidszorg. In Nederland is patiëntenparticipatie op een professioneel niveau en is het geïnstitutionaliseerd in gezondheidszorgorganisaties (Bovenkamp, 2008). Dit gaat over systeem- en organisatieniveau en wordt gezien als achtergrond voor dit onderzoek wat op proces – en individueel niveau plaats vindt.

Patiëntenparticipatie heeft de afgelopen jaren een ontwikkeling doorgemaakt. In de huidige situatie is te bemerken dat patiëntenparticipatie veel succes heeft gehad, maar de resultaten lijken laag te zijn, ondanks de goede organisatie ervan. Men spreekt meer *met* de patiënt dan *over* de patiënt. Ook in de praktijk blijkt een gelijkwaardige dialoog nog een grote opgave. Succesvolle participatie is contextgebonden en afhankelijk van de methoden waar men mee werkt en de doelen waar men naar streeft (Bovenkamp, 2008). Daardoor zal de ontwikkeling van patiëntenparticipatie nog niet ten einde zijn.

2.1.4. FASEN VAN PATIËNTENPARTICIPATIE

In figuur 2 is de participatieladder te zien. Er zijn gradaties in de mate waarin de patiënt participeert en in hoeverre hij hiervoor de ruimte krijgt. In de kantlijnen is de zien dat, wanneer de invloed van professionals laag is, er meer patiëntenparticipatie plaatsvindt. Dus hoe hoger op de ladder, des te meer invloed heeft de patiënt. Onder 'professional' kan zowel de behandelaar, de verpleegkundige of een organisatie verstaan worden. Het is afhankelijk van de situatie welke trede het beste bij de organisatie past. Het is niet altijd zo dat de hoogste trede de meest wenselijke situatie is.



Figuur 2: Participatieladder (Raats et al., 2013)

De verschillende tredes zijn:

- 1) Informeren: De professional informeert de patiënt goed. De professional steunt patiëntenparticipatie, maar de betrokkenheid van de patiënt is nog laag.
- 2) Raadplegen: De professional bepaalt nog wat er gebeurt, maar hij gaat wel actief op zoek naar de mening van de patiënt. De patiënt is een serieuze gesprekspartner, maar de professional let niet nadrukkelijk op de mening van de patiënt.
- 3) Adviseren: De professional zoekt actief naar de mening van de patiënt en vraagt hem expliciet om een oordeel. De mening van de patiënt telt mee. Toch kan de professional hier (beargumenteerd) vanaf wijken. De patiënt adviseert en de professional beslist.
- 4) Partnerschap: De samenwerking is gelijkwaardig en de besluitvorming is gezamenlijk. De professional baseert zijn oordeel op basis van wat de patiënt zegt.
- 5) Regie bij patiënt: Hierin heeft de patiënt de regie. De professional heeft een ondersteunende rol, maar de patiënt beslist (Raats et al., 2013).

2.2. DE ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIGE

Zoals in de inleiding genoemd, verandert de rol van de patiënt in de gezondheidszorg. De patiënt verwacht regisseur te blijven van zijn eigen leven en de verhouding tussen patiënt en verpleegkundige wordt meer gelijkwaardig. Doordat patiënten hun zelfmanagement vergroten,

krijgen ze meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid en ziekte. De aandacht in de zorg wordt verschoven van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid. Vanuit deze gedachte zijn patiënten partners in de behandeling. De gedachte heerst dat patiënten mondiger zijn dan voorheen, maar toch blijft het de vraag óf de patiënt echt zo actief is als men denkt. De verpleegkundige kan er niet zomaar van uit gaan dat de patiënt zelf met zijn zorgen en vragen komt. Met patiëntgerichte communicatie kan de verpleegkundige de inbreng en participatie van de patiënt wel stimuleren. Ook jonge en hoogopgeleide patiënten geven de voorkeur aan een actieve rol in de zorgverlener-patiëntrelatie, maar in deze groep zijn er nog altijd patiënten die moeite hebben om zich actief op te stellen. Dat betekent dat de verpleegkundige rekening houdt met de gewenste (non-)participatie van de patiënt (Dulmen, 2011).

2.2.1. BEVORDERENDE FACTOREN BIJ DE VERPLEEGKUNDIGE

Patiëntenparticipatie is gerelateerd aan patiëntgerichtheid, want een zorgverlener die een patiëntgerichte stijl hanteert, motiveert de patiënt dus om actief deel te nemen aan het gesprek en geeft de patiënt de gelegenheid om zorgen, ideeën en verwachtingen te uiten. Patiëntgerichtheid kun je vanuit verschillende perspectieven bezien. Brown et al. (2001) en Epstein et al. (2005) zien verschillende perspectieven. Men is patiëntgericht als de zorgverlener gericht is op het achterhalen van het perspectief van de patiënt. De communicatie dient gericht te zijn op: 1) het begrijpen van de ziekte; 2) het begrijpen van de patiënt in zijn context; 3) het ontwikkelen van een gemeenschappelijke agenda. Vanuit een ander perspectief bezien wordt patiëntgerichtheid ingevuld aan de hand van drie kernwaarden, die een zorgverlener zou moeten nastreven: Rekening houden met 1) de persoonlijke behoeften van de patiënt; 2) het standpunt en individuele ervaringen van de patiënt en 3) de patiënt de gelegenheid geven te participeren in het gesprek en input te geven. Wat overeenkomt in deze beweringen, is dat de zorgverlener met de patiënt communiceert over zijn beleving van de ziekte en daaraan gerelateerde behandelingen, de zorgverlener speelt daarin optimaal in op de behoeften, verwachtingen en voorkeuren van de patiënt. Ook stimuleert hij de patiënt om actief te participeren in de besluitvorming. De zorgverlener richt zich primair op het perspectief van de patiënt en hij verwerkt dit in de communicatie. Hij ziet de patiënt als een uniek persoon en hij stemt de communicatie af op de patiënt. Hierin is de zorgverlener flexibel; hij stemt niet één benadering op alle patiënten af, maar hij stemt zijn benadering af op de persoonlijke behoeften van de patiënten en dat kan per keer verschillend zijn (Dulmen, 2011).

Om patiëntenparticipatie tot stand te laten komen, is de houding van de verpleegkundige cruciaal. In het gesprek met de patiënt maakt de verpleegkundige gebruik van faciliterend gedrag, dat betekent dat hij de patiënt aanmoedigt zijn perspectief nader toe te lichten. Hij stelt daarbij open vragen en geeft een verbale of non-verbale aanmoediging. De verpleegkundige maakt echter geen gebruik van inhiberend gedrag. Dat is een communicatiestijl dat 'ontmoedigt', dat betekent dat de patiënt wordt beperkt in het uiten van zijn standpunt. Toch blijkt dat het in de praktijk moeilijk is om patiëntgericht te communiceren (Dulmen, 2011). De verpleegkundige legt de focus op de ervaringen van de patiënt. Daarnaast is het belangrijk dat de verpleegkundige de patiënt goede informatie geeft. Die informatie kan gaan over de gegeven zorg en organisatie. Deze informatie stemt zij af op de patiënt. Ze kijkt daarbij welke informatie bij de patiënt past. Bijvoorbeeld: kan de patiënt veel informatie in één keer aan? Is de patiënt geïnteresseerd in veel details? Etc. Daarbij is het een vereiste dat de verpleegkundige en de patiënt een goede band met elkaar hebben. Ze hebben een vertrouwensrelatie waardoor ze goed met elkaar kunnen samenwerken. De verpleegkundige moet

de patiënt zien als een 'coworker', iemand waarmee zij kan samenwerken. De patiënt is een expert, wat betreft zijn ziekte en zijn ervaringen daarmee. Daarbij benut de verpleegkundige de capaciteiten van de patiënt, maar uiteindelijk blijft zij wel de verantwoordelijkheid dragen. Hierin moet de verpleegkundige de balans in zien te vinden. Een voorbeeld hiervan is het samen opstellen van een verpleegplan. Wat de verpleegkundige daarvoor nodig heeft, is een gewone en spontane aanpak ontwikkelen in de uitoefening van haar beroep en richting de patiënt. Patiënten waarderen het dat de verpleegkundige een uitstraalt dat ze zich bekwaam voelt. Want als de verpleegkundige zich bekwaam voelt, dan voelt de patiënt zich ook bekwaam. Dat de patiënt de juiste informatie krijgt, is erg belangrijk. Als de patiënt weet wat er met hem gebeurt of gaat gebeuren, zal hij gemotiveerder worden voor de behandeling. Normaliter wil iemand zijn best doen voor zijn eigen gezondheid, maar dan moet hij wel weten waar hij aan toe is en wat hij kan doen. Laat de patiënt zichzelf verantwoordelijk voelen, respecteer de verantwoordelijkheid van de patiënt. De patiënt zal zich dan onafhankelijk voelen, wat ook zijn welzijn bevordert. Ten slotte weet de patiënt wat het beste voor hem is. Maar behoudt als verpleegkundige wel de uiteindelijke controle. Stimuleer de zelfzorg van de patiënt. Draag al team één mening uit en stem met het team gelijk af. Als verpleegkundigen moeite hebben om de balans te vinden in enerzijds voldoende aandacht geven aan een patiënt en anderzijds niet te dicht bij een patiënt komen, kunnen ze dit ook met elkaar in intervisie bespreken. Ze kunnen reflecteren op hun gedrag, wat doet dit met henzelf, wat met de patiënt? Ook kunnen ze elkaar dan inzicht geven in elkaars gedrag. De verpleegkundige moet de afweging kunnen maken tussen een professionele houding en echte aandacht geven aan de patiënt. Dit alles blijkt onder andere uit een onderzoek naar patiëntenparticipatie onder patiënten uit een Zweeds ziekenhuis, waarbij de patiënt bevraagd werd hoe zij patiëntenparticipatie ervaren hebben (Larsson et al., 2011) (Cusveller, 2005).

Elementen uit dit Zweedse onderzoek komen ook terug in de Christelijke Beroepscode. Het gaat dan niet specifiek over patiëntenparticipatie, maar over de relatie die de verpleegkundige behoort te hebben met de patiënt. Het gaat bijvoorbeeld over dat de verpleegkundige de zelfzorg van de patiënt stimuleert, tevens de patiënt stimuleert om mee te denken met het zorgplan. Daarnaast bouwt een verpleegkundige een vertrouwensband op met de patiënt. Ze respecteert zijn verantwoordelijkheid. Ook geef de verpleegkundige de patiënt informatie over de gegeven zorg en over de organisatie (Cusveller, 2005).

2.2.2. BELEMMERENDE FACTOREN BIJ DE VERPLEEGKUNDIGE

Larsson et al. (2011) benoemt naast bevorderende aspecten ook de belemmerende aspecten bij patiëntenparticipatie. Deze aspecten hebben ook te maken met de houding van de verpleegkundige. De verpleegkundige stelt zich dan niet open voor de patiënt en zijn ervaringen. De verpleegkundige neemt de patiënt niet serieus. Er is geen gelijkwaardige relatie en respect aanwezig. Ook geeft de verpleegkundige de patiënt onvoldoende informatie. De verpleegkundige behandelt de patiënt als een hulpeloos object. Ze negeert zijn behoeften en stemt de zorg niet af op zijn wensen. De persoon staat niet centraal, maar de taak. Dan wordt de patiënt passief. Een valkuil is dat de verpleegkundigen moeten werken onder grote tijdsdruk, waarbij ze zich gaan focussen op hun taak en niet op de persoon. Ook is er dan geen tijd om de patiënt wat beter te leren kennen. Een andere valkuil is dat de verpleegkundige bang is om haar professionele houding kwijt te raken wanneer ze te dicht bij een patiënt komt. Maar de patiënt verdient echte steun en begrip. Wat echter hierin moeilijk is, is als verpleegkundigen niet één mening uitdragen. Op den duur weet de patiënt ook niet meer waar hij aan toe is. Stem het met een team dus gelijk af. Wees je als verpleegkundige bewust

van je houding en hoe je communiceert richting de patiënt. Een dominante houding die zegt: 'ik weet het allemaal wel', kan veel kapot maken bij een patiënt. Een patiënt voelt zich dan buitengesloten.

2.3. SAMENVATTING

Vanuit bovenstaande informatie wordt de volgende samenvatting gemaakt. De definitie is gekozen waarmee in dit onderzoek gewerkt wordt, namelijk: *Het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen* (Raats et al., 2013). Er zijn verschillende niveaus waarop patiëntenparticipatie wordt uitgevoerd en voor dit onderzoek wordt aandacht gegeven aan het individuele en afdelingsniveau. Doordat de patiënt ervaringsdeskundige is in zijn eigen zorgverlening, kan de professional van deze ervaring gebruik maken. Dit kan resulteren tot een tevreden patiënt. De ontwikkeling van patiëntenparticipatie werd geschetst. De ontwikkeling in de samenleving, waarbij burgers steeds mondiger werden, heeft effect op de gezondheidszorg waardoor patiëntenorganisaties aandacht gingen schenken aan patiëntenparticipatie. Daarnaast werden de fasen van patiëntenparticipatie genoemd. Van fasen waarbij alleen de professional beslist tot aan de fase waarbij de patiënt alles beslist. Deze fasen zijn situatie-afhankelijk.

In de tweede paragraaf werd in gegaan op de attitude die de verpleegkundige nodig heeft voor patiëntenparticipatie. De link werd gemaakt met patiëntgerichtheid. Aangegeven werd dat een band krijgen met de patiënt erg belangrijk is voor het uitvoeren van patiëntenparticipatie. De verpleegkundige moet de patiënt zien als een 'cowoker' in de behandeling. Ook stimuleert de verpleegkundige de patiënt in zijn zelfzorg en geeft hem informatie rondom ziekte en behandeling. Belemmerende factoren voor patiëntenparticipatie zijn een dominante houding richting de patiënt, een niet gelijkwaardige relatie, dominantie van de verpleegkundige en het centraal stellen van de taak in plaats van de patiënt.

3. METHODOLOGIE

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven. Achtereenvolgens wordt er ingegaan op de onderzoeksmethode, dataverzameling, populatie en steekproef. In de 5^e en 6^e paragraaf zal de validiteit respectievelijk de betrouwbaarheid van het onderzoek worden verantwoord. Het hoofdstuk sluit af met een paragraaf waarin de ethische verantwoording wordt beschreven.

3.1. ONDERZOEKSMETHODE

De probleemstelling van dit onderzoek beschrijft dat er op de zorglijn A&AN van het UMCU behoefte is aan concrete aanbevelingen over attitude en kennisaspecten met betrekking tot patiëntenparticipatie. Hierdoor kunnen de verpleegkundigen patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces bevorderen. Ook was de vraag om te onderzoeken wat de huidige situatie is, met betrekking tot deze aspecten, op de zorglijn. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat men bij een kwalitatief onderzoek de mogelijkheid heeft om dieper op de materie in te gaan. Hierdoor verwachtten de onderzoekers meer en gerichte informatie verkrijgen, wat aansluiting vindt bij de doelstelling van het onderzoek. Het kwalitatief onderzoek is vormgegeven in een semigestructureerd interview. Bij een semigestructureerd interview is er ruimte om na bepaalde antwoorden door te vragen, maar komen wel de gewenste onderwerpen aan de orde. Bij deze semigestructureerde interviews werden er open vragen gesteld, waarbij gevraagd werd naar meningen en ervaringen van de verpleegkundigen over patiëntenparticipatie. Daarom is het onderzoek kwalitatief (Stevens & Schade, 1997). Met een kwalitatief onderzoek is er de mogelijkheid om diep op de materie in te gaan. Centraal hierbij staat het doorgronden van attitudes en achterliggende oorzaken. Wensen, verwachtingen, behoeftes en toekomstige ontwikkelingen vormen het onderwerp van een kwalitatief onderzoek (Fischer & Julsing, 2007). Naast de open vragen werd er naar enkele demografische gegevens gevraagd: vooropleiding, werkervaring, etc.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder de verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen van de verpleegafdeling A&AN. Zij waren de informatiebron van de onderzoekers. Het doel van het onderzoek was om hen te bevragen welke kennisaspecten en attitude zij al hebben van patiëntenparticipatie en wat zij nog nodig hebben wat betreft kennisaspecten en attitude.

3.2. DATAVERZAMELINGSMETHODE

3.2.1. ONDERZOEKSINSTRUMENT

Er is gekozen voor een semigestructureerd interview als onderzoeksinstrument. Er is gekozen voor een interview omdat dit de meningen en ervaringen van de verpleegkundigen van de afdeling A&AN (de respondenten) in kaart bracht. Ook is er bij een interview de mogelijkheid om gericht door te vragen en onduidelijkheid van de respondent verduidelijkt worden. Daarnaast is er de controle op de respons groot, omdat de onderzoekers gericht een respondent benaderen voor een interview. Door te kiezen voor een interview als onderzoeksinstrument werd er voorkomen dat er bepaalde vragen van de onderzoekers niet bewust of onbewust zouden overgeslagen worden (Fischer, et al., 2007).

De onderwerpen, die bij het semigestructureerde interview aan de orde zijn gekomen, zijn van tevoren vastgesteld. De topiclijst is te vinden in bijlage 2. Alleen de beginvraag was uitgeschreven, maar de andere vragen zijn per onderwerp gesteld. De vragen, waarmee doorgevraagd wordt, zijn van tevoren niet vastgesteld, omdat dit per situatie kan verschillen. De vragen voor de interviews zijn opgesteld aan de hand van de hoofd- en deelvragen en de literatuur over patiëntenparticipatie, die in het theoretisch kader beschreven staat. De interviews zijn face-to-face afgenomen. De reden hiervan is, dat het non-verbale gedrag geobserveerd kan worden. Ook heeft een face-to-face interview vaak een persoonlijke sfeer, waardoor meer informatie verkregen kan worden. Daarnaast hebben de interviewer en de geïnterviewde bij de meeste interviews in een hoek van 90 graden gezeten, wat het vragen en antwoorden kan vergemakkelijken, alhoewel sommige deelnemers de voorkeur hadden om recht tegenover de interviewers plaats te nemen. In het begin van het interview zijn er makkelijke en motiverende vragen gesteld. In het middenstuk zijn de moeilijke vragen gesteld, maar ook de vragen die als doel hebben om de hoofdvraag te beantwoorden. Aan het einde zijn de vertrouwelijke vragen gesteld, omdat er tijdens het interview een band opgebouwd wordt. Tevens waren deze vragen niet te moeilijk, omdat aan het einde de aandacht verslapt. De onderwerpen zijn logischerwijs gerangschikt. Dat wil zeggen dat eerst de vragen gesteld zijn over de huidige situatie op de afdeling en daarna de vragen die gaan over wat er nog verder op de afdeling kan gebeuren (Fischer et al., 2007).

Het interview is afgenomen bij zes verpleegkundigen en zes leerling-verpleegkundigen (die in hun 3^e en 4^e leerjaar zitten). We hebben gekozen om ook leerlingen te interviewen. Hiervoor is gekozen, omdat er veel leerlingen op de afdeling zijn, die een groot deel vormen van de verpleegkundige bezetting en enige ervaring hebben opgedaan met betrekking tot de gang van zaken omtrent patiëntenparticipatie op de zorglijn. Daarnaast kunnen zij ook interessant vergelijkingsmateriaal vormen ten opzichte van de gediplomeerde verpleegkundigen. De interviews hebben ongeveer 15 tot 20 minuten in beslag genomen. Per interview is er één verpleegkundige geïnterviewd. De interviews zijn met een voicerecorder opgenomen. De interviews zijn door twee onderzoekers afgenomen. Eén onderzoeker heeft het interview afgenomen en heeft daarbij acties ondernomen, als: vragen stellen, doorvragen, samenvatten, interpretaties maken en laten merken dat zij luistert door bijvoorbeeld af en toe te 'hummen'. De andere onderzoeker heeft de voicerecorder bediend, de respondent geobserveerd en de tijd bewaakt. Voor het opnemen en gebruiken van fragmenten van de gesprekken is toestemming gevraagd aan de respondent. Voorafgaand aan de interviews is de rol van interviewer en observant aan de respondent vermeld, zodat dit duidelijk was voor de respondent. De rol van interviewer is continu door één en dezelfde persoon vervuld en de rol van observant is ook door één en dezelfde persoon vervuld. Dit is gedaan, om de continuïteit van het onderzoek te waarborgen.

Voorafgaand aan het uitvoeren van de interviews zijn de respondenten op de hoogte gesteld van het onderzoek door middel van een flyer. In deze flyer zijn de onderzoekers voorgesteld en is het onderzoek kort toegelicht. Ook is vermeld wanneer de interviews plaats zouden vinden. Hierdoor werd er bekendheid van het onderzoek gegeven aan de respondenten. De flyer is opgenomen in bijlage 3. Daarnaast hebben de onderzoekers een dag meegelopen op de afdeling, om de afdeling te leren kennen en om het onderzoek onder de aandacht te brengen van de verpleegkundigen. Gedurende de dataverzamelingsperiode is er veelvuldig contact met de (senior-)verpleegkundigen geweest, om de respondenten voor de interviews te werven.

3.2.2. LITERATUURSTUDIE

De literatuurstudie heeft plaatsgevonden door informatie over het onderwerp te zoeken in de literatuur. De onderzoekers hadden als doel om, door middel van de literatuurstudie, meer te weten te komen over wat patiëntenparticipatie inhoudt en welke attitude van de verpleegkundige hiervoor vereist is. Literatuur is gezocht via de catalogus van de mediatheek op de Gereformeerde Hogeschool, via databanken als PubMed, Invert, NAZ en Medline. Daarnaast is er naar informatie gezocht via internet. Via bronnen is er doorgelinkt naar andere bronnen, ook wel de sneeuwbalmethode genoemd. Als zoekterm werd gebruikt 'patiëntenparticipatie' of wanneer er gezocht werd naar een Engelse bron 'patient participation'. Wanneer er gezocht werd naar specifiekere informatie om de gestelde doelen te beantwoorden, werd er gezocht op termen zoals: 'attitude patiëntenparticipatie', 'ontwikkeling patiëntenparticipatie' of 'handboek patiëntenparticipatie'.

3.3. POPULATIE EN STEEKPROEF

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder de gediplomeerde verpleegkundigen en leerlingen van afdeling A&AN van het UMC te Utrecht. Vanwege praktische redenen is ervoor gekozen om het onderzoek alleen onder de verpleegkundigen en leerlingen van de verpleegafdeling A&AN uit te voeren, omdat hiermee een homogene groep gevraagd kan worden. Er is niet voor de gehele zorglijn gekozen, omdat de patiëntencategorie van de afdeling en de medium care van zorglijn A&AN erg verschillend zijn. Om zo specifiek mogelijke aanbevelingen te kunnen doen, waarbij de patiëntencategorie ook betrokken is, is er voor gekozen om alleen interviews te houden op de afdeling A&AN.

Het onderzoek is een selecte steekproef. Dit omdat de resultaten die uit het onderzoek voortgekomen zijn niet gelden voor de gehele populatie, dat is de verpleegkundigen in het algemeen. Maar de resultaten zijn slechts beperkt tot de in het onderzoek betrokken populatie, namelijk de verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen van de afdeling A&AN van het UMC te Utrecht. Echter hebben niet alle verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen van de afdeling A&AN meegedaan aan de interviews. Daarom is de selectie binnen de gestelde populatie enkelvoudig aselekt. Ook doordat er verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen willekeurig benaderd werden, is de steekproef aselekt gebleven. De onderzoekers benaderden verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen die tijdens een bepaalde dag werkzaam waren en niet op bijvoorbeeld basis van interesse. De inclusiecriteria waren dat de verpleegkundigen gediplomeerd en werkzaam zijn op de afdeling. De inclusiecriteria voor de leerling-verpleegkundigen is dat zij 3^e of 4^e jaars leerling zijn, omdat ze dan meer ervaring hebben opgedaan in het verpleegkundig beroep. Verder zijn er geen criteria waarop de verpleegkundigen en leerlingen verder geselecteerd werden om mee te doen aan de interviews (Baarda, Goede & Teunissen, 2005).

3.4. DATA-ANALYSE

De gegevens zijn verzameld door middel van semi-gestructureerde interviews. De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. De interviews zijn vervolgens getranscribeerd. Daarna zijn de gegevens geanalyseerd en vervolgens gefilterd door open codering. Bij een open codering zijn de fragmenten van transcripten van de interviews gemarkeerd en gelabeld met een code (woord)

waaronder ze worden opgeborgen. Vervolgens zijn de gegevens geanalyseerd. Dit is gebeurd in verschillende stappen. Allereerst zijn de gegevens gefilterd op relevantie. Fragmenten die geen betrekking hadden op het onderwerp of onderzoek, zijn verwijderd. De overgebleven relevante gegevens zijn vervolgens opgedeeld in fragmenten. Aan deze fragmenten zijn labels gekoppeld. Het fragmenteren en het labelen is door beide onderzoekers apart uitgevoerd, zodat er intersubjectiviteit ontstaat (Fischer, et al., 2007). Vervolgens zijn de labels geordend en gereduceerd. Hierna zijn er kernlabels gedefinieerd, waaronder de labels geordend zijn. Aan de hand van de kernlabels zijn de hoofd en deelvragen beantwoord (Baarda, et. al., 2005).

3.5. VALIDITEIT

Met validiteit wordt bedoeld of er daadwerkelijk gemeten wordt, wat er gemeten moet worden (Baarda et al., 2005) (Bakker & Buuren, 2009). De validiteit in dit onderzoek is gewaarborgd door verschillende keuzes te maken gedurende het onderzoek, waardoor met het onderzoeksinstrument wordt gemeten wat de onderzoekers willen meten. Deze keuzes zullen hieronder toegelicht worden.

De validiteit is gewaarborgd, doordat de onderwerpen in het interview te herleiden zijn tot de hoofdvraag en de deelvragen. Om te voorkómen dat de respondenten niet weten wat patiëntenparticipatie inhoudt, is de definitie van patiëntenparticipatie gegeven, zodat de onderzoekers en de respondenten over hetzelfde onderwerp praten.

Om de validiteit te waarborgen, is er rekening gehouden met het voorkómen van selectiebias of response-bias. Selectiebias of response-bias zou kunnen optreden wanneer enkel respondenten die geïnteresseerd waren in het onderwerp, zouden deelnemen aan het interview. Er is geprobeerd dit te ondervangen, door zoveel mogelijk aselekt een (leerling-)verpleegkundige per dienst te selecteren voor een interview. Daarnaast er rekening gehouden met het voorkomen van informatiebias. Dit kan optreden wanneer de (leerling-)verpleegkundigen sociaal-wenselijke antwoorden geven, terwijl de werkelijkheid anders is. Dit is geprobeerd te ondervangen door indirecte vragen te stellen. Deze indirecte vragen gaan over praktijksituaties, waardoor het begrip patiëntenparticipatie voor de respondent concreet wordt. Een voorbeeld: In plaats van de vraag of de respondent patiëntenparticipatie in praktijk brengt, wordt er gevraagd of de respondent in overleg met de patiënt de plek van het te prikken infuus bepaalt (Kleefstra, 2012).

De validiteit van het onderzoeksinstrument is getest door een pilot. Hiermee is getest of de vraagstelling correct en duidelijk was. Tevens is hiermee gekeken of het instrument voldoet aan de verwachtingen. En of er door de vraagstelling informatie verkregen wordt, die de onderzoekers nodig hebben, voor het beantwoorden van de hoofdvraag. Deze pilot is vormgegeven door een verpleegkundige van een andere neurologische afdeling in het UMCU het interview af te nemen.

3.6. BETROUWBAARHEID

Met betrouwbaarheid wordt de mate bedoeld, waarin herhaalde metingen onder dezelfde omstandigheden, dezelfde uitkomst geven. Ook wel nauwkeurigheid, precisie, herhaalbaarheid of reproduceerbaarheid genoemd (Frederiks & Wierik, 2004) (Bakker, et al., 2009).

De betrouwbaarheid van het onderzoek is verhoogd door een zo groot mogelijke steekproefomvang. Bij het onderzoek zijn zoveel mogelijk (leerling-)verpleegkundigen van afdeling A&AN betrokken.

Voorafgaand aan het onderzoek is aan de verpleegkundigen bekend gemaakt dat het onderzoek zal plaatsvinden. Deze bekend is gedaan door middel van een flyer (zie bijlage 3). Hiermee wordt er een groter draagvlak gecreëerd voor het onderzoek bij de verpleegkundigen. Deze bekendheid is gegeven, doordat de onderzoekers een dag mee hebben gelopen op de afdeling A&AN. Daarnaast is er een flyer op de afdeling opgehangen, zoals eerder vermeld. Ook is er door de onderzoekers verantwoording van alle onderzoekshandelingen gegeven, door deze vast te leggen in het onderzoeksverslag. Deze onderzoekshandelingen bestaan uit de vorderingen, leermomenten, aangebrachte veranderingen, omstandigheden die problemen oproepen, omstandigheden die de resultaten konden beïnvloeden en verantwoording van gemaakte keuzes. Hierdoor is de betrouwbaarheid van de resultaten verder verhoogd. Tevens kan, doordat de onderzoekshandelingen beschreven zijn, dit onderzoek in dezelfde omstandigheden herhaald worden (Verhoeven, 2011).

Er is rekening gehouden met de omgeving van het onderzoek. De betrouwbaarheid is verhoogd, doordat de interviews zijn afgenomen in een 'rustig' kamertje, waardoor er zo min mogelijk ruis was. De interviews zijn daarnaast opgenomen en getranscribeerd, waardoor er zo min mogelijk misinterpretaties waren. Tevens is er door een en dezelfde onderzoeker vragen gesteld, zodat dit geen invloed heeft gehad op de resultaten van de interviews (Verhoeven, 2011).

De semigestructureerde interviews zijn door beide onderzoekers gelabeld. Zij hebben dit afzonderlijk gedaan, zodat er intersubjectiviteit is ontstaan (Fischer, et al., 2007). De betrouwbaarheid van de data-analyse is gewaarborgd, doordat de labeling plaats heeft gevonden door twee afzonderlijke onderzoekers. De twee labelstructuren zijn vervolgens vergeleken en door overleg werd er een gezamenlijke (en betrouwbare) labelstructuur benoemd (Baarda, et al., 2005).

3.7. ETHISCHE VERANTWOORDING

De ethische verantwoording is gewaarborgd, doordat de respondenten vrijwillig hebben kunnen kiezen voor medewerking en er is aan hen geen valse voorstelling van zaken gegeven. De gegevens zijn anoniem verwerkt en de uitkomsten hebben geen nadelige effecten voor de respondenten gehad. Het onderzoek is door de onderzoekers voor de opdrachtgever op een controleerbare, eerlijke en objectieve manier uitgevoerd. De verzamelde gegevens zullen niet aan derden verstrekt worden als de opdrachtgever daar niet mee instemt (Baarda et al., 2005).

3.8. SAMENVATTING

In dit hoofdstuk is de methode van het onderzoek toegelicht. Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek, met als onderzoeksinstrument een semigestructureerd interview. Dit interview is afgenomen bij de (leerling-)verpleegkundigen van de verpleegafdeling A&AN. In dit hoofdstuk is beschreven hoe de interviews zijn afgenomen. De interviews zijn afzonderlijk door de twee onderzoekers gelabeld.

4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek beschreven worden. Allereerst zal de onderzoekspopulatie toegelicht worden. Vervolgens zullen de resultaten van de interviews worden weergegeven aan de hand van kernlabels. De kernlabels zijn voorkennis verpleegkundige, toepassing patiëntenparticipatie in praktijk in de huidige situatie, kennis en attitude. Deze kernlabels zijn weer onderverdeeld in een aantal sublabels, welke te vinden zijn in bijlage 2.

4.1. ONDERZOEKSPOPULATIE

De populatie van het onderzoek bestond uit zes verpleegkundigen en zes leerlingen van afdeling A&AN. In figuur 2. zijn de kenmerken van de respondenten overzichtelijk weergegeven.

Leerling/ gediplomeerd	(Voor)opleiding	Werkervaring afdeling
Gediplomeerd	Inservice opleiding	17jaar werkzaam op afdeling
Gediplomeerd	Ziekenverzorging a en b	14 jaar werkzaam op afdeling
Gediplomeerd	HBO-v	5 jaar werkzaam op afdeling
Gediplomeerd	HBO-v	4 jaar werkzaam op afdeling
Gediplomeerd	HBO-v en traineeship	1.5 jaar werkzaam afdeling
Gediplomeerd	HBO-v	Half jaar stage en 1 jaar werkzaam op afdeling Stage
Leerling	HBO-v en traineeship	Stage (traineeship)
Leerling	HBO-v, 3de jaars	Stage
Leerling	HBO-v dual	Stage
Leerling	VIG, nu MBO dual	Stage
Leerling	VIG, nu MBO-v	Stage
Leerling	VIG, MBO-v, nu HBO-v	Stage

Figuur 3: Kenmerken onderzoekspopulatie

4.2. VOORKENNIS (LEERLING-)VERPLEEGKUNDIGEN

In de interviews is er aan de respondenten gevraagd naar de voorkennis van patiëntenparticipatie. Hierbij werd er gevraagd naar de eigen definitie, kennis van het aandachtsveld, beeld van de patiënt en visie op patiëntenparticipatie van de (leerling-)verpleegkundigen.

Eigen definitie

Er is tijdens de interviews aan de (leerling-)verpleegkundigen gevraagd om een eigen definitie te geven van patiëntenparticipatie.

Uit de interviews is gebleken dat vijf verpleegkundigen globale kennis hebben van het begrip patiëntenparticipatie, vaak vanuit de opleiding. Dit komt in het volgende citaat naar voren:

“Ja dat is wel eens voorbij gekomen tijdens mijn opleiding. Waarschijnlijk dat ik het daarvan weet.” (Fragment a.a)

Echter is er één verpleegkundige die geen kennis heeft van het begrip patiëntenparticipatie. Wat in het onderstaande citaat naar voren komt;

“Ik weet niet. Ik heb geen idee wat je ermee bedoelt.” (Fragment a.b)

De meerderheid van de verpleegkundigen heeft aangegeven kennis van het begrip patiëntenparticipatie te hebben. Hierbij hebben zij ook een eigen definitie gegeven. Uit de interviews kwamen termen als ‘afstemmen’, ‘wisselwerking’ en ‘mee laten denken’ naar voren. Deze termen komen in de volgende citaten naar voren, welke een eigen definitie van de verpleegkundigen weergeven:

“Patiëntenparticipatie, dan denk ik aan, de verzorging en verpleging van een patiënt en dat zoveel mogelijk afstemmen op zijn of haar wensen. En daarmee probeer je rekening te houden tot hoever dat kan.” (Fragment a.c)

“Ik denk dat het belangrijk is dat je als verpleegkundige in je hoofd houdt en je bewust van bent dat de patiënt betreft in de zorg die hij vraagt en die die nodig heeft. En daarin laat participeren, zelfstandig laten zijn en zoveel mogelijk respect daarin. Dus dat het echt een wisselwerking is en dat het dus niet alleen vraag en antwoord is.” (Fragment a.d)

“Ja mee laten helpen, denken in zijn proces.” (Fragment a.e)

Enige moeite was er bij de omschrijving van het woord patiëntenparticipatie bij de verpleegkundigen, omdat het volgens een verpleegkundige een breed begrip was.

Ook de leerling-verpleegkundigen werd gevraagd een definitie te geven van patiëntenparticipatie. Er kwamen verschillende definities uit, met als kern dat de patiënt betrokken wordt in de eigen zorg, de patiënt denkt mee in de behandeling en er wordt rekening gehouden met de wensen van de patiënt. Eén leerling is het niet gelukt om een definitie onder woorden te brengen. Er wordt een voorbeeld gegeven van een gegeven definitie:

“Dus dat je die patiënt mee laat denken over zijn zorgproces over zijn eh ja dat hij zelf daarin ook zelf vorm kan geven. En dat de patiënt ook zoveel mogelijk op de hoogte wordt gehouden van wat eromheen gebeurt. En daarin zelf ook sturing en richting mag geven.” (Fragment a.f)

Eén leerling-verpleegkundige gaf aan de term patiëntenparticipatie te kennen uit theorieën van school, anderen gaven aan nog nooit van de term gehoord te hebben. Hoewel de term hen weinig zei, konden de meeste leerlingen een verklaring van het begrip geven.

Kennis aandachtsveld ‘De patiënt als partner’

Naast de eigen definitie werd er ook gevraagd of de (leerling-)verpleegkundigen kennis hadden van het aandachtsveld ‘de patiënt als partner’.

Het begrip patiëntenparticipatie werd door twee verpleegkundigen direct gelinkt aan het aandachtsveld van het UMC ‘patiënt als partner’. Bij alle verpleegkundigen was er kennis van dit aandachtsveld. Maar er werd niet altijd wat met het aandachtsveld gedaan. Een citaat, waarbij de kennis van het aandachtsveld naar voren komt:

“Ik ken dus de term wel en ik vind hem ook erg linken aan ‘de patiënt als partner’ die het UMC heel hoog in het vaandel hebben, dus het is wel een groot issue, vind ik.” (Fragment a.g)

Van de leerlingen gaven drie van de zes leerlingen aan het aandachtsveld te kennen en één van hen gaf aan ook het aandachtsveld terug te zien in de praktijk en verbond dit ook aan een maatschappelijke ontwikkeling:

“Ja dat is mij wel bekend, ik heb het wel eens gezien. Maar.. ik denk dat het wel redelijk tot z’n uiting, het wordt wel steeds aandacht gegeven aan de wensen van de patiënt, ik zit natuurlijk ook kort in de zorg. Ik denk dat het al meer is dan vroeger, ze worden al meer geacht om te luisteren naar de patiënt.” (Fragment a.h)

De andere drie leerlingen hadden nog nooit van het motto gehoord. Eén van hen gaf aan het principe van het aandachtsveld erg goed te vinden:

“Maar ik weet je ik vind het wel goed, want je kijkt op die manier wel naar een ander beeld en ehm soms wordt er wel eens vergeten dat het patiënten zijn.” (Fragment a.i)

Beeld patiënt

Aan de respondenten is er gevraagd naar hun visie op de patiënt. Hierbij zijn er een aantal punten bij de verpleegkundigen naar voren gekomen. Zo beschreven een aantal verpleegkundigen de patiënt als iemand die ziek is en hulp nodig heeft:

“Ik ben verpleegkundige. Meer niet. En dat is gewoon een patiënt die ziek is en gewoon z’n zorg nodig heb. En daar ben ik ervoor en dan hoop ik dat over een paar dagen iemand weer gezond naar huis kan.” (Fragment a.j)

Daarnaast omschreef een verpleegkundige de patiënt als volgt:

“De patiënt is voor mij een mens net zoals jij en ik alleen die door wat voor reden dan ook, geen dingen meer zelfstandig kan doen en hem de helpende hand reikt.” (Fragment a.k)

Een leerling-verpleegkundige benoemde dat de verpleegkundigen het kunnen vergeten dat ‘het’ patiënten zijn... Hoe dat kan, wordt als volgt verwoord:

“Ja dat is gewoon. Ja ik weet niet hoe ik dat eigenlijk moet zeggen. Maar ze zeggen wel eens dat ze, het kan ook familie van je zijn. En dat ik dan en dan benader je het toch anders als dat het vreemden zijn. Klinkt heel raar maar als het opeens heel dichtbij komt, dan ga je daar heel anders mee om, als wat van verdere afstand.” (Fragment a.l)

Ook werd er gevraagd wat er dan veranderd is in de zorgverlening. Het volgende antwoord werd gegeven:

“Nou dat je dan toch veel meer kritischer naar kijkt. Toch de zorg nog meer wil verbeteren. Ja. Ikzelf probeer ik het bij iedereen te doen.” (Fragment a.m)

Ook bij andere leerlingen is er gevraagd naar hun beeld over patiënten. Hoe zien zij de patiënt? Er werd aangegeven dat de patiënt de deskundige is, hij kan het beste zijn verhaal vertellen:

“Ja de patiënt kan zelf het beste vertellen wat hij wat hij zijn klachten zijn of ten minste als dat mogelijk is.” (Fragment a.n)

Een andere leerling benoemde de patiënt als individu, met min of meer behoefte hebbend aan autonomie. Een volgende leerling benoemt dat elke patiënt verschillend is en wat dat van de verpleegkundigen vraagt:

“Ja het is gewoon omschakelen, je hebt soms lastige patiënten, je hebt makkelijke patiënten. Het is gewoon omschakelen. Elke patiënt is anders ja. Je moet gewoon je weg daarin vinden wat de patiënt wat de behoeftes van de patiënt zijn.” (Fragment a.o)

Visie patiëntenparticipatie

Bij de interviews is er gevraagd naar de visie van de (leerling-)verpleegkundigen op patiëntenparticipatie.

Een verpleegkundige ziet patiëntenparticipatie als het opkomen voor de patiënt. Maar dit opkomen voor de patiënt gaat alleen maar achteruit, volgens deze verpleegkundige, doordat er steeds minder tijd voor de patiënt is en meer tijd achter de computer gezeten moet worden.

Ook aan de leerling-verpleegkundigen is gevraagd hoe zij tegen patiëntenparticipatie aankijken. Een leerling-verpleegkundige benoemt dat de autonomie van de patiënt zoveel mogelijk gestimuleerd moet worden:

“De autonomie van diegene stimuleren in hoeverre dat kan.” (Fragment a.p)

Een andere leerling-verpleegkundige legt uit waarom die autonomie zo belangrijk is voor de patiënt. De patiënten op de zorglijn A&AN kunnen door bepaalde aandoeningen weinig meer zelf doen, aan bijvoorbeeld hun eigen lichaamsverzorging. Wanneer de verpleegkundige een helpende hand biedt waardoor de patiënt iets zelfstandig kan doen, kan dit het welzijn van de patiënt verhogen. Ook stelt de verpleegkundige doelen met de patiënt. Wel moet gekeken worden dat de gestelde doelen reëel zijn voor de patiënt. Patiëntenparticipatie wordt verbonden met de verhoging van kwaliteit van zorg. Dit kan gedaan worden door breed naar de patiënt te kijken:

“Ieder heeft natuurlijk ook z’n eigen verhaal, z’n eigen ding en ik vind ook dat wij daar ook aandacht voor moeten hebben, dus niet alleen ook diegene dat ziektebeeld dus dan gaan we ook doen we al jaren dit niet kijken we ook naar nieuwe dingen, misschien reageert een bepaalde patiënt wel heel anders. Probeer dat inderdaad, ja, uit te zoeken goh waarom is dat dan dat die eh in het vervolg ook denk ik met een bredere blik kijken naar patiënten. En dus inderdaad kwaliteit verbeteren.” (Fragment a.q)

26

Toch relateert deze leerling het:

“Het zal nooit volledig, nooit iedere patiënt zal tevreden zijn.” (Fragment a.r)

Voordelen patiëntenparticipatie

Bij deze visie werden door de verpleegkundigen een aantal voordelen genoemd. Enkele van deze voordelen komen in deze citaten naar voren:

“Dat de patiënt weer sneller opknapt omdat hij het weer sneller zelf doet of op zijn eigen manier, daar voelt hij zich thuis en dan voelt hij zich beter en knapt hij weer sneller op.” (Fragment a.s)

“Uiteindelijk wel dat de kwaliteit van zorg beter wordt. Als de patiënt iets heeft iets niet zit zitten en die maakt het ook kenbaar, dan kunnen wij daar op inspelen dat dat beter wordt voor die patiënt. Patiënten ervaren natuurlijk vanuit hen zelf, ik bedoel wij weten niet hoe zij zich voelen, ik bedoel door alles wat zij ook aandragen wordt de zorg natuurlijk alleen maar beter.” (Fragment a.t)

Naast deze voordelen werd er ook genoemd dat patiëntenparticipatie uiteindelijk meer tijd oplevert voor de verpleegkundige, bijvoorbeeld dat de verpleegkundige na één keer goed uitleggen, weinig tot geen vragen meer kan krijgen van patiënt of familie, omdat het voor hen duidelijk is geworden. Daarnaast werd er ook genoemd dat een voordeel rust voor familie en patiënt.

Een andere kijk werd er door één verpleegkundige gegeven. Deze verpleegkundige is het niet eens met het begrip patiëntenparticipatie en vindt dit onzin. Deze respondent zag geen voordelen van patiëntenparticipatie, wat in het volgende citaat naar voren komt:

“Ja ik vind het onzin. Weet je noem het niet zo.” (Fragment a.u)

Door de leerling-verpleegkundigen zijn er ook voordelen van patiëntenparticipatie benoemd. Een tevreden patiënt, die goed geïnformeerd is, zal minder bellen of vragen stellen. Hierdoor kan de zorg efficiënter gemaakt worden en als er meer tijd aan een patiënt besteed wordt, kan dit fouten, problemen of ongewenste situaties voorkomen. Ook is het een voordeel als een patiënt meewerkt, bijvoorbeeld als een patiënt al eerder dezelfde behandeling heeft ondergaan en dan hoeft de verpleegkundige minder uit te leggen omdat de patiënt het al weet. De patiënt krijgt een prettiger gevoel bij de zorg, omdat de patiënt zorg op maat krijgt, de zorg waar hij behoefte aan heeft. Hierdoor kunnen de opnames versneld worden, volgens de leerling-verpleegkundigen. Behalve dat er voordelen zijn voor de verpleegkundige, heeft patiëntenparticipatie ook voordelen voor de patiënt, aldus de leerling-verpleegkundigen. Door een patiënt positief te benaderen, maakt dit het ziek-zijn minder erg en wordt het verblijf in het ziekenhuis als prettig ervaren. Deze benadering kan uitgeoefend worden door de psychosociale kant van de zorg te benadrukken. Gezien wordt dat de patiënt hierdoor vaak gerust gesteld wordt en voelt zich meer begrepen. Onderstaand citaat geeft aan dat het bevorderlijk is voor het herstel dat de patiënt de eigen verantwoordelijkheid krijgt, volgens de leerling verpleegkundige, met ondersteuning van de verpleegkundige, waar nodig:

“Wat ik belangrijk vind is dat is zijn of haar lichaam, diegene is ziek. En die wil beter worden, of die wil het dragelijk houden. En dan vind ik altijd belangrijk dat de patiënt zeg maar verantwoordelijk is over zijn eigen proces. Dus dat ik daarin ondersteun en niet dat ik zeg wat er gedaan moet worden, maar van wat vindt de patiënt belangrijk en wat kan ik bieden. Daarnaast, als je toch tegengestelde belangen hebt bij wijze van spreken, dan geef ik wel informatie, dus daarom zou ik voor dit kiezen, maar besluit moet altijd bij de patiënt. Als ze gewoon bekwaam zijn... Ik denk dat je toch snel ja... je investeert natuurlijk even erin, maar je komt wel sneller tot een bepaald doel, want de patiënt is gemotiveerd om bepaalde handelingen te doen of medicatie in te nemen. Dus daardoor zou je denk ik ook voor langere opnames voorkomen. Maar ja ik werk ik denk een wisselwerking, voor de patiënt die voelt zich gewaardeerd en ook hoe noem je dat serieus genomen, en wij kunnen daardoor onze zorg denk ik beter toepassen.” (Fragment a.v)

Een leerling-verpleegkundige merkt op dat patiënten het ook prettig vinden dat ze persoonlijke aandacht krijgen van de verpleegkundige en bedanken de verpleegkundige hiervoor. Ten slotte kan patiëntenparticipatie het UMC ook voordelen opleveren, namelijk mond-tot-mondreclame.

Belemmeringen patiëntenparticipatie

Uit de interviews zijn ook enkele belemmeringen naar voren gekomen, bij de uitvoering van patiëntenparticipatie.

Volgens de verpleegkundigen is een veelvoorkomende belemmering tijd. Volgens de verpleegkundigen kan patiëntenparticipatie tijd kosten, doordat een patiënt veeleisend kan worden; de manier van de patiënt meer tijd kan kosten; De patiënten bij het hele zorgproces betrekken kost tijd. Bij het volgende citaat komt veeleisendheid van een patiënt naar voren;

“Ik denk dat we ook wel met patiënten te maken hebben die, die heel veel op hun manier willen en dan ik wil mijn tanden wil ik zo gepoetst, ik wil m'n shirt zo aan en ik wil zo laat wil ik dit en zo laat wil ik dat en dat heb je wel met tijd te maken waar je tegen aan kan lopen. Kijk er zijn best mensen die heb je helemaal verzorgd en dan vijf minuten later wordt er nog gebeld om of er nog iets anders is en drie minuten later weer.” (Fragment a.w)

Behalve deze belemmeringen wordt ook door de verpleegkundigen genoemd dat je als verpleegkundige op moet passen, dat je niet doorslaat. Naast het kijken wat de patiënt wil, is het ook van belang om protocollen te blijven raadplegen.

Door de leerling-verpleegkundigen worden er ook belemmeringen benoemd. Genoemd wordt de privacy, de bedden zijn namelijk dicht op elkaar en dit kan een diepgaand gesprek belemmeren. De verpleegkundige ziet de patiënt voor een korte tijd, wisselende diensten, weinig continuïteit in verpleging. Een patiënt kan wat 'eigenwijs' worden, maar dit wordt niet echt als een nadeel gezien, het is ook een recht van de patiënt om vragen te stellen en zijn wil aan te geven.

Door de leerling verpleegkundigen wordt benoemd dat er ook goed familieparticipatie plaats kan vinden op de zorglijn. De familie kan bijvoorbeeld bij de zorg betrokken worden, wanneer een patiënt cognitieve stoornissen heeft en moeite heeft om voor zichzelf te spreken. Maar soms kan de familie ook een belemmering vormen, dat de wil van de familie de patiënt overtuigd in plaats van dat gekeken wordt naar de eigen wil van de patiënt.

Ook drukte op de afdeling wordt benoemd als een grote belemmering voor patiëntenparticipatie. Het ligt er ook aan welke patiëntencategorie er op de afdeling ligt, want sommige patiënten vragen veel zorg. Ook de bezetting van verpleegkundigen kan oorzaak geven tot drukte. Eén leerling benoemt dat hij het lastig vindt dat er soms weinig tijd is om met de patiënt te praten. Dan wordt er meestal naar de specifieke dingen gevraagd:

"En je gaat niet zo uitgebreid, iemands verhaal aanhoren dus je eh over zijn voorgeschiedenis. Dat jou vragen zijn anders." (Fragment a.x)

Maar één leerling ziet geen belemmeringen aan patiëntenparticipatie:

"Nee. Ik vind het alleen maar goed als je naar de patiënt kijkt en daarop afstemmen." (Fragment a.y)

Wat leerling-verpleegkundigen ook een belemmeringen noemden voor patiëntenparticipatie, is de patiëntencategorie. Door bijvoorbeeld een hersentrauma zijn patiënten cognitief aangedaan, waardoor het begripsvermogen verminderd is. Ook kunnen patiënten erg passief worden, waarbij het belangrijk is om de patiënt te stimuleren, voor hun eigen bestwil. Bij patiënten die cognitief zijn aangedaan, is het belangrijk om korte zinnen te gebruiken en met gebaren dingen duidelijk te maken. Niet alle patiënten die op een neurologische afdeling verblijven, zijn cognitief aangedaan, zoals mensen die komen voor een rug- of zenuwoperatie. Met deze patiënten verloopt de communicatie en samenwerking weer anders:

"Maar bij de rug-ok's of de ja vooral bij de rug-ok's of zenuwok's. Daarbij kun je juist heel veel informatie van je patiënt herwinnen. Zo van goh he wat wil jij? Wat ehm wil je zelfstandig zijn? Wil je juist zie je je leven eh zelfstandig in je huis voor zonder rolstoel? Of zeg je van nou laat mij nou maar naar huis gaan met rolstoel en ik zoek het wel uit. Of naar een verpleeghuis, weet je wel? Dan vind ik het, dan snap ik die samenwerking wel. Maar bij de hersenok's is dat niet altijd even makkelijk." (Fragment a.z)

4.3. TOEPASSING PATIËNTENPARTICIPATIE IN PRAKTIJK IN DE HUIDIGE SITUATIE

Aan de (leerling-)verpleegkundigen is gevraagd naar de toepassing van patiëntenparticipatie in de praktijk. Hierbij is gevraagd naar de toepassing van patiëntenparticipatie aan de hand van concrete praktijkvoorbeelden, als ADL, artsenvisite en zorgplan opstellen. Daarnaast is er gevraagd naar hoe respondenten patiëntenparticipatie in het algemeen in de praktijk zien en hoe de situatie op de afdeling is met betrekking tot patiëntenparticipatie.

Patiëntenparticipatie praktijk

Tijdens de interviews is gevraagd hoe respondenten patiëntenparticipatie in de praktijk zien. Termen die hierbij genoemd zijn ‘Samenwerking’ en ‘Patiënt betrekken’. Uit de volgende citaten komt dit naar voren:

“Je richt je zorg ook echt op hoe patiënten het willen, kijk wel in samenwerking met hoe wij het eigenlijk ook wel willen. Je streeft natuurlijk wel naar een naar eenzelfde lijn, maar, patiënten hebben ook wel het recht om te zeggen: ik wil dit wel of ik wil dit niet of .. ik vind dit niet goed en dan probeer je dat op te lossen voor de patiënt.” (Fragment b.a)

Verder werden er geen nieuwe definities gegeven. Er was veelvuldige herhaling van de definitie die door de onderzoekers gegeven werd.

Door de leerling-verpleegkundigen is ook benoemd in welke situaties patiëntenparticipatie in de praktijk toegepast kan worden. Genoemd wordt dat de verpleegkundigen tegenwoordig veel achter de computer zitten en vanaf de computer zich in de voorgeschiedenis van de patiënt verdiepen. Een leerling-verpleegkundige noemt dat zij het ook prettig vindt om met een open blik naar de patiënt toe te gaan en met een open blik het verhaal van de patiënt te horen, om zodoende het verhaal van de patiënt zelf te horen. Ook wordt genoemd dat er op de afdeling niet echt gewerkt wordt met patiëntenparticipatie maar onbewust toch wel:

“Ja wij werken natuurlijk niet heel direct met die patiëntenparticipatie, maar onbewust ben je er natuurlijk wat meer mee bezig.” (Fragment b.b)

Niet elke verpleegkundige is hetzelfde. Een leerling noemt dat de ene collega meer het belang ziet van psychosociale zorg en contact met de patiënt dan een andere collega. Ook wordt er verschil gezien tussen de benadering van de verpleegkundige en arts. Bij de verpleegkundige voelen de patiënt zich sneller op hun gemak, ook omdat ze deze meer zien, ook in een informele setting, dan de arts. Ook wordt er een voorbeeld genoemd hoe de verpleegkundige gebruik kan maken van de unieke ervaringsdeskundigheid van de patiënt:

“Eh ik denk dat dat wel zo is. En dan denk ik bijvoorbeeld aan als iemand al eerder een operatie heeft gehad en eh ze weten echt totaal niet ze weten dat ze de vorige keer helemaal niet konden plassen na de operatie. Dan als ze dat dan meedelen, meestal vragen we dat wel uit bij de anamnese zulke dingen. En dan vaak komt dat wel uit naar voren, dat ze zeggen: Ja ik kon echt niet plassen, ik kon echt niet op een po op bed plassen, zeggen ze dan. Ja dan is opgebeld dat ze dat zij, dat we alvast doorgeven dat ze een katheter krijgen ofzo. Want dat willen ze dan zelf ook vaak en dan hebben ze niet het ongemak dat zij op bed moeten gaan hannesen, terwijl ze wel weten dat het niet lukt, weet je wel. Want dat is dan voor hun natuurlijk heel vervelend, dat ze weten dat het niet lukt dat ze het dan weer moeten gaan proberen. Ik denk dat het dan vanuit hun ervaring dat je daarmee we meer zorg ophooft meer kwaliteit van zorg bied. Door dan een katheter bijvoorbeeld te geven.” (Fragment b.c)

Maar niet bij alle patiënten kan een verpleegkundige exact navragen wat de patiënt heeft meegemaakt, zoals bij een patiënt met subduraal hematoom. De verpleegkundige vraagt wel aan de patiënt na wat er gebeurd is, maar als de patiënt zich niet alles meer kan herinneren, is het ook nodig dat de verpleegkundige dingen naleest. Het gebruik van hulpmiddelen kan helpend zijn. Bijvoorbeeld bij cognitieve stoornissen wordt de patiënt naar oriëntatie in tijd gevraagd en als de patiënt er even niet uitkomt, wordt er gebruik gemaakt van een hulpmiddel zoals een kalender.

De ontwikkeling van patiëntenparticipatie werd ook gekoppeld aan twee maatschappelijke ontwikkelingen: De patiënt die mondiger is geworden en meer informatie weet/wenst en de kortere tijd dat de patiënt op een afdeling verblijft.

Situatie afdeling

Aan de (leerling-)verpleegkundigen is ook gevraagd hoe patiëntenparticipatie op de afdeling in praktijk gebracht wordt.

Volgens een aantal verpleegkundigen zijn verpleegkundigen al wel met patiëntenparticipatie bezig, maar meer onbewust. Niet elke dag reflecteren de verpleegkundige op patiëntenparticipatie. Daarnaast wordt het niet meer of minder gedaan gedurende de afgelopen tijd. Maar patiëntenparticipatie is op de afdeling op een gelijk niveau gebleven, volgens de verpleegkundigen. In de politiek en in het aandachtsveld van het UMC komt patiëntenparticipatie wel meer naar voren, volgens een respondent. Dit komt bij het volgende citaat naar voren:

“Nou eigenlijk denk ik dat, iedereen er zich wel mee bezig houdt, maar onbewust. En de term is denk ik wel bij alle verpleegkundigen bekend, maar er wordt niet zo bewust mee gewerkt.....Nou ja op de afdeling valt nog mee, maar ik vind wel in het hele daagse gebeuren in de media, in de politiek, in het in wat het UMC neerzetten van de patiënt is partner daar in zie je patiëntenparticipatie wel steeds meer, hij komt wel steeds meer naar boven.”
(Fragment b.d)

Echter vindt één verpleegkundige dat patiëntenparticipatie alleen maar achteruit gaat. De tijd voor de patiënt gaat alleen maar achteruit, omdat alles opgeschreven moet worden. Hierdoor is de tijd voor de patiënt minder, dit werd ook in het nieuws aangegeven. Daarnaast geeft de respondent aan dat er een verschil is tussen de ouderen en jongeren, die net klaar zijn met de opleiding. Jongeren zitten veel achter computer, omdat het tegenwoordig meer bureaucratisch is ingericht. Daarnaast is er ook een verpleegkundige die vindt dat patiëntenparticipatie uitgebreider kan, voordat men er daadwerkelijk profijt van heeft. Een citaat ter illustratie hiervan:

“Jawel, ik denk wel dat we dat we met patiëntenparticipatie bezig zijn, maar nog net niet op de goede manier, dat het net wat uitgebreider zou kunnen. Om daar, in het gevolg of in de toekomst zeg maar om daar profijt van te hebben. Om je tijd..” (Fragment b.e)

De leerling-verpleegkundigen gaven ook een beeld hoe de situatie op de afdeling is. Door drukte is er niet altijd veel tijd om met een patiënt te praten. Ook is het werk van de verpleegkundige meer bureaucratisch geworden. Het begrip patiëntenparticipatie speelt niet echt op de afdeling. Wel staat de afdeling open voor vernieuwingen en de mening van de leerling-verpleegkundigen is dat de afdeling goed op weg is met de inhoud van het begrip patiëntenparticipatie. Genoemd wordt dat de werkdruk wel belemmerend werkt om echt aandacht aan een patiënt te geven, waardoor een leerling vermoedt dat er patiënten kunnen rondlopen met frustratie doordat ze hun wensen niet kenbaar konden maken. Ook het begrip patiëntenparticipatie wordt niet direct herkend:

“Nee ja wat ik heb gezegd, ook dat ik het een beetje een begrip wat mij niet heel erg snel belletjes gaat rinkelen. Speelt gewoon niet zo heb ik het idee, dus dat het niet eh ja dat het niet zo speelt. Misschien dat jullie daarom dit doen.” (Fragment b.f)

Wel is een leerling-verpleegkundige van mening dat het UMC open staat voor nieuwe ontwikkelingen en daar erg mee bezig is, zo ook met patiëntenparticipatie.

Aandachtsveld ‘de patiënt als partner’ in de praktijk

Eerder is de kennis van het aandachtsveld ‘de patiënt als partner’ van de respondenten besproken. Naast de kennis van het aandachtsveld, werd gevraagd hoe de (leerling-)verpleegkundigen het aandachtsveld in de praktijk naar voren zien komen.

Hierover wordt door de verpleegkundigen verschillend gedacht. Volgens een aantal verpleegkundigen wordt er wel met de patiënt samengewerkt, wat voor beiden prettig is. Ook wordt er bij het aandachtsveld stilgestaan in de praktijk, door de verpleegkundigen. Maar dit kan soms

lastig zijn bij neurologische patiënten. Hierbij is het dan weer van belang om te kijken wat mogelijk is voor de patiënt, zolang het veilig is voor de patiënt. Een verpleegkundige die het aandachtsveld in de praktijk naar voren ziet komen:

“Ik denk dat we op zekere hoogte allemaal wel zo ingesteld zijn, dat we de patiënt als partner zien. Dat het niet iets heel nieuws is dat in een keer erbij is gekomen sinds het motto door het UMC is uitgesproken ofzo. Dat we daar al die tijd daarvoor ook al mee bezig zijn. Minder bewust, dat we nu wat vaker ergens stil bij staan.” (Fragment b.g)

De invloed van dit aandachtsveld wordt niet teruggezien door de leerling-verpleegkundigen. Wel gaf één van de leerling-verpleegkundigen aan dat een paar weken na de afname van het interview een bijeenkomst is over de patiënt als partner. Ook bepaalt de afdeling veel hierin zelf. De snellere opnames blijken belangrijker te zijn dan de patiënt als partner. Vooral de jongere verpleegkundigen zijn meer van de snelle en korte opnames van patiënten. Gezien wordt dat de oudere verpleegkundigen op de zorglijn meer de patiënt als partner zien. Genoemd wordt dat het aandachtsveld meer in praktijk gebracht kan worden; de patiënt wordt gezien als een patiënt waar je voor zorgt en de verpleegkundige en patiënt zijn niet gelijk aan elkaar. Een leerling noemt dat de verpleegkundigen wel kijken naar welke patiënt ze voor zich hebben en daarop inspelen, aan de wensen van de patiënt voldoen.

Patiëntencategorie

Volgens de (leerling-)verpleegkundigen is het ziektebeeld van de patiënten van invloed op het laten participeren van de patiënten. Op de afdeling liggen patiënten die rugoperaties hebben ondergaan en er liggen patiënten met neurologische problemen en hersentrauma's. Bij rugoperaties is het makkelijker om patiënten te laten participeren in de zorg als bij patiënten met neurologische problemen. Dit omdat het met deze patiënten lastiger kan zijn om te communiceren. Dit komt in het volgende citaat naar voren:

“Je hebt natuurlijk de trauma's en je hebt de rugoperaties. En daar zit zeker verschil in. Waarbij de trauma's natuurlijk vaak neurologisch aangedaan zijn waar ze toch cognitieve stoornissen hebben. Ja is dat soms wat lastiger om mee te overleggen. En moet jij toch vaak de regie nemen. Terwijl met de rugoperaties zijn ze natuurlijk cognitief gewoon goed en kun je heel goed met de patiënt overleggen hoe en wat.” (Fragment b.h)

Naast het nemen van de regie als verpleegkundige en aanpassen van de communicatie, wordt door de verpleegkundigen ook genoemd om de familie te betrekken bij neurologische patiënten. De familie kan vertellen wat voor persoon iemand was, en kan helpen om de wensen van de patiënten te verwoorden, wanneer de patiënt dit zelf niet meer kan. Deze familieparticipatie wordt vaak door de respondenten genoemd. Zeker omdat patiëntenparticipatie niet altijd mogelijk is bij neurologisch aangedane patiënten. Een citaat die de waarin duidelijk de familieparticipatie naar voren komt:

“Ja vooral dat het ook neuro patiënten betreft. Dus sommige zijn in de war, snappen het niet. ik de hoofdlijn is gewoon respect naar de patiënt toe en je past jezelf een beetje aan op het niveau waarin de patiënt bevind denk ik. Je bent heel alert op als mensen zoals korte termijn geheugen, zorg je altijd dat de familie erbij is, bij bepaalde gesprekken of bepaalde momenten waarbij er uitleg wordt gegeven want de patiënt onthoudt het niet. Dus daar daarin moet je wel anticiperen. je moet wel kijken wat voor casus je tegenover je hebt.” (Fragment b.i)

Ook door de leerling-verpleegkundigen wordt genoemd dat de patiënt, ook afhankelijk van het neurologisch ziektebeeld, niet alle informatie kan begrijpen, die de verpleegkundige hem aanreikt. Ook kan een patiënt niet alle informatie geven die de verpleegkundige wil krijgen. Dan kan de familie

deze informatie geven, die kent de patiënt beter dan de verpleegkundige. En hoe de informatie aan de familie verstrekt kan worden:

“Soms vraagt dat dat je wat laagdrempeliger informatie geeft. Soms gaat het er juist ook om dat je informatie zo doseert dat patiënten het kunnen behappen. Omdat ja gewoon de doelgroep het niet altijd in een keer begrijpen, het moeilijk vindt om hele moeilijke woorden te begrijpen. Dus dan is het gewoon zo simpel mogelijk. Soms heb je familie die niet heel veel medisch bekend zijn. Nou ja dan is het ook niet handig als je heel moeilijk gaat zitten praten. Heel uitgebreid gaat zitten uitleggen. Daar hebben ze helemaal geen behoefte. Dus een beetje dat doseren. Want dat heeft familie nodig ook. Ja.” (Fragment b.j)

Concrete praktijkvoorbeelden

Tijdens de interviews is er aan de respondenten gevraagd naar de toepassing van patiëntenparticipatie aan de hand van concrete praktijkvoorbeelden. Hierbij werd er gevraagd naar hoe de situatie van patiëntenparticipatie tijdens deze situaties was en hoe het beter zou kunnen. Deze voorbeelden zullen hieronder beschreven worden.

Er is gevraagd naar de patiëntenparticipatie tijdens het opstellen van **het zorgplan**. Onder zorgplan wordt ook het opstellen van het dagprogramma, de dagindeling of het activiteitenplan geschaard.

Uit de interviews is gebleken dat er door verpleegkundigen verschillend wordt gedacht over de participatie van patiënten bij het zorgplan. Zo wordt als belemmering benoemd dat er korte opnames zijn en er geen zorgplannen helemaal uitgeschreven worden met de patiënt. Een opname is veelvuldig protocolleerwerk. Een andere belemmering kan zijn, dat het moeilijk is om patiënten te laten beslissen, doordat de patiënt neurologisch aangedaan kan zijn. Dit zal later in het hoofdstuk terug komen. Echter wordt er ook benoemd dat het wel zou kunnen. Met patiënten die rugoperaties ondergaan, zou zeker overlegd kunnen worden over de dagindeling/activiteitenplan en zou die ook aan de wensen van de patiënt aangepast kunnen worden. De meningen zijn verdeeld over het feit of dit laatste gedaan wordt op de afdeling. Zo is er een verpleegkundige die aangeeft dat de patiënt wel betrokken wordt bij het zorgplan, zolang dat mogelijk is. Wat het volgende citaat laat zien:

“Het zorgplan bespreek ik als het mogelijk is wel ja. Sommige patiënten vanwege de trauma die ze gehad hebben, kunnen natuurlijk niet altijd zelf daarin beslissen. Maar zover dat ja haalbaar is, zal ik het zeker overleggen en aanpassen op de wensen van de patiënt”. (Fragment b.k)

Echter is er ook een verpleegkundige die vindt dat het zorgplan en de dagindeling meer met de patiënt besproken kan worden. Dit komt in het volgende citaat naar voren:

“Er moet een dagindeling of een dagprogramma gemaakt worden en dat wordt dan gemaakt. Maar dat gaat niet heel vaak in overleg met de patiënt. Ik denk dat dat soort dingen misschien wat vaker zou moeten doen van je patiënt aangeven wat het nut is .. dat het voor hem duidelijk is en dat het voor ons duidelijk is. Dus daar zal nog wel wat meer aan gedaan mogen worden. “(Fragment b.l)

Er is ook een verpleegkundige die aangeeft helemaal niet met het zorgplan te werken, omdat het geen nut heeft. De respondent geeft het volgende aan;

“Nee, Wat moet ik opstellen?U wordt nu gewassen? Ach daar werk ik niet mee. Want dat heeft geen nut.” (Fragment b.m)

Volgens de leerling-verpleegkundigen wordt het dagprogramma of activiteitenplan vaak vanuit de verpleegkundige opgesteld. Sommige dingen zijn standaard, zoals twee keer per dag wondzorg, maar over de tijd van de wondzorg wordt overlegd. De patiënt krijgt dan de mogelijkheid om mee te beslissen.

Naast het zorgplan is er ook aan de respondenten naar de toepassing van patiëntenparticipatie gevraagd, tijdens **de ADL**. Volgens een aantal verpleegkundigen wordt er bij de ADL op de afdeling aan patiëntenparticipatie gedaan, door 's morgens in overleg met de patiënten het tijdstip van de ADL te bepalen. Daarnaast wordt er door de verpleegkundigen geprobeerd om de patiënt zoveel mogelijk zelf te laten doen en zoveel mogelijk in te spelen op een patiënt. En de patiënt ook mee te laten denken met het tijdstip. Als een patiënt 's middags gewassen wil worden, wordt ook geprobeerd dit te bewerkstelligen. Maar volgens een verpleegkundige zou er door verpleegkundigen nog meer 's morgens de dagindeling doorgenomen kunnen worden.

Volgens de leerling-verpleegkundigen zijn er bij de ADL verschillende manieren om de patiënt te laten participeren, zoals het tijdstip waarop de patiënt gewassen wordt. Indien mogelijk kan er een tijd worden afgesproken waarop de patiënt gewassen wordt. Ook wordt de tijd genomen om aan de wensen te voldoen van de patiënt wat betreft de zelfzorg:

“Bijvoorbeeld als een patiënt wil douchen, dan neem ik daar ook de tijd voor. Tenzij die nog niet mag douchen omdat die net geopereerd of wondlekkage ofzo is. Maar als een patiënt dat wil. Ja als een patiënt drie keer op een dag een schone broek aan wil en ik heb er tijd voor, dan doe ik het gewoon.” (Fragment b.n)

Aan de respondenten is ook gevraagd naar de patiëntenparticipatie tijdens **de artsenvisite**. Tijdens artsenvisite is volgens de verpleegkundigen sinds kort meer aandacht gekomen voor patiëntenparticipatie. Want de artsenvisite vindt nu plaats op de kamers van de patiënten, terwijl het eerder ook wel apart van de patiënt besproken werd. Hierdoor kan de patiënt mee denken in de gegeven behandeling en zorg. Een citaat waarbij dit naar voren komt:

“Ja daar zijn we nu ook een beetje aan bezig. We proberen echt de artsenvisite echt te lopen aan het bed van de patiënt, dat de patiënt ook hoort van wat wij bespreken over de patiënt en dat de patiënt daarin zelf ook kan aangeven van als ik zeg: ik denk dat die pijnmedicatie eigenlijk niet meer nodig is dan dat de patiënt dan wel zegt: ik vind eigenlijk van wel. Maar dat je wel een beetje kan overleggen met de patiënt van wat bespreek je nou met de arts en dat zij dat ook weten en daarop kunnen inspelen. Dat zij ook meer op de hoogte zijn van wat er eigenlijk allemaal gebeurt.” (Fragment b.o)

Echter is er ook een verpleegkundige die aangeeft dat de arts meer kunnen doen aan patiëntenparticipatie. Sommige artsen zouden meer aan de patiënt kunnen vragen, in plaats van aan de verpleegkundige. Dit komt in dit citaat naar voren:

“Er zijn een hoop artsen die inderdaad aan de patiënt vragen van hoe gaat het nou en hoe zus en zo, maar dat zul je zelf ook weten er zijn inderdaad ook artsen die aan ons gaan vragen en hoe gaat het nou met mevrouw? Dat heb ik wel hoor, van joh vraag het haar zelf, ze kan heel goed zelf praten.” (Fragment b.p)

Naast dat de arts de patiënt ook meer kan laten participeren, kan de verpleegkundige hierin ook helpend zijn. Een leerling benoemt dat de patiënt het makkelijker tegen de verpleegkundige vertelt als hij zich niet goed voelt dan tegen de arts. Als de arts langskomt bij de patiënt, kan de verpleegkundige een voorzetje geven. Ook kan de verpleegkundige de belangen van de patiënt behartigen bij de arts.

“Maar ik bespreek wel inderdaad dingen en ik vraag ook altijd of ze nog dingen voor de arts zelf hebben. Want soms zie je het wel eens dat de patiënt het gewoon vergeet als de arts er is. En als ik dan vraag zou je nog iets aan de arts willen vragen? En ik schrijf het op, dan kan ik het zelf ook stellen inderdaad. Dat het toch beantwoord wordt.” (Fragment b.q)

Patiëntenparticipatie bij proces naar **het ontslag** toe is ook benoemd door de respondenten. De patiënt betrekken bij het proces naar het ontslag toe, is van belang, volgens een verpleegkundige, omdat hiermee een patiënt completer en prettiger naar huis gaat. Dit wordt volgens de verpleegkundige al gedeeltelijk gedaan, maar zou nog beter kunnen. Dit kan gedaan worden, door patiënten mee te laten denken:

“Nou ik denk bijvoorbeeld als je bij ons naar de wervelkolom Ok’s kijkt, er zijn mensen die komen dan vanuit huis, die zijn al beperkt doordat ze uitval hebben of pijnklachten hebben. Als je mensen daarin mee laat denken van nou je wordt geopereerd op korte termijn gaat u ook weer terug naar huis, dat je dat ontslag al wat meer bij de patiënt op dag 1 benoemd en ze daarin betreft van nou ja na de operatie we moeten ook, al moet de operatie nog wel plaatsvinden, maar na de operatie gaat u met de fysio oefenen en dan mag u de volgende dag naar huis. Nou ja als je daar wat meer in de patiënt in betreft, van dat kan niet want ik moet zes trappen op, dat gaat me nooit lukken thuis ik ben alleen, wie moet m’n wond verzorgen, dat je daarin misschien.. nog wat zou kunnen verbeteren. Dat de patiënt wat prettiger en completer naar huis gaat dan soms het geval is.” (fragment b.r)

Ook de leerling-verpleegkundigen gaven aan de patiënt te betrekken bij het uitwerken van het ontslag. Het ontslag wordt met de patiënt besproken. Genoemd werd dat de patiënt het vertrouwen moet krijgen om naar huis te gaan. Ook moeten de gewoontes van de patiënt toegepast worden in het ziekenhuis.

De **patiëntenenquêtes** worden door zowel de verpleegkundigen als de leerling-verpleegkundigen als voorbeeld van patiëntenparticipatie gezien. De patiëntenenquête mag de patiënt invullen bij ontslag als evaluatie hoe de patiënt de zorgverlening ervaren heeft. Dit wordt gezien als een vorm van patiëntenparticipatie, omdat op deze manier de patiënt inbreng kan leveren aan de vorm van zorg. Door deze manier kunnen verpleegkundigen inzicht krijgen in wat de patiënt goed en niet goed vindt gaan in de verpleegkundige zorg. Hierdoor kunnen ze deze zorg aanpassen op de wensen van de patiënt. Enkele citaten waaruit blijkt dat de respondenten de patiëntenenquêtes een vorm van patiëntenparticipatie vinden:

“Wij werken dan ook met patiëntenenquêtes waarop patiënten echt kunnen aangeven van wat gaat er goed wat gaat er niet goed. zodat daar iets aan verbeterd iets aan gedaan kan worden, als iets fout iets, iets niet goed gaat of niet goed loopt.” (Fragment b.s)

“Nee ik heb niet echt het idee dat ze ermee bezig zijn ofzo. Maar ja enquêtes worden er gedaan, op zich. Ja misschien is dat een soort participatie. Want daarmee wordt dus wel in hun mening is wel belangrijk in bij zorg. En zij geven dan wel aan wat ze goed vinden en niet goed. Dus ja wat dat betreft is het wel weer ja.” (Fragment b.t)

Niet elke patiënt heeft behoefte aan **autonomie**. Sommige (neurologische) patiënten kunnen erg passief worden, wat participatie in de weg kan staan. Voor hun eigen bestwil moeten ze gestimuleerd worden. De leerling- verpleegkundigen ervaren het soms wel als moeilijk van in hoeverre ze een patiënt moeten stimuleren. Er wordt ook gekeken per patiënt en moment.

“En dan kun je al wel als zorgverlener zeggen van ja he je moet uit bed, want het goed voor je en dit en dat. Maar is het dan wel goed voor een patiënt he. Voelt de patiënt zich beter door om uit bed te komen? Of vind die het op dat moment prettiger om toch in bed te liggen en daar kijk je daar naar. En daar pas je je zorg op af. Dus heb je ook gewoon in overleg met patiënt gekeken van nou dan gaan we nu niet mobiliseren, mag je gewoon in bed blijven. Maar wat ik dan wel prettig, wat dan wel goed voor je is, is om bijvoorbeeld rechtop te zitten. Dat je even kijkt van: Wat kunnen we dan wel bieden?” (Fragment b.u)

Aan de respondenten is ook gevraagd hoe zij **informatie afstemmen op een patiënt**. De twee citaten bij 'familieparticipatie' geven ook weer hoe de informatie aan patiënt verstrekt wordt. De (leerling-)verpleegkundigen houden er rekening mee dat elke patiënt verschillend is en dat dit van hen vraagt dat ze dit moeten afstemmen.

“Ja het is gewoon omschakelen, je hebt soms lastige patiënten, je hebt makkelijke patiënten. Het is gewoon omschakelen. Elke patiënt is anders ja. Je moet gewoon je weg daarin vinden wat de patiënt wat de behoeftes van de patiënt zijn.” (Fragment b.v)

De verpleegkundige kan niet alle informatie verstrekken aan de patiënt. Sommige informatie is geneeskundig en vragen over deze categorie kunnen beter aan de arts gesteld worden. Maar informatie over een bepaald onderzoek wordt wel door de verpleegkundige verstrekt, uitgelegd wordt wat er gaat gebeuren en de patiënt krijgt foldertjes. Het ligt ook per patiënt hoeveel informatie hij nodig heeft. Sommige patiënten zoeken veel op en anderen hebben nog heel veel vragen.

4.4. KENNIS

Aan de respondenten is gevraagd naar de kennis van patiëntenparticipatie. Deze is opgesplitst in kennis die nu al aanwezig is op de afdeling en de kennis die nog benodigd is.

Kennis, al aanwezig bij verpleegkundigen

Op de afdeling zijn verpleegkundigen veel bezig met patiëntenparticipatie en zijn verpleegkundigen ook wel bekend met het begrip. Maar het is een erg breed begrip en het merendeel is er onbewust mee bezig. Dus dit zou meer naar voren kunnen komen. Een uitspraak van respondent hierover is als volgt:

“De term is denk ik wel bij alle verpleegkundigen bekend, maar er wordt niet zo bewust mee gewerkt.” (Fragment c.a)

Door de leerling-verpleegkundigen wordt hier genoemd dat er verschil is in opleidingen. De HBO-V-opleiding bevat al wel kennis over patiëntenparticipatie en in opleidingen van vroeger zat deze kennis nog niet. Daarnaast is de kennis over ziektebeelden wel aanwezig, deze kennis is ook voldoende om de patiënt voor te lichten over zijn ziektebeeld en behandeling. Een patiënt die goed is voorgelicht over ziekte en behandeling, kan daardoor participeren in zijn eigen zorgverlening. Ook wordt genoemd dat het goed is om je patiënt goed te leren kennen. Niet alleen de persoon, maar ook ziekte-achtergrond:

“Moet je gewoon de patiënt zelf kennen. Weten wat er speelt, wat er gebeurt is. Waar die aan geopereerd is, zoiets allemaal. En je moet ook weten hoe je er mee om moet gaan. Waar je op moet letten. Denk ik ook wel heel belangrijk.” (Fragment c.b)

Meestal, als je de eerste keer een patiënt gaat verzorgen, dan gaat iedereen wel wat uitgebreider lezen, meestal naar een paar dagen ken je de patiënt, dan hoeft je niet meer zo uitgebreid te lezen, maar als je de eerste keer voor een patiënt zorgt, dan zie je wel inderdaad dat veel mensen zich erin gaan verdiepen, want wat heeft hij in de voorgeschiedenis gehad, en... Wat voor klachten heeft hij eigenlijk toen hij binnenkwam en zo iets allemaal.” (Fragment c.c)

Benodigde kennis

Kennis die nodig is voor verpleegkundigen om patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundige proces uit te voeren, is volgens de meeste verpleegkundigen, allereerst kennis van het begrip. Dat verpleegkundigen meer eigen worden met het begrip, dat er meer bekendheid aan gegeven wordt

en dat het begrip meer aan bod komt. Dit zodat je als verpleegkundigen elkaar er ook op aan kunnen spreken. Een citaat van een respondent, dat een gedeelte van de benodigde kennis illustreert, is als volgt:

“ Misschien moet patiëntenparticipatie wat meer besproken worden of meer aan bod komen .. ik bedoel kijk als je deze definitie zo ziet is natuurlijk best wel breed ook. Je kan er alle kanten mee op. ”(Fragment c.d)

Naast de benodigde kennis hebben de respondenten ook aanbevelingen gegeven om meer kennis te vergaren, wat van belang is bij patiëntenparticipatie. Zo noemde een verpleegkundige om concrete voorbeelden van patiëntenparticipatie te geven, in plaats van theoretische gegevens van patiëntenparticipatie. Door een andere verpleegkundige werd kennis van het begrip ook van waarde geschat. Daarnaast zou er volgens een verpleegkundige meer van protocollen afgeweken kunnen worden, om meer aan te sluiten bij de wensen van de patiënt. Door snelle doorstroom van patiënten, wordt er vaak volgens protocollen gewerkt. Daarnaast is het van belang, volgens een verpleegkundige, dat wel alle verpleegkundigen dezelfde instructies krijgen, met betrekking tot patiëntenparticipatie. Een klinische les over patiëntenparticipatie zou goed zijn, wat zowel door verpleegkundigen als leerling-verpleegkundigen wordt genoemd, zodat er meer bekendheid aan het begrip patiënten participatie gegeven zou kunnen worden. Door de leerling-verpleegkundigen werden daarnaast nog tools over patiëntenparticipatie genoemd. Daarnaast noemde een leerling-verpleegkundige dat zij het moeilijk vond om een passieve patiënt te laten participeren, tevens een patiënt die in fixatie ligt. Daarom zou zij scholing willen over fixatie, mobilisatie en het stimuleren van een passieve patiënt.

4.5. ATTITUDE

Wat betreft attitude is er een splitsing gemaakt tussen de attitude die al aanwezig is op de afdeling en de attitude die verpleegkundigen nog nodig hebben.

Attitude, al aanwezig bij verpleegkundigen:

De meningen over de attitude die onder verpleegkundigen aanwezig zijn, voor het uitvoeren van patiënten participatie, is verdeeld. Een deel van de verpleegkundigen vindt dat de attitude van de verpleegkundigen al goed is. Zij vinden dat de verpleegkundigen goed luisteren naar de patiënt, een open houding hebben richting de patiënt en de patiënten worden door de verpleegkundigen gerespecteerd. Een citaat waaruit dit naar voren komt:

“Voor hoe ik het allemaal merk, gaat het ook wel goed. Ik bedoel, ik neem aan dat mijn collega's ook iedereen respecteren zoals hij is en daar naar handelen en daarvoor zorgen. Dus ik kan zo een twee drie niet wat bedenken wat veranderd zou kunnen worden” (Fragment d.a)

Maar het merendeel van de verpleegkundigen vindt dat er nog een aantal punten ter verbetering zijn, met betrekking tot de attitude van de verpleegkundigen. Deze punten hebben betrekking op; Rekening houden met de mening van de patiënt en hier flexibel mee om kunnen gaan, minder volgens de regel; Met familie overleggen over de dagindeling; Luisteren, invoelen en naar het individu zelf kijken, kan beter; Strikt vooruitdenken, vooraf puntjes oppikken en gelijk hier wat mee doen; Patiënt zelf zoveel mogelijk laten doen; Samen dagindeling 's ochtends doornemen; Gelijkwaardig en respectvol behandelen van patiënten. Enkele citaten die laten zien dat de verpleegkundigen vinden dat er nog punten ter verbetering zijn, met betrekking tot de attitude:

“Nou ik denk dat er misschien een aantal mensen zijn die qua houding nog wel enigszins kunnen veranderen. Waar nog wel wat te halen valt in hoe zij patiëntenparticipatie zien. Dat er nog een aantal mensen zijn die echt zo werken van, dit is de regel en dit gaat zo. En niet

luisteren naar de mening van de patiënt of daar enigszins flexibel mee omgaan. ” (Fragment d.b)

“Nou ik vind dat je in ieder geval goed naar een patiënt moet kunnen luisteren. Anders kan jij niet inschatten de zorg of de vragen beantwoorden die hij of zij nodig heeft. Je moet eerst goed in kaart kunnen brengen, met een patiënt samen, wat in hoeverre hulp van ons nodig is. Naar het individu zelf kijken. Van je hebt natuurlijk zoveel verschrikkelijk veel verschillende mensen, je moet natuurlijk wel kunnen invoelen en bij de ene patiënt kun je weet je dat je dat natuurlijk wel kan zeggen. En bij de buurvrouw het misschien op een hele andere manier moet doen. Ja dat moet je aanvoelen.” (Fragment d.c)

De leerling-verpleegkundigen vinden dat de afdeling er erg mee bezig is om de autonomie van de patiënt te bevorderen:

“Ja ik persoonlijk denk dat wel ehm ja juist ik vind wel dat we heel erg daar mee bezig zijn. Wat de patiënt wil met de autonomie van de patiënt. Ehm...Juist juist bij deze doelgroep is het soms zijn er hele schrijnende gevallen. En dan wil je juist toewerken naar iemand eh dat iemand weet je wel, bijvoorbeeld zegt ik wil heel graag. Ik wil dit heel graag. Of ik wil dat heel graag.” (Fragment d.d)

Een andere leerling-verpleegkundige geeft aan dat de verpleegkundigen van de afdeling erg openstaan voor de wensen van de patiënt en er wordt goed naar de patiënt en/of familie geluisterd. Er worden op dit punt geen verbeterpunten gezien. Een andere leerling-verpleegkundige is ook positief, maar denkt dat het nog beter kan, want het kan altijd beter, het is nooit perfect. Ook doet niet iedereen het op zijn eigen manier, maar probeert wel het doel te behalen.

Benodigde attitude:

Aan de (leerling-)verpleegkundigen is ook gevraagd welke attitude een verpleegkundige nodig heeft om patiëntenparticipatie uit te voeren.

Door de verpleegkundigen worden er verschillende attitudeaspecten genoemd die van belang zijn voor het uitvoeren van patiëntenparticipatie. Punten die genoemd zijn: Respect; (Actief) luisteren naar patiënt en familie; Gelijkwaardig opstellen; Eerlijk; Geven van vertrouwen; Wensen patiënt meenemen; Informatie patiënt niet van computer, maar bij patiënt vandaan halen; Privacy geven; Open staan; Goed in kaart kunnen brengen met patiënt in hoeverre zij hulp nodig hebben; Naar individu zelf kijken, aanvoelen wat je wel of niet kunt zeggen of doen per individu. Enkele citaten waarbij dit naar voren komt;

“Ja ten eerste probeer ik me al tegelijkwaardig op te stellen als naar de patiënt toe dus niet van niet van ik ben de verpleegkundige jij bent de patiënt. Maar ik probeer het gelijkwaardig een beetje te brengen. En dan kijk je ook naar de patiënt zijn wensen van wat de patiënt prettig vindt om ten eerste benaderd te worden of nou ja het luisteren naar de patiënt.” (Fragment d.e)

Door de leerling-verpleegkundigen werden ook veel attitude aspecten benoemd die nodig zijn om patiëntenparticipatie uit te voeren. Een ‘open houding’ werd vaak genoemd. Daarnaast ook ‘respect’, ‘geduld’ en ‘goed luisteren’. Eén leerling-verpleegkundige benoemde welke houding een verpleegkundige letterlijk nodig heeft om goed met een patiënt in gesprek te gaan:

“Je stelt open vragen. Je daarnaast ga je meestal zijn we geneigd om te gaan staan. En dan je verhaal te doen. Maar het is ook wel eens prettiger om even naast de patiënt te gaan zitten of in ieder geval op een stoel te gaan zitten dat je in ieder geval op ooghoogte zit. Dat is zo wie zo prettig. Dat nodigt al meer uit om iets te vertellen, dan als iemand boven je bed zweeft, zo van eh, ik ga wat vertellen.” (Fragment d.f)

Een verpleegkundige moet flexibel zijn en niet bevooroordeeld. Een verpleegkundige kan bijvoorbeeld niet een patiënt niet willen verzorgen vanwege zijn geloof. Ook vindt een leerling-verpleegkundige dat begrip hebben voor de patiënt de basis is van het vak. Door de tijd nemen voor de patiënt en open voor hem staan, vertelt een patiënt je meer. Daarnaast wordt het als fout gezien om je mening aan de patiënt op te leggen.

Naast dat de (leerling-)verpleegkundigen ideeën hebben welke attitude een verpleegkundige nodig heeft, hebben ze ook tips om tot die attitude te komen. Om tot de benodigde attitude te komen, worden er door de verpleegkundigen aanbevelingen genoemd, gelijk als bij de benodigde kennis. Dus aanbevelingen als klinische les. Daarnaast wordt er door een verpleegkundige nog genoemd dat een attitudeaspect die van belang is bij een verpleegkundige is, dat een verpleegkundige 's morgens samen met een patiënt de dagindeling doorneemt, zodat de patiënt ook inspraak hierbij kan hebben.

Door de leerling-verpleegkundigen worden ook een aantal aanbevelingen gegeven. Zoals een reminder, zo wordt aangegeven, kan het geheugen opfrissen. Niet elke verpleegkundige kent het begrip patiëntenparticipatie, nu zit het begrip in de HBO-V-opleiding, aldus een HBO-V-student, maar een oudere verpleegkundige kent dit begrip (waarschijnlijk) niet. Een klinische les is gewenst, ze zijn benieuwd hoe je vooral een passieve patiënt mobiliseert. Daarom wat meer kennis over fysiotherapie, over het mobiliseren van de patiënt. Daarnaast is het handig dat de verpleegkundigen een paar tools krijgen voor patiëntenparticipatie, wat is het, wat levert het op. Ook wordt genoemd dat de verpleegkundige de patiënt moet (leren) kennen en dit kan door met een open blik naar de patiënt toe te gaan, in plaats van eerst te lezen op de computer.

5. CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de conclusie, discussie en de aanbevelingen behandeld. De conclusie wordt gebaseerd op de resultaten uit het voorgaande hoofdstuk. Bij de discussie worden opvallende resultaten of werkwijzen van dit onderzoek aan het licht gebracht. De aanbevelingen worden gedaan op basis van de conclusie en de resultaten.

5.1. CONCLUSIE HOOFD- EN DEELVRAGEN

Op basis van de resultaten zijn de deelvragen als volgt beantwoord:

1. In hoeverre worden patiënten nu betrokken bij het verpleegkundig proces, door de verpleegkundigen van de zorglijn Acute en Algemene Neurochirurgie?

Verpleegkundigen

De meerderheid van de verpleegkundigen hebben globale kennis van het begrip patiëntenparticipatie en kunnen hier ook een definitie van geven. Het motto van het UMC 'de patiënt als partner', wat door enkele verpleegkundigen gelinkt wordt aan patiëntenparticipatie, is bij alle verpleegkundigen bekend. Echter wordt dit motto niet teruggezien in de praktijk. Een aantal verpleegkundigen geven aan dat de patiëntencategorie een belemmering kan zijn om het motto of patiëntenparticipatie in de praktijk te brengen. Daarnaast wordt tijdsdruk genoemd als een belemmering. Door gebrek aan tijd kan het zijn dat verpleegkundigen niet aan patiëntenparticipatie aandacht besteden. Het kan de verpleegkundige juist tijd opleveren als ze tijd aan de patiënt besteed. Een kortere ligduur is een voordeel, wat indirect ook weer tijd voor de verpleegkundige oplevert. De actievare rol, die de participerende patiënt zal aannemen, zal de verpleegkundige ook meer tijd opleveren. Andere resultaten zijn: minder angst, minder tijd en betere patiëntveiligheid, wat de verpleegkundige ook indirect tijd kan opleveren (Raats, et al., 2013).

Een aantal van deze voordelen van patiëntenparticipatie worden ook door de verpleegkundigen erkend. Namelijk dat de patiënt tevreden is over de zorgverlening, de patiënt sneller opknapt, patiëntenparticipatie de verpleegkundige uiteindelijk meer tijd op levert en de kwaliteit van zorg verbetert.

De meerderheid van de verpleegkundigen hebben aangegeven dat op de afdeling al wel met patiëntenparticipatie gewerkt wordt, maar niet bewust. De term leeft niet echt onder de verpleegkundigen, maar er wordt al wel mee gewerkt, wat naar voren kwam in voorbeelden. Hieruit kwam naar voren dat op de gebieden ADL, artsenvisite, ontslag en door middel van patiënten enquêtes gewerkt wordt aan patiëntenparticipatie. Maar bij het zorgplan en aan familieparticipatie zou meer gedaan kunnen worden door de verpleegkundigen. Ze zijn ermee bezig, maar het kan meer, aldus de verpleegkundigen.

Leerling-verpleegkundigen

De leerling-verpleegkundigen zijn minder bekend met het begrip patiëntenparticipatie, maar kunnen wel een definitie geven. Het motto van het UMC 'de patiënt als partner' is bij enkele leerling-verpleegkundigen bekend. De invloed van dit motto werd door de leerling-verpleegkundigen weinig teruggezien in de praktijk, wat overeenkomt met het antwoord van de verpleegkundigen. Ook leerling-verpleegkundigen zien daarnaast de patiëntencategorie en de tijdsdruk als een belemmering

om patiëntenparticipatie in de praktijk te brengen. Als voordelen zien de leerling-verpleegkundigen in dat een tevreden patiënt minder zal bellen of vragen stellen; De (leerling-)verpleegkundige hoeft minder uit te leggen omdat de patiënt bepaalde dingen al weet, bij bijvoorbeeld een eerdere opname; Opnames versneld; Door een patiënt positief te benaderen, wordt ziek zijn minder erg, aldus een leerling-verpleegkundige. Door een aantal leerling-verpleegkundigen wordt erkend dat patiëntenparticipatie tijd oplevert. Behalve meer tijd, levert patiëntenparticipatie naast deze voordelen, nog meer voordelen op.

De meerderheid van de leerling-verpleegkundigen geven aan dat het begrip patiëntenparticipatie niet op de afdeling leeft. Maar dat de aspecten van patiëntenparticipatie wel terug komen in de praktijk, wat in overeenstemming is met de mening van de verpleegkundigen.

2. Welke kennisaspecten van patiëntenparticipatie zijn bij verpleegkundigen (van de zorglijn A&AN) van belang, om verdere invulling te geven aan de bevordering van patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces?

Zoals hierboven te lezen is, is er onder de verpleegkundigen kennis aanwezig over patiëntenparticipatie. Bij de leerling-verpleegkundigen is deze kennis in mindere mate aanwezig iets minder. De kennis die nodig is voor patiëntenparticipatie is volgens de (leerling-)verpleegkundigen kennis van het begrip en bewustwording van wat het begrip in de praktijk inhoudt. Dit is in overeenstemming met wat er in de literatuur naar voren komt. Vanuit de literatuur kwam naar voren dat praktische kennis van belang is (Larsson, et al., 2011). Bij deze praktische kennis kwam naar voren dat vooral de attitude van verpleegkundigen van belang is. Dit zal bij de volgende deelvraag behandeld worden.

3. Welke attitude is voor verpleegkundigen (van de zorglijn A&AN) van belang om patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces te bevorderen?

Uit de resultaten komt naar voren dat de attitude van belang is om patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces te bevorderen. Door zowel verpleegkundigen als leerling-verpleegkundigen worden aspecten genoemd, zoals: open houding; (actief) luisteren; Respect; Autonomie van de patiënt bevorderen; openstaan voor wensen patiënt; Goed luisteren naar patiënt of familie; Gelijkwaardig behandelen; Geduld; Niet bevooroordeeld zijn; Eerlijk; Geven van vertrouwen; Privacy; Naar individu zelf kijken; Informatie van patiënt vragen, in plaats van computer; Flexibel omgaan met menig patiënt; Minder volgens protocollen werken; Vooruitdenken in bepaalde situaties; Familieparticipatie; Informatie afstemmen op de patiënt; Patiënt zoveel mogelijk zelf laten doen;

Aspecten die al op de afdeling aanwezig zijn, volgens de verpleegkundigen, zijn: luisteren, open houding en respect. De leerling-verpleegkundigen vinden dat de autonomie van de patiënt bevorderen, openstaan voor wensen van de patiënten en luisteren naar familie en patiënten al aanwezig is op de afdeling.

Punten ter verbetering die expliciet door de verpleegkundigen genoemd worden, zijn: beter vooruit denken in bepaalde situaties. Meer flexibel omgaan met de mening van de patiënt; Minder volgens protocollen/regels werken indien gewenst; Meer toepassen van familieparticipatie; Meer naar individu zelf kijken; Patiënt zoveel mogelijk zelf laten doen; 's Ochtends samen dagindeling doornemen; Meer gelijkwaardig en respectvol behandelen van patiënten.

Vanuit de literatuur worden aspecten genoemd zoals patiëntgericht werken, informatie afstemmen, open houding en zelfzorg stimuleren; (Larsson et al., 2011), wat overeenkomt met de aspecten die door de verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen genoemd zijn. Daarnaast is het vanuit de literatuur van belang dat de zorgverlener communiceert over de beleving van de ziekte en daaraan gerelateerde behandelingen van de patiënt (Dulmen, 2011). Echter kwam dit niet naar voren uit de interviews. Aan dit aspect zou meer aandacht gegeven kunnen worden door verpleegkundigen.

Welke attitude en kennisaspecten voor het bevorderen van patiëntenparticipatie zijn er bij de verpleegkundigen van zorglijn Acute en Algemene Neurochirurgie in het UMC te Utrecht aanwezig en welke attitude en kennisaspecten zijn er nog nodig?

Uit de antwoorden van de deelvragen blijkt, dat er al een groot aantal attitude - en kennisaspecten aanwezig zijn op de afdeling, zoals een open houding, respect en luisteren (in het algemeen). Maar andere attitudeaspecten zoals luisteren en open staan voor patiënten en hun beleving van hun ziektebeeld en behandeling zou nog beter kunnen. Op de afdeling is er behoefte aan meer theoretische en praktische kennis over het begrip patiëntenparticipatie. Naast attitudeaspecten zien de verpleegkundigen nog een aantal punten ter verbetering. Zo zijn er ook een aantal praktijksituaties waarin patiëntenparticipatie meer gestimuleerd kan worden, ten opzichte van een aantal praktijksituaties waarin dit al wel voldoende gebeurt.

5.2. DISCUSSIE

In deze paragraaf wordt de discussie behandeld, in twee vormen, namelijk inhoudelijk en methodologisch. De inhoudelijke discussie gaat met name over de resultaten en de methodologische discussie gaat over de vorm van het onderzoek, namelijk de methode.

Inhoudelijke discussie

- De definitie van patiëntenparticipatie is bij de eerste acht interviews mondeling gegeven. Nadat de onderzoekers de tip kregen van een respondent om de definitie ook op te schrijven, zodat de respondent de definitie makkelijker zou onthouden, is dit toegepast bij de laatste interviews. Dit zou de resultaten beïnvloed kunnen hebben.
- Het geven van sociale gewenste antwoorden. Omdat dit interview over de kwaliteit (van de verpleegkundigen) van de afdeling gaat, kan het zijn dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven zijn, om zo het team en de afdeling zo positief mogelijk weer te geven (Verhoeven, 2011). Er is gemerkt dat de respondenten wel kritisch waren over de verpleegkundigen en de gang van zaken van de afdeling, maar de respondenten waren niet kritisch over het eigen functioneren, wat kan betekenen dat de respondenten niet hun eigen 'negatieve aspecten' durfden te belichten.
- De interviews werden gehouden bij verpleegkundigen die die dag werkzaam waren op de afdeling. Echter zou het door tijdsdruk van de afdeling kunnen zijn, dat de gegeven antwoorden van de respondenten beknopt waren, waardoor bepaalde informatie niet naar voren is gekomen.
- Een groot deel van de respondenten heeft de HBO-V gedaan of volgt deze nog. Daardoor zou het kunnen zijn dat in deze opleiding wél het begrip patiëntenparticipatie naar voren is gekomen, wat in andere opleidingen, zoals MBO-V, niet het geval is. Overigens benoemden respondenten dat ze het begrip 'patiëntenparticipatie' vanuit de opleiding kennen. Hierdoor

zou het kunnen zijn dat het begrip redelijk bekend is op de afdeling, maar dat dit door de genoten opleiding komt. Het kan zijn dat het begrip onder MBO-V studenten of verpleegkundigen minder bekend is. Overigens kenden de twee MBO-V studenten het begrip 'patiëntenparticipatie' niet.

- De meeste verpleegkundigen schetsten de ontwikkeling op de afdeling wat betreft patiëntenparticipatie positief. Echter waren de twee verpleegkundigen, die meer dan 15 jaar werkzaam zijn in de zorg, minder positief. Zij gaven aan dat er een achteruitgang is in de zorg qua aandacht geven aan de patiënt. In vergelijking met de laatste paar jaar gaat de ontwikkeling van patiëntenparticipatie op de afdeling vooruit, maar over meer dan tien jaar genomen, is de situatie verslechtert qua benodigde attitude voor patiëntenparticipatie. Dit waren enkele verpleegkundigen die dit stelden, er valt hiermee niet hard te maken dat dit geldend is voor het hele UMCU of alle ziekenhuizen in Nederland.
- Deze resultaten zijn geldend voor de verpleegafdeling A&AN. De onderzoekers kunnen niet stellen dat deze resultaten ook gelden voor andere afdelingen in het UMCU of een ander ziekenhuis, want dit onderzoek is alleen uitgevoerd op deze afdeling.

Methodologische discussie

- Voor het onderzoek zijn er zes verpleegkundigen en zes leerlingen geïnterviewd. Na deze interviews trad er verzadiging op. Er kwam geen nieuwe informatie meer naar voren. Op basis hiervan is er overeengekomen dat er niet meer interviews nodig waren (Lucassen & Hartman, 2007).
- Gedurende twee interviews heeft de opnemen van de interviews door middel voicerecorder belemmerend gewerkt. Gedurende deze twee interviews vonden de respondenten het moeilijk om antwoorden te geven, doordat het interview opgenomen werd.
- De interviews zijn gehouden in een rustige ruimte. Echter is er toch bij drie interviews een keer ruis geweest, wat de resultaten beïnvloed zou kunnen hebben.
- Door het gebruik van een topiclijst, kan het zijn dat de interviewer vast zat aan de topics. Hierbij kan het een valkuil zijn geweest, dat de interviewer niet voldoende doorvroeg, waardoor het zijn kan dat belangrijke informatie niet naar voren is gekomen.
- Door tijdsbeperking zijn er meerdere interviews per dag uitgevoerd, waardoor er een zekere verslapping van concentratie kon optreden bij de interviewers.

42

5.3. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk zijn er, op basis van de conclusie en de uitgewerkte resultaten, aanbevelingen gedaan op drie niveau's, namelijk micro-, meso- en macroniveau. Onder microniveau wordt de individuele verpleegkundige verstaan. Met mesoniveau wordt de afdeling bedoeld. Het UMC (de instelling) wordt bedoeld als er gesproken wordt over macroniveau.

5.3.1. MICRONIVEAU

Ter bevordering van patiëntenparticipatie op de afdeling dient de verpleegkundige de volgende aspecten mee te nemen in de zorgverlening aan de patiënt:

- De patiënt zien als een individu. Rekening houden met de wensen van de patiënt.

- Hierop volgend: flexibel omgaan met de wensen van de patiënt. Hierbij kan de verpleegkundige afwijken van regels en protocollen. De regels en protocollen worden toegepast op de behoeften van de patiënt, wanneer dit nodig is. Dit doet de verpleegkundige op eigen inschatting en is flexibel in het omgaan met regels en protocollen om de wens van de patiënt hierin vorm te geven, indien nodig.
- Samen met de patiënt het dagprogramma en/of activiteitenplan opstellen. De respondenten gaven aan dat deze programma's nog vaak vanuit de verpleegkundige worden opgesteld en aan de patiënt voorgelegd worden ter goedkeuring. Dit zou samen met de patiënt opgesteld kunnen worden, of anders met familie wanneer de patiënt, als gevolg van de neurologische aandoening, hiertoe niet in staat is.
- Aandacht geven aan familieparticipatie. Door de patiëntencategorie, met name neurologische aangedane patiënten die als gevolg van de aandoening niet altijd in staat zijn om hun wensen kenbaar te maken, kan het moeilijk zijn om de patiënten te laten participeren. Hierbij is het van belang om familie te laten participeren, om zo toch aan de behoefte van de patiënt te voldoen, omdat de familie de patiënt beter kent dan de verpleegkundige. Denk hierbij aan: hoe wil de patiënt het liefst gewassen worden? Familie kan dit beter weten dan de verpleegkundige. De respondenten hebben aangegeven dat hier wel aandacht is, maar dat men dit meer kan toepassen op de afdeling. Dit zou kunnen plaatsvinden door bijvoorbeeld het dagprogramma en/of activiteitenprogramma ook met familie te bespreken wanneer de patiënt hiertoe niet in staat is.
- De patiënt zien als ervaringsdeskundige op het gebied van zijn ziekte en behandeling. De patiënt heeft ervaring in zijn ziekte en behandeling. Deze unieke ervaringsdeskundigheid kan de verpleegkundige gebruiken om samen met de patiënt tot een betere zorg te komen, tot tevredenheid van beide partijen. Bijvoorbeeld dat de patiënt na een operatie geen moeite heeft met de toiletgang en daardoor dus geen laxantia nodig heeft. Dit kan in overleg met de verpleegkundige afgestemd worden, waardoor de patiënt geen last krijgt van diarree. De verpleegkundige kan deze informatie verkrijgen door bijvoorbeeld tijdens de anamnese expliciet te vragen naar eerdere ziekenhuiservaringen.
- Aandacht hebben voor de beleving van het ziektebeeld en behandelingen van de patiënt. Aansluitend op de vorige aanbeveling vraagt de verpleegkundige naar de beleving van de patiënt. Hierbij stelt de verpleegkundige vragen op het sociaal-emotionele vlak, zoals: hoe ervaart de patiënt het om een bepaalde ziekte te hebben, hoe ervaart de patiënt de operatie of wat doet dit met zijn gevoel van eigenwaarde. Hierdoor voelt de patiënt zich gezien en gehoord door de verpleegkundige (Dulmen, 2011). Ook kan de verpleegkundige op deze manier meer te weten komen over de ervaring van de patiënt en deze ervaringsdeskundigheid gebruiken. Op deze manier bouwt de verpleegkundige een vertrouwensband op met de patiënt en ook is er een vertrouwensband nodig om met een patiënt diep in gesprek te gaan (Larsson, et al., 2011).

- Meer tijd met de patiënt besteden, in plaats van achter de computer. De respondenten benoemden de ontwikkeling dat de verpleegkundige vaak achter de computer zit en minder tijd doorbrengt bij de patiënt. Uiteraard zijn er werkzaamheden die moeten gebeuren, waarbij de computer nodig is. Dit zou ondervangen kunnen worden door met de verrijdbare computer naar de patiëntenkamer te gaan en daar bijvoorbeeld de informatie voor de rapportage te verzamelen. Ook de tijd die de verpleegkundige besteed aan de verzorging van de patiënt kan ook benut worden om meer van de voorgeschiedenis en wensen van de patiënt te weten te komen. Gewenst is dat de verpleegkundige de focus legt op het aandacht geven aan de patiënt.

Attitudeaspecten die van belang zijn voor de verpleegkundige om patiëntenparticipatie en bovengenoemde aanbevelingen in de praktijk te brengen, zijn:

Open houding; (actief) luisteren; Respect; Autonomie van de patiënt bevorderen; Goed luisteren naar patiënt of familie; Gelijkwaardig behandelen; Geduld; Niet bevooroordeeld zijn; Eerlijk; Geven van vertrouwen; Privacy; Vooruitdenken in bepaalde situaties; Informatie afstemmen op de patiënt; Patiënt zoveel mogelijk zelf laten doen;

Tijdens de interviews gaven de (leerling-)verpleegkundigen aan dat deze attitudeaspecten belangrijk zijn om patiëntenparticipatie in praktijk te brengen.

5.3.2. MESONIVEAU

Klinische les over patiëntenparticipatie, waarbij zowel op theorie als op concrete praktijksituaties van patiëntenparticipatie ingegaan wordt. De respondenten gaven aan meer informatie nodig te hebben over patiëntenparticipatie. Niet alleen theoretische informatie over het begrip, maar ook de uitwerking ervan in de praktijk. Een respondent gaf de aanbeveling om dit aan de hand van casussen over te brengen. Hierbij kunnen de houdingsaspecten ook geoefend worden met behulp van rollenspellen, waarbij de verpleegkundigen elkaar feedback kunnen geven op (bepaalde) houdingsaspecten.

Aan alle verpleegkundigen worden er tools en informatie gegeven over welke houdingsaspecten van belang zijn om patiëntenparticipatie te bevorderen. Het gaat hier om korte aanwijzingen met welke houding de verpleegkundige de patiënt kan laten participeren. Ook wordt de verpleegkundige bewust van het begrip patiëntenparticipatie.

De verpleegkundigen houden intervisie bijeenkomsten, waarbij bewustwording van houdingsaspecten bij patiëntenparticipatie. Deze bijeenkomsten kunnen eens in de zoveel tijd gehouden worden, bijvoorbeeld één keer in de twee maanden. Hierbij worden de houdingsaspecten, zoals benoemd bij de aanbevelingen op microniveau. Hierbij kunnen praktische casussen besproken worden. Ook (opvallende) aspecten uit de patiëntenenquête kunnen besproken worden.

De leerling-verpleegkundigen krijgen meer informatie over het beleid UMC en patiëntenparticipatie en hoe de afdeling hiermee aan de slag gaat. Uit de resultaten van de interviews kwamen naar voren dat de leerlingen minder kennis over het beleid van het UMC en patiëntenparticipatie hebben dan de verpleegkundigen. Aan het begin van hun leerlingenperiode moeten ze zich wel verdiepen in de visie en missie van het UMC, maar dit blijkt nog niet voldoende te zijn. Hoewel de leerlingen korter op de afdeling werkzaam zijn dan de verpleegkundigen, bestaat een

groot deel van de bezetting uit leerlingen. Door het beleid van het UMC dichterbij de leerlingen te brengen, kunnen de (senior-)verpleegkundigen met de leerlingen in gesprek gaan over bepaalde thema's van het beleid.

De resultaten van de patiëntenenquête wordt teruggekoppeld naar alle verpleegkundigen, zodat de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden. De respondenten gaven de patiëntenenquête aan als vorm van patiëntenparticipatie op de afdeling. Echter zien de verpleegkundigen de resultaten van de patiëntenenquête niet terug, hoewel die behoefte er wel is. De afdeling zou de resultaten en acties kunnen terugkoppelen naar de verpleegkundigen, zodat zij ook kennis hebben van de tips die de patiënten gegeven hebben, en daarmee patiëntenparticipatie en de kwaliteit van zorg te bevorderen. Dit kan ook tijdens een intervisiebijeenkomst besproken worden.

Stel samen met de artsen een gezamenlijk beleid op wat betreft patiëntenparticipatie. In samenspraak met verpleegkundigen kunnen strategieën ontwikkeld worden, waarbij de artsen en de verpleegkundigen de patiënt zoveel mogelijk de gelegenheid geven om te participeren in bijvoorbeeld de artsensite. Hierdoor kunnen de arts en de verpleegkundige één lijn vormen om de patiënt te laten participeren in de behandeling.

Houd rekening met de privacy van patiënten. Soms kunnen patiënten zich belemmerd voelen door de dichtheid van bedden bij het geven van gevoelige informatie, wat erkend wordt door de respondenten. Hoewel het opnamegesprek op een aparte kamer plaatsvindt, zou het makkelijk kunnen zijn om ook voor speciale gesprekken een kamer/ruimte in te richten. Richt deze huiselijk in, zoals de comfortroom op de afdeling, waardoor mensen zich wat vrijer en meer op hun gemak voelen in het uiten van wensen en behoeften. Hoewel niet elke patiënt zo mobiel is om naar een andere ruimte te vertrekken voor een gesprek, zou het wenselijk zijn dat de minder mobiele patiënten op een één- of tweepersoons kamer liggen.

Na een jaar kan een onderzoek naar patiëntenparticipatie worden gedaan onder patiënten. Na deze drie onderzoeken over patiëntenparticipatie, kan er een afsluitend onderzoek plaatsvinden waarin de mening gevraagd wordt aan de patiënten over patiëntenparticipatie. Dit onderzoek kan als een evaluatie beschouwd worden van de inspanning die de afdeling tot dan toe verricht heeft voor patiëntenparticipatie. In dit onderzoek kan de nadruk gelegd worden op de kennis en attitude van verpleegkundigen wat betreft patiëntenparticipatie. Dit onderzoek kan gezien worden als een nulmeting, waardoor de afdeling een concreet beeld krijgt welke aspecten van patiëntenparticipatie er al naar tevredenheid van de patiënten worden toegepast en aan welke aspecten er nog aandacht besteed moet worden. Aan de hand daarvan kunnen er concrete aanbevelingen voor de afdeling geformuleerd worden.

Een aansluitend onderzoek bij dit onderzoek kan een onderzoek zijn naar familieparticipatie. In de resultaten en aanbevelingen komt familieparticipatie naar voren. Familieparticipatie kan ingezet worden bij patiënten die cognitief zijn aangedaan waardoor bij hen moeilijk patiëntenparticipatie is toe te passen. Dit onderzoek kan zich richten op de kennis van verpleegkundigen van familieparticipatie of een onderzoek onder familieleden in hoeverre zij vinden dat familieparticipatie op de afdeling wordt toegepast. Tevens zou dit onderzoek naar familieparticipatie kunnen plaatsvinden op de Medium Care van de zorglijn A&AN, omdat bij de patiëntencategorie op deze afdeling nauwelijks patiëntenparticipatie is toe te passen vanwege het neurologisch toestandsbeeld, waardoor het bewustzijn verminderd is en er meer via familie gecommuniceerd moet worden.

De genoemde attitude en kennisaspecten, die al voldoende worden toegepast, moeten in stand gehouden worden. Behalve dat de respondenten enkele verbeterpunten benoemden, zijn er ook veel attitude en kennisaspecten die al voldoende aandacht krijgen op de zorglijn. Denk hier bijvoorbeeld aan: het respecteren van patiënten, het zoveel mogelijk naar een patiënt proberen te luisteren en het overleggen met de patiënt over het tijdstip waarop de persoonlijke verzorging zal plaatsvinden.

Neem de bespreking van het dagprogramma en/of activiteitenplan met de patiënt op in het beleidsplan van de afdeling. Doordat dit opgenomen wordt in het beleidsplan, kan het een reminder worden voor de verpleegkundigen, waardoor men er daadwerkelijk mee aan de slag gaat. In dit beleidsplan kunnen ook andere afspraken genoteerd worden wat betreft patiëntenparticipatie. Denk hierbij aan: afspraken over patiëntenparticipatie tussen arts en verpleegkundigen over de artsensite en het 's ochtends doornemen van de dagindeling met de patiënt.

5.3.3. MACRONIVEAU

Het is wenselijk dat het beleid van het UMC onder de aandacht gebracht wordt en concreet gemaakt wordt voor de afdeling. Het UMC kan bijeenkomsten op afdelingen organiseren waarin het beleid praktisch aan de orde komt. Geef de afdelingen handvaten mee hoe zij dit in de praktijk vorm kunnen geven. Hierbij maakt het management hun beleidspunten concreet voor de afdelingen. Denk hierbij aan het aandachtsveld 'patiënt als partner'. Hierdoor wordt het beleid dichterbij de afdeling gebracht, waardoor de afdeling hier praktisch meer aan de slag kan.

- Baarda, D., Goede, M. d., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Bakker, E. v. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen: Noordhoff Uitgevers bv .
- Borst-Eilers, E., (1996). *WGBO*. Verkregen van: Overheid.nl:
http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_17-05-2014#
- Borst-Eilers, E. & Terpstra, E.G., (1995). *WKCZ*. Verkregen van: Overheid.nl:
http://wetten.overheid.nl/BWBR0007414/geldigheidsdatum_17-05-2014
- Bovenkamp, d. v. (2008). *Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid*. Rotterdam: Instituut Management en Beleid Gezondheidszorg, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum.
- Brown, J. S. (2001). *Between patients and physicians: The Measure of Patient-Centered Communication (MPCC)*. London, Ontario: Centre for studies in Family Medicine.
- Cusveller, d. B. (2005). *Christelijke beroepscode voor verpleegkundigen en andere werkers in de gezondheidszorg*. Veenendaal: RMU .
- Dronkers, e. (2012, mei 25). Opgehaald van HBO-kennisbank: <http://hbo-kennisbank.nl/nl/page/hborecord.view/?uploadId=gereformeerdehogeschool%3Aoi%3Arep ository.samenmaken.nl%3Ampid%3A14464>
- Dulmen, v. e. (2011). *Communiceren in de zorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers .
- Epstein, R. F. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science Medical* , 1516-1528.
- Fischer, T. J. (2007). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Grootens, e. (2013). *Patiëntenparticipatie, de ervaringen en behoeften van de patiënt centraal*. Zwolle: Gereformeerde Hogeschool.
- Have, E. t. (2006). *Communicatieve vaardigheden voor de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hollands, L., Hendriks, A., & Ariëns, H. (2005). *Elementen van kwaliteitszorg*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Hunnink, G., Bijl, J. v., Cusveller, B., Leenaarts-Gennuwijk, E., Linge, R. v., & Swieten-Duijfjes, E. v. (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht/Zuthphen: ThiemeMelenhoff.

- Jonker, J., & Pennink, B. (2004). *De kern van methodologie*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Kleefstra, S. (2012). Patientenparticipatie, past dat? *Nursing*, 10.
- Larsson, I. E. (2011). Patients' Perceptions of Nurses' Behaviour That Influence Patient Participation in Nursing Care: A Critical Incident Study. *Nursing Research and Practice* Volume, 1-8.
- Lucassen, P.L.B.J., & olde Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F., Vogel, S., (2001). *Met het oog op de toekomst, beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen*, Utrecht: Vilans.
- Raats, I. B. (2013). *Handboek patiëntenparticipatie*. Utrecht: Consumenten Platform.
- Sesink, E., & Jungen, d. I. (2010). *De verpleegkundige in de agz*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stevens, P., & Schade, A. (1997). *De verpleegkundige op onderzoek*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Street, R. &. (2000). *Analyzing the physician-patient interaction in medical encounters*. Health Comm.
- UMCU. (2014, Januari 30). *Info over de missie*. Opgehaald van UMCU: www.umcu.nl
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma.

BIJLAGEN

Bijlagen:

- Bijlage 1: Topiclijst interview
- Bijlage 2: Flyer verpleegkundigen

Voraf:

- Verwelkoming geïnterviewde. Onderzoekers stellen zich kort voor.
- Aangeven dat het interview anoniem is. Elk antwoord is goed, aan antwoorden hangen geen consequenties.
- Toestemming vragen voor audio-opname

Topics:

Topics	Subtopics
Voorgeschiedenis vpk	- Opleiding - Werkervaring
Eigen definitie	- Brainstorm definitie - Voorkennis pptie²
Praktijk	- Eigen definitie in praktijk - Hoe toepassing in praktijk pptie - Concrete voorbeelden³
Definitie: <i>Het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen</i> (Raats, e.a. 2013)	
Eigen visie pptie	- Welke attitude en kennis denkt vpk nodig te hebben voor pptie? (en waarom) - Voordelen pptie (en waarom) - Nadelen pptie (en waarom)
Toepassing beleid UMCU	- Motto: patiënt als partner

² pptie= patiëntenparticipatie

³ Deze voorbeelden kunnen zijn: Voorlichting ziektebeeld en behandeling, tijdstip ADL, plaats infuus, patiënt zien als ervaringsdeskundige (hoe zie je de patiënt). Patiënt betrekken bij artsensite, zorgplan, afwijking bezoektijd, hoe benader je de patiënt, verschil per patiënt, informatie afstemmen op patiënt,

	- Toepassing in praktijk - Verandering op afdeling merkbaar?
--	---

Eind:

- Opmerkingen/vragen?
- Evaluatie interview
- Deelnemer bedanken voor komst.

Voorkennis verpleegkundige

- Eigen definitie patiëntenparticipatie
- Kennis patiëntenparticipatie
- Visie patiëntenparticipatie: Voordelen en belemmeringen
- Visie patiënt
- Kennis motto
- Visie motto

Toepassing patiëntenparticipatie in praktijk in de huidige situatie

- Voorbeelden: ADL, MDO, artsensite, ontslag, zorgplan, familieparticipatie, patiëntenquêtes, informatie afstemmen, verantwoordelijkheid patiënt.
- Patiëntencategorie
- Situatie op afdeling
- Motto praktijk
- Maatschappelijke ontwikkeling

Kennis

- Kennis verpleegkundigen
- Benodigde kennis
- Aanbeveling kennis

Attitude

- Attitude verpleegkundigen
- Benodigde attitude
- Aanbeveling attitude

Patiëntenparticipatie

Beste (leerling-)verpleegkundigen,

Wij zijn twee vierdejaars HBO-verpleegkunde studenten. Voor ons afstudeeronderzoek doen we een onderzoek op de zorglijn A&AN.

Ons onderzoek vindt aansluiting met twee voorgaande onderzoeken; "U vraagt...wij draaien" en "de ervaringen en behoeften van patiënten centraal". Bij het onderzoek staat patiëntenparticipatie tijdens het verpleegkundig proces centraal. Met het onderzoek zullen we ons richten op de (leerling-)verpleegkundigen. Om het onderzoek zo min mogelijk te beïnvloeden, zal het precieze doel niet vermeld worden.

Voor het onderzoek hopen we binnenkort interviews af te gaan nemen, onder de (leerling-)verpleegkundigen van de afdeling. Deze interviews zullen ongeveer 20 minuten in beslag nemen en zullen tijdens de ochtend- en de avonddienst afgenomen worden. De interviews zullen afgenomen worden in week 15 t/m 17 (07-04-2014/26-04-2014). De verzamelde gegevens van de interviews zullen anoniem verwerkt worden.

We hopen jullie op deze manier voldoende te hebben geïnformeerd. Mochten er nog vragen zijn, kunt u deze stellen.

Met vriendelijke groeten,

Corine van Heerde
Alianne van der Kamp

Mailadres:
avanderkamp@gh.nl