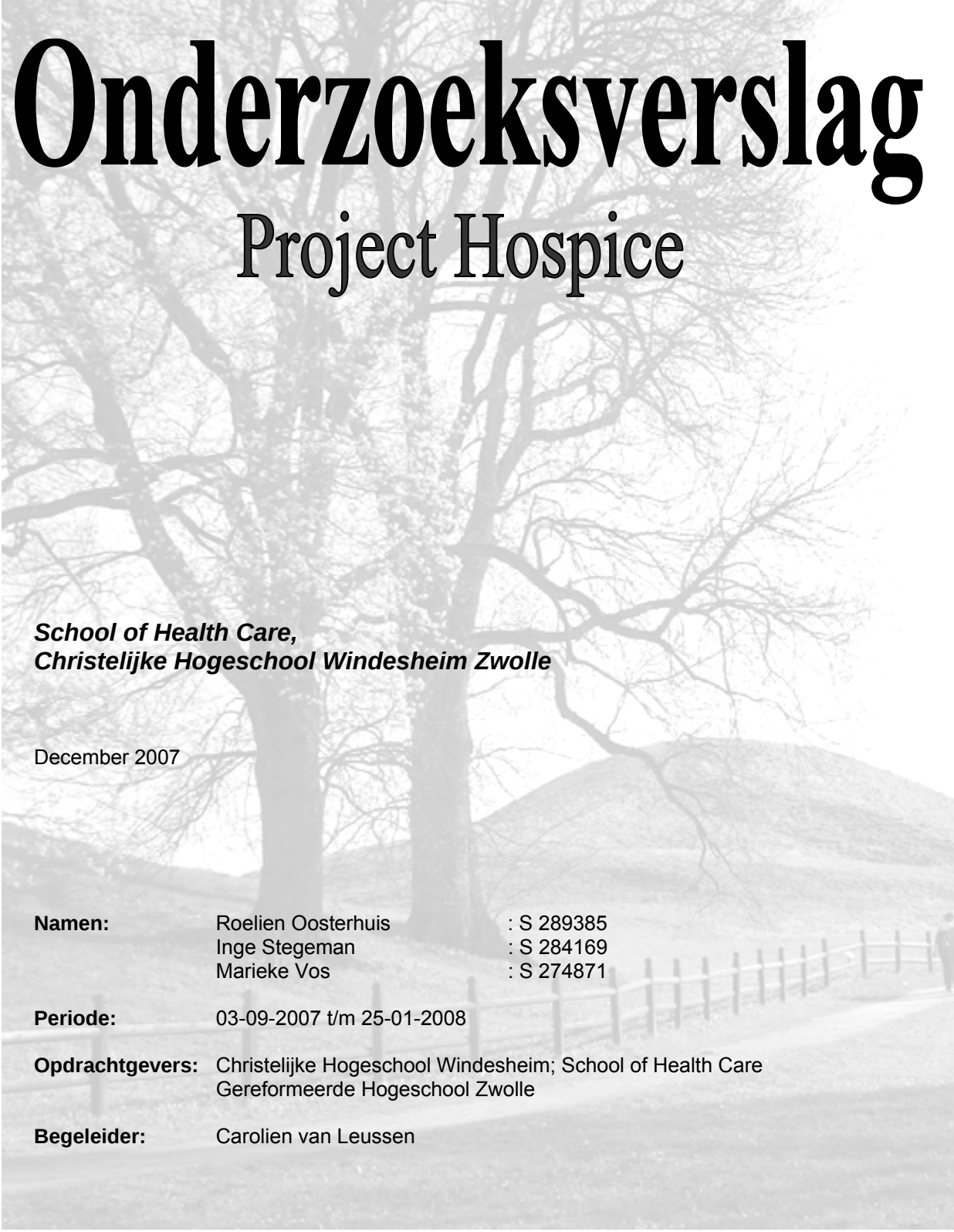




Onderzoeksverslag

Project Hospice

*School of Health Care,
Christelijke Hogeschool Windesheim Zwolle*

December 2007

Namen: Roelien Oosterhuis : S 289385
Inge Stegeman : S 284169
Marieke Vos : S 274871

Periode: 03-09-2007 t/m 25-01-2008

Opdrachtgevers: Christelijke Hogeschool Windesheim; School of Health Care
Gereformeerde Hogeschool Zwolle

Begeleider: Carolien van Leussen

Onderzoeksverslag

'Project Hospice'

December 2007

Roelien Oosterhuis	S 289385
Inge Stegeman	S 284169
Marieke Vos	S 274871

*School of Health Care,
Christelijke Hogeschool Windesheim Zwolle*



**Gereformeerde
Hogeschool**

INHOUDSOPGAVE

<u>Voorwoord</u>	4
<u>Samenvatting</u>	5
1. <u>Inleiding</u>	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Vraagstelling	6
1.3 Opbouw	6
2. <u>Definities en terminologie</u>	8
3. <u>Methodologie van het onderzoek</u>	9
3.1 Doelstelling	9
3.2 Vraagstelling	9
3.3 Deelvragen	9
3.4 Type onderzoek	9
3.5 Dataverzameling	10
3.5.1 Literatuurstudie	10
3.5.2 Enquêteren	10
3.6 Respons	12
3.7 Data-analyse enquêtes	14
3.8 Betrouwbaarheid en validiteit	14
4. <u>Resultaten en antwoord op de deelvragen</u>	15
4.1 Deelvraag 1	15
4.1.1 Resultaten	15
4.1.2 Beantwoording deelvraag 1	17
4.2 Deelvraag 2	18
4.2.1 Resultaten	18
4.2.1.1 Coördinatie	19
4.2.1.2 Verpleegtechnisch	22
4.2.1.3 Psychosociaal	26
4.2.1.4 Zorgbehoefte	33
4.2.2 Beantwoording deelvraag 2	34
4.3 Deelvraag 3	35
4.3.1 Resultaten	35
4.3.2 Beantwoording deelvraag 3	41
4.4 Deelvraag 4	42
4.4.1 Resultaten	42
4.4.2 Beantwoording deelvraag 4	44
4.5 Deelvraag 5	44
4.5.1 Resultaten	45
4.5.2 Beantwoording deelvraag 5	47
5. <u>Nabeschouwing</u>	48
5.1 Conclusies	48
5.2 Discussie	49
5.3 Aanbevelingen	50
5.4 Procesevaluatie	51
6. <u>Literatuurlijst</u>	53
Bijlage 1 Enquêtes	55
Bijlage 2 Grafieken vraag 5 uit enquêtes studenten	69

Voorwoord

Als ik dood ga

*Hoop ik dat jij er bij bent
Dat ik je aankijk
Dat jij mij aankijk
Dat ik je hand nog voelen kan*

*Dan zal ik rustig doodgaan
Dan hoeft niemand verdrietig te zijn
Dan ben ik gelukkig*

Remco Campert 'de Bezige Bij' (2000)

Voor u ligt het onderzoeksverslag, waarin onderzoek is gedaan naar de behoefte van zorg van de terminale zorgvrager. Hierbij is onderzocht of HBO-verpleegkunde studenten kunnen (en willen) voorzien in deze behoefte in de context van een hospice als leerafdeling.

Drie HBO-verpleegkunde studenten van de Christelijke Hogeschool Windesheim in Zwolle, hebben dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van deze hogeschool en de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle.

De personen en instellingen die hebben meegewerkt aan het onderzoek, worden hartelijk bedankt voor hun medewerking. Speciale dank gaat uit naar het (verplegend) personeel en de gasten van hospice: 'Willem de Boer huis' in Hoogeveen, Gasthuis Groningen, Marcelis Goverts Gasthuis Leeuwarden en Hospice 'de Winde' in Deventer voor hun interesse en gastvrijheid.

Daarnaast wordt Carolien van Leussen hartelijk bedankt voor haar begeleiding vanuit het projectteam. Tevens worden Gerrit van Enk, Martine Kreuzen, Lubke van 't Hul en Leontine van de Ven bedankt voor de begeleiding en ondersteuning tijdens bijeenkomsten met het projectteam.

Het was een zeer leerzaam proces, waarin met veel plezier en enthousiasme aan het onderzoek gewerkt is.

Roelien Oosterhuis
Inge Stegeman
Marieke Vos

Samenvatting

Binnen het kader van de minor Ouderen en Samenleving, is onderzoek gedaan aan de hand van de volgende vraagstelling:

‘Wat heeft de terminale zorgvrager nodig aan zorg en kan (en wil) de HBO-verpleegkunde student, binnen het kader van het hospice als leerafdeling, hieraan voldoen?’

De aanleiding voor het doen van dit onderzoek, is dat de Christelijke Hogeschool Windesheim en de Gereformeerde Hogeschool gezamenlijk een zelfstandig high-care hospice willen opstarten onder verantwoording van de beide HBO-V's. Binnen dit hospice zullen studenten een grote rol op zich nemen bij de verzorging van de terminale zorgvragers.

Het onderzoek kan worden weergegeven als een explorerend onderzoek, waarbij de onderzoeksmethode ‘survey’ is gebruikt. Door middel van literatuurstudies en aan de hand van enquêtes onder terminale zorgvragers, verpleegkundigen, docenten en studenten, is getracht antwoord te geven op de verschillende deelvragen.

De belangrijkste resultaten die naar voren zijn gekomen bij het doen van dit onderzoek zijn de volgende:

- HBO-verpleegkunde studenten De behoeften aan zorg zijn op te delen in 5 gebieden, namelijk: informatie, praktische steun, emotionele steun, bejegening en organisatie. Dit is gebleken uit literatuurstudie en praktijkonderzoek. De behoeften uit de literatuur beschreven, komen overeen met de behoeften die door zowel de zorgvragers als de verpleegkundigen zijn aangegeven.
- HBO-verpleegkunde studenten kunnen theoretisch gezien de benodigde zorg binnen een hospice op zich nemen, gekeken naar de coördinatie van zorg, verpleegtechnisch handelen en psychosociaal gebied. Goede begeleiding dient wel gewaarborgd te zijn en 3^e en 4^e jaars studenten krijgen de voorkeur om stage te lopen binnen het hospice. Dit is omdat studenten, naar mate de studie vordert, meer kennis en ervaring opdoen, welke goed van pas zal komen in een hospice.
- De levensfasen waarin een student en een terminale zorgvrager zich bevinden verschillen erg van elkaar. Een student is bezig met het de toekomst, een terminale zorgvrager bereidt zich voor op het einde van het leven. Uit een project in Rotterdam is echter gebleken dat verschillen tussen adolescenten (studenten) en ouderen (over het algemeen vallen terminale zorgvragers onder deze categorie) in de praktijk minder groot blijken dan vooraf gedacht. Het is hierbij wel afhankelijk van zowel de terminale zorgvrager als de student. Ervaringen en ontwikkelingen van de student en behoeften van de terminale zorgvrager spelen hierin een rol.
- Studenten van beide hogescholen hebben zeker belangstelling voor een stage binnen het hospice, dit blijkt uit gehouden enquêtes. Studenten denken ook veel te kunnen leren in een hospice.
- Er zijn diverse voor- en nadelen met betrekking tot het hospice als ‘leerafdeling’, welke goed tegen elkaar afgewogen dienen te worden. In het hospice als leerafdeling kunnen studenten van elkaar leren, het is een krachtige leeromgeving en jongeren worden meer betrokken bij de dood. Daarentegen is de continuïteit van zorg moeilijk te waarborgen, kan het onrust geven doordat er teveel personeel op de werkvloer is en kan de zorg emotioneel erg zwaar zijn voor studenten.

Uit het gehele onderzoek is geconcludeerd dat studenten wel in de behoeften van een terminale zorgvrager kunnen voorzien, hierbij is echter wel goede voorbereiding en begeleiding nodig. Vanuit dit onderzoek kan door de projectgroep een ‘go’ gegeven worden voor de haalbaarheid van een hospice, gerund door studenten.

Inleiding

Project Hospice' is ontstaan vanuit een samenwerkingsverband tussen de HBO-V's van de Christelijke Hogeschool Windesheim en de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle. Vanuit beide scholen neemt een aantal docenten deel aan het projectteam welke een antwoord dient te vinden op de vraag: 'Is het mogelijk te komen tot een hospice in Zwolle onder verantwoordelijkheid van de gezamenlijke HBO-V's in die stad?' Het einddoel van het totale project is het opzetten, inrichten en volledig bemensen van een high-care, zelfstandig hospice binnen de stad Zwolle ten behoeve van de regio. Dit hospice zou dan o.a. een unieke leerplaats vormen voor studenten verpleegkunde en logopedie.

1.1 Aanleiding

De aanleiding voor het starten met dit project komt weg uit een aantal uitgangspunten. Allereerst het uitgangspunt dat nu en in de toekomst een toenemend aantal ouderen deel uit zal maken van de Nederlandse bevolking; en daarmee ook in de omgeving van Zwolle. Resultaten laten daarbij zien dat de meeste Nederlanders de voorkeur geven aan thuis sterven: bijna driekwart spreekt zich daarvoor uit. Het bijna-thuis-huis en het hospice worden echter als goede opties gezien wanneer thuis sterven niet mogelijk is. (van den Akker e.a., 2005)

In Zwolle bestaat op dit moment geen zogenaamde high-care hospice; een hospice waar complexe zorg geleverd kan worden. (Er bestaan wel low-care hospices en zogenaamde 'hospicebedden' binnen verpleeghuisinstellingen.) De regio Zwolle zou daarom veel baat kunnen hebben bij het starten van een high-care hospice, waar ook complexe zorg kan worden geleverd aan terminale zorgvragers.

De aanleiding voor de beide hogescholen om te starten met dit project is gelegen in de wens om maatschappelijk verantwoord te ondernemen. De opleidingen verpleegkunde van beide hogescholen denken door middel van dit project een link te kunnen leggen tussen maatschappelijk verantwoord ondernemen en een hospice. Daarnaast vormt het tekort aan niveau 5 stageplaatsen, waar alle rollen uitgeoefend kunnen worden, een belangrijke aanleiding. Hier geldt het uitgangspunt dat niveau 5 verpleegkundigen een zelfstandig hospice vorm kunnen geven en onderhouden waarmee een unieke leerplaats ontstaat.

Het verkenningproject is gestart met als doel een 'go' – 'no go' te geven voor het daadwerkelijk realiseren van een hospice in Zwolle. Dit onderzoek maakt hiervan deel uit en biedt zicht op argumenten om eventueel tot een 'go', dan wel een 'no go' te komen. In de conclusies die naar aanleiding van dit onderzoek worden getrokken, geven daarom ook een antwoord op de vraag of op basis van de onderwerpen die in dit onderzoek onderzocht worden een 'go' of een 'no go' gegeven kan worden.

1.2 Vraagstelling

In dit onderzoek is gewerkt aan de hand van de volgende vraagstelling:

'Wat heeft de terminale zorgvrager nodig aan zorg en kan (en wil) de HBO-verpleegkunde student, binnen het kader van het hospice als leerafdeling, hieraan voldoen?'

Aan de hand van deze vraagstelling, zijn een aantal deelvragen ontwikkeld welke verder beschreven staan in hoofdstuk 3.

1.3 Opbouw

Allereerst worden verschillen begrippen uiteengezet zodat duidelijk wordt wat waaronder verstaan wordt. Vervolgens komt de methodologie aan bod. Hier wordt uiteengezet hoe er tijdens dit onderzoek is gewerkt; welke doel- en vraagstelling en deelvragen er zijn gebruikt, van welke onderzoeksmethode gebruik is gemaakt en hoe de respons van de verschillende doelgroepen is geweest. Ook de

betrouwbaarheid en validiteit wordt uiteengezet in het hoofdstuk 'Methodologie'. In het daarop volgende hoofdstuk worden de resultaten beschreven per deelvraag én het antwoord op de deelvraag staat beschreven. Vervolgens wordt er in de nabeschuiving conclusies getrokken, een discussie beschreven, er worden aanbevelingen gedaan en er wordt procesevaluatie uiteen gezet. In het laatste hoofdstuk worden de gebruikte bronnen vermeld in de literatuurlijst. In de bijlagen zijn verschillende documenten opgenomen, namelijk de gebruikte enquêtes voor terminale zorgvragers, verpleegkundigen, docenten en studenten en grafieken van vraag 5 uit de enquêtes van studenten.

2. Definities en terminologie

In dit hoofdstuk zullen definities en termen uiteengezet die bij dit onderzoeksverslag naar voren zullen komen:

- **CHW:** Christelijke Hogeschool Windesheim, afdeling School of Health Care, opleiding Verpleegkunde, te Zwolle.
- **GH:** De opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle.
- **High-Care Hospice:** High-care hospices hebben eigen verpleegkundig personeel. Verpleegkundigen nemen in high care hospices een spilfunctie in. De medische verantwoordelijkheid berust soms bij een huisarts of hospice-arts, soms bij een medisch specialist. Andere disciplines zijn vaak op afroep beschikbaar, zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut, etc. Deze kenmerken maken highcare hospices geschikt voor de opvang van mensen die om medische redenen niet meer thuis kunnen worden verzorgd. Naast professionele hulpverleners vervullen vrijwilligers in high care hospices een belangrijke rol in de hulpverlening (*Mistiaen e.a, 2006*)
- **Leerafdeling:** Met de term leerafdeling wordt een authentieke werkomgeving bedoeld, waarin een groep studenten alle voor de beroepsuitoefening typerende werkprocessen uitvoert en verantwoordelijk is voor de uitvoering ervan, met als doel het beroep te leren. De studenten zijn boventallig en de werkgever is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk. De school verzorgt het onderwijs in de werkomgeving. (*Havekes e.a. 2005*)
- **Projectgroep:** De projectgroep van het CHW bestaat uit Roelien Oosterhuis, Inge Stegeman en Marieke Vos, studenten van de CHW, die in opdracht van de school of Health Care aan het project 'Hospice' meewerken.
- **Projectteam:** Het projectteam bestaat uit 2 docenten en 2 studenten van de GH en 2 docenten van de CHW. Carolien van Leussen is projectleider, zij leidt het projectteam.
- **Terminale zorg:** Zorg die wordt verleend in de laatste levensfase van de zorgvrager. Deze laatste levensfase is de fase waarin de zorgvrager niet meer curatief of levensverlengend behandeld wordt en binnen afzienbare tijd (de World Health Organisation hanteert de grens van minder dan 3 maanden) zal overlijden. (*WHO, 2002*)
- **Zorgvrager:** In de praktijk worden voor terminale zorgvragers verschillende benamingen gebruikt. In veel hospices wordt met name gesproken over bewoners of gasten. In dit onderzoeksverslag is gekozen voor de term van zorgvrager voor degene die stervende is.

3. Methodologie van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de opzet en uitvoering van het onderzoek beschreven. Er zullen verschillende aspecten van de onderzoeksopzet aan de orde komen die samen een compleet beeld vormen van de onderzoeksmethode die is gebruikt.

3.1 Doelstelling

Door middel van dit onderzoek is geprobeerd een bijdrage te leveren aan een doelstelling, die is opgesteld door het managementteam van de School of Health Care van de CHW. De volgende doelstelling is de doelstelling voor het gehele project, dat wil zeggen voor het projectteam en ook de beide projectgroepen:

'Het bepalen van de haalbaarheid van een zelfstandig high-care hospice te Zwolle, gerund door HBO-verpleegkunde studenten.'

3.2 Vraagstelling

In het onderzoek wordt de volgende vraagstelling gehanteerd:

'Wat heeft de terminale zorgvrager nodig aan zorg en kan (en wil) de HBO-verpleegkunde student, binnen het kader van het hospice als leerafdeling, hieraan voldoen?'

3.3 Deelvragen

Het beantwoorden van bovenstaande vraagstelling wordt vergemakkelijkt door deze vraagstelling op te splitsen in een aantal deelvragen:

1. Wat is de behoefte aan zorg van een terminale zorgvrager?
2. Kan een HBO-verpleegkunde student de nodige zorg bieden aan een terminale zorgvrager en voorzien in zijn zorgbehoefte?
3. In hoeverre sluiten de verschillende levensfasen van een terminale zorgvrager en student op elkaar aan?
4. Heeft de HBO-verpleegkunde student belangstelling voor een stageplaats in een hospice?
5. Wat zijn de voor- en nadelen van een hospice in de context van een leerafdeling?

3.4 Type onderzoek

Het onderzoek kan het best getypeerd worden als een explorerend onderzoek. (Stevens e.a., 1997) Door middel van het onderzoek wordt getracht kenmerken / verschijnselen en resultaten te beschrijven en hierin verbanden te kunnen leggen om uiteindelijk tot een antwoord op de vraagstelling te kunnen komen. Binnen het onderzoek komen echter ook aspecten van een behoefteonderzoek (Migchelbrink, 2005) naar voren, doordat het bepalen van de behoeften van de zorgvrager een belangrijk onderdeel vormt om de vraagstelling te kunnen beantwoorden.

Het onderzoeksontwerp dat binnen dit onderzoek het best passend is, is survey. Door in het onderzoek verschillende onderzoekseenheden te betrekken, waarbij eenmalig een meting plaatsvindt, wordt in kaart gebracht wat de behoeften zijn van de terminale zorgvrager. Tevens wordt, door middel van een meting onder de verschillende onderzoekseenheden, in kaart gebracht in welke mate de student aan deze behoeften kan voldoen. (Stevens e.a. 1997)

3.5 Dataverzameling

Het is noodzakelijk om op een gestructureerde wijze de benodigde gegevens te verzamelen. Tijdens het onderzoek zijn twee verzamelingstechnieken gehanteerd:

- Literatuurstudie
- Enquêteren

De resultaten van de verschillende deelvragen zijn door literatuurstudie en door het afnemen van enquêtes tot stand gekomen. Voor het beantwoorden van vrijwel elke deelvraag is dus gebruik gemaakt van zowel een onderzoek naar al bestaande resultaten en theorieën als een eigen praktijkonderzoek.

3.5.1 Literatuurstudie

Tijdens de literatuurstudie is relevante informatie gezocht en bestudeerd. Voor de selectie van publicaties werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- Recent van aard; gepubliceerd in 1997 of later (Enkele uitzonderingen hierop vormen bronnen waarvan kan worden aangenomen dat de inhoudelijke informatie niet onderhevig is aan nieuwe ontwikkelingen / theorieën.)
- Betrouwbare bron, of waarvan verwacht mag worden dat de bron betrouwbaar is;
- Wetenschappelijk niveau / Evidence Based.
- Geschreven in de Nederlandse of Engelse taal

De literatuur is verkregen uit boeken, tijdschriften, internet en databases. Daarnaast is informatie verkregen via inhoudsdeskundigen. De gegevens, verkregen vanuit de literatuur, zijn gebruikt om antwoord te kunnen geven op de deelvragen en dienden tevens als naslagwerk tijdens de uitvoering van het onderzoek.

Literatuur met betrekking tot de behoeften van terminale zorgvragers is gezocht via het documentatiecentrum van Agora; het ondersteuningspunt palliatieve terminale zorg. Daarnaast is via de catalogus van het mediacentrum van de CHW gezocht naar boeken en tijdschriften. Ook is via de zoekmachine Google Wetenschap gezocht naar wetenschappelijke artikelen. Via de documentatiecentra en zoekmachines is gezocht op de termen [palliatieve zorg, terminale zorg, hospice] gekoppeld aan [behoeften, kwaliteit, kwaliteit van zorg]. Op deze manier is literatuur geïnventariseerd welke zich uitlaat over de behoefte aan zorg van een terminale zorgvrager. Daarnaast is ook gezocht op de termen [levensfasen, ouderen, adolescentie, belevingswereld] in combinatie met [verschil, aansluiting, kwaliteit van zorg] en op de termen [leerafdeling, leerwerkplaats] in combinatie met [voordelen, nadelen, consequenties, meerwaarde]. Tevens is er per e-mail contact geweest met inhoudsdeskundigen: Anneke Francke, Patrick Mistiaen en Geraldine Visser. Zij hebben onderzoek verricht op het gebied van palliatieve zorg. Om inzicht te krijgen in de onderwijscurricula van de HBO-V's van beide hogescholen, is gebruik gemaakt van interne literatuur, welke in het bezit is van de hogescholen.

Gedurende deze inventarisatie is voortdurend een selectie gemaakt van de meest relevante bronnen, gericht op vooraf opgestelde deelvragen en zoveel mogelijk gebaseerd op (wetenschappelijk) onderzoek. Op deze wijze zijn bronnen geselecteerd welke een zo goed mogelijk antwoord hebben kunnen geven op de vraagstelling en deelvragen.

3.5.2 Enquêteren

Om antwoord te krijgen op de verschillende deelvragen, is er tijdens het onderzoek gebruik gemaakt van het afnemen van schriftelijke en mondelinge enquêtes onder verschillende onderzoekseenheden: terminale zorgvragers, verpleegkundigen, HBO-verpleegkunde studenten en docenten HBO-V.

Voor de enquêtes onder de zorgvragers en verpleegkundigen is gebruik gemaakt van gerichte steekproeven, waarbij is geprobeerd eenheden te selecteren die qua inhoudelijke informatie veel opleveren. Onder deze twee doelgroepen is, gezien het onderzoeksonderwerp en de opgestelde deelvragen, gestreefd naar inhoudelijke representativiteit. Het was van belang om een aantal zaken in kaart te brengen, waarbij het niet noodzakelijk was om volledige doelgroepen te betrekken bij het onderzoek. De concrete omvang van een steekproef werd bepaald door een aantal factoren als: de diepgang en omvang van de informatie die van belang waren, de verschillen of overeenkomsten in de

selectie en het soort steekproef dat gehanteerd werd. Daarnaast speelden ook zaken als beschikbare tijd en middelen en de opdracht / belangen van de opdrachtgever(s) een rol.

De enquêtes onder de studenten en docenten richtten zich ook op het weergeven van statistische resultaten. Om deze reden is er onder deze twee groepen een kanssteekproef genomen. Iedere student en docent had evenveel kans om te worden benaderd voor het onderzoek. Voor de enquêtes onder de studenten is tevens gebruik gemaakt van een gestratificeerde steekproef, doordat deze populatie, voorafgaand aan de steekproeftrekking, is ingedeeld in subgroepen: 1^e, 2^e, 3^e en 4^e jaars.

Voor het bepalen van de steekproefgrootten is gebruik gemaakt van de volgende formule:

$$n > = \frac{N \times z^2 \times p(1-p)}{z^2 \times p(1-p) + (N-1) \times F^2}$$

- n = het aantal benodigde respondenten
- N = de grootte van de populatie
- z = de standaardafwijking bij een bepaald betrouwbaarheidspercentage
- p = de kans dat iemand een bepaald antwoord geeft (spreiding)
- f = de foutmarge

Er is gekozen voor een foutmarge van 10%, een spreiding van 50% en een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Deze getallen zijn samen met de populatiegrootte ingevuld in de formule, waaruit vervolgens de steekproefgrootte is bepaald. Een spreiding van 50% en een betrouwbaarheidsniveau van 95% zijn de meest gebruikte en conservatieve keuzes bij een steekproeftrekking. (Burhman, 2006) De foutmarge (meestal 5%) is echter op 10% vastgesteld. Hiermee wordt een grotere foutmarge toegelaten binnen de resultaten, maar wordt de vereiste steekproefgrootte kleiner. De reden om dit te doen, was de haalbaarheid van het enquêteren vergroten. Gezien de tijd en de middelen die voor dit onderzoek werd uitgetrokken, leek het niet haalbaar om de enquêtes op een nog grotere schaal uit te zetten.

De enquêtes die op gesteld zijn, bestaan uit zowel open als gesloten vragen. Alle enquêtes zijn qua begrippen identiek geformuleerd, zodat de betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd blijft. Hiermee wordt bedoeld dat de vragen zo eenduidig mogelijk zijn geformuleerd en zodanig zijn voorgestructureerd dat antwoorden niet verkeerd kunnen worden begrepen.

Enquêtes terminale zorgvrager

De deelvragen die betrekking hebben op de behoeftebepaling / perspectieven van de terminale zorgvrager, zijn geprobeerd te beantwoorden door middel van het afnemen van een enquête onder deze doelgroep. Door gebruik te maken van semi-gestructureerde enquêtes, is bij iedere zorgvrager antwoord gekregen op alle deelvragen maar bleef wel de ruimte om buiten het kader van het interview met de zorgvrager te spreken. Het gaat hier om de deelvragen 1,2 en 3. Voor het bepalen van de onderzoeksgroep is een gerichte steekproef genomen, doordat het onderzoek zich met name richt op de inhoudelijke representativiteit van deze onderzoeksgroep. Dit heeft tot gevolg dat een relatief klein gedeelte van de onderzoekseenheid als onderzoeksgroep fungeert. Hier zijn een aantal redenen voor te noemen. Allereerst heeft dit te maken met de belastbaarheid van de onderzoeksgroep. Om terminale zorgvragers te kunnen vragen naar wensen / behoeften moest rekening gehouden worden met de fysieke, mentale en emotionele gesteldheid van deze groep. Het onderzoek kon en mocht voor hen niet te belastend zijn. Daarnaast speelde ook de bereidbaarheid van zowel de onderzoeksgroep als de instelling, waarin zij zich bevonden, een belangrijke rol. Zij moesten bereid zijn mee te werken aan dit onderzoek.

Inclusiecriteria voor de zorgvragers waren:

- a) lijdend aan ongeneeslijke kanker of aan een andere terminale aandoening
- b) een levensverwachting van drie maanden of korter
- c) mondelinge beheersing van de Nederlandse taal
- d) lichamelijk en geestelijk in staat om te participeren in een interview

Kinderen en dementerende zorgvragers evenals hun naasten werden uitgesloten van dit onderzoek. Een reden hiervoor was de verwachting dat kinderen met een terminale aandoening evenals dementerende terminale zorgvragers specifieke behoeften hebben die voor een deel niet overeenkomen met die van andere terminale zorgvragers.

Voor de zorgvragers is gekozen voor het afnemen van mondelinge enquêtes. De reden hiervoor is de beperkte mate waarin deze personen belast kunnen worden, de vaak hoge leeftijd van de zorgvragers en de lichamelijke en emotionele aspecten die bij deze onderzoeksgroep aanwezig kunnen zijn. Deze maken het in veel gevallen niet mogelijk om een schriftelijke enquête in te vullen.

Enquêtes verpleegkundigen

Om antwoord te kunnen geven op de deelvragen 1,2,3 en 5 zijn ook verpleegkundigen betrokken bij het onderzoek. De inclusiecriteria voor de verpleegkundigen waren:

- a) werkzaam in een hospice (low-care of high-care)
- b) tenminste 1 jaar werkervaring binnen het hospice

Onder de verpleegkundigen zijn schriftelijke enquêtes afgenomen.

Enquêtes studenten

De deelvragen die betrekking hebben op de perspectieven van HBO-verpleegkunde studenten op een hospice als leerplaats, zijn geprobeerd te beantwoorden door middel van het verspreiden van enquêtes onder deze doelgroep. Het gaat hier dan om de deelvragen 2, 3 en 4. De onderzoekseenheid bestond in dit geval uit de studenten van zowel de CHW als de studenten van de GH. Hierbij werd onderscheid gemaakt in de verschillende jaargangen waarin de studenten zich bevinden. Op deze manier is niet alleen voldoende informatie verkregen over de verschillende perspectieven op dit onderwerp, maar ook inzicht in mogelijke verschillen tussen de studenten van de verschillende hogescholen of de studenten vanuit verschillende jaargangen, welke zich in verschillende fasen van hun opleiding bevinden. Hierbij moet wel vermeld worden dat de enquêtes zijn afgenomen in het eerste semester van het studiejaar. Dit dient in acht genomen te worden bij het interpreteren van de resultaten.

Enquêtes docenten

Om de deelvragen 2, 3 en 5 te kunnen beantwoorden zijn de docenten verpleegkunde, van beide hogescholen, als onderzoekseenheid toegevoegd. Binnen deze onderzoekseenheid werd enkel onderscheid gemaakt in de hogescholen waarbinnen zij werkzaam zijn.

3.6 Respons

Voor zowel de schriftelijke enquêtes als de mondelinge enquêtes zijn de ondervraagden zo veel mogelijk persoonlijk benaderd. De gedachte hierachter is dat een persoonlijke benadering eerder uitnodigt tot medewerking aan het onderzoek en dus de respons vergroot.

Om terminale zorgvragers en verpleegkundigen te werven zijn een zevental high-care en low-care hospices benaderd. De selectie van deze hospices zijn voornamelijk uit een geografisch oogpunt genomen. De hospices bevinden zich allen binnen een reisbare afstand van Zwolle, wat gezien de tijd en middelen die voor dit onderzoek voor handen zijn, van belang was.

Twee van de zeven hospices waren bereid om mee te werken aan het onderzoek (deze hospices worden in dit onderzoek verder aangeduid met 'Hospice 1' en 'Hospice 2'). Reden voor de overige hospices om niet mee te werken aan het onderzoek kwam vooral voort uit de grote belasting van het onderzoek voor zowel de zorgvrager als hun naasten.

Zorgvragers

In overleg met de coördinatoren binnen de meewerkende hospices zijn, op basis van eerder genoemde inclusiecriteria, terminale zorgvragers geselecteerd en benaderd. In totaal zijn er vier terminale zorgvragers benaderd, waarvan twee zorgvragers toestemming gaven voor het afnemen van een mondelinge enquête; één zorgvrager uit Hospice 1 en één zorgvrager uit Hospice 2. Beiden waren vrouwen in de leeftijd van 99 en 84 jaar.

Verpleegkundigen

Binnen de twee hospices zijn 9 verpleegkundigen benaderd een schriftelijke enquête in te vullen en deze middels een retourenvelop te retourneren. Één week na de verspreiding van de enquêtes zijn de verpleegkundigen middels een mail aan de hospices nogmaals herinnerd aan het invullen van de enquêtes. In totaal zijn er 4 enquêtes retour ontvangen, wat een respons geeft van 44%. In figuur 1 is een overzicht van de geënquêteerde verpleegkundigen weergegeven, waarbij het aantal jaren

werkzaam binnen een hospice, is aangegeven. Dit om weer te geven welke ervaring onder de onderzoeksgroep aanwezig is met betrekking tot de zorg in een hospice.

Functie	Werkplek	Aantal jaren werkzaam binnen hospice
Verpleegkundige	Hospice 1	4
Verpleegkundige	Hospice 1	8
Verpleegkundige	Hospice 2	1
Verpleegkundige	Hospice 2	1.5

Figuur 1: Respondenten verpleegkundigen

Studenten

Voor het werven van studenten van zowel de CHW als de GH, zijn allereerst de studentenaantallen (per studiejaar) opgevraagd bij de studentadministratie van beide hogescholen. Op basis van deze getallen zijn de steekproefgrootten bepaald. De studenten zijn vervolgens persoonlijk benaderd door, op basis van een systematische steekproef, klassen te selecteren en deze tijdens een les gezamenlijk te benaderen. Een uitzondering vormen hier de studenten in het 2^e studiejaar van de GH. In verband met een stageperiode waren zij ten tijde van de uitvoering van het onderzoek niet op school aanwezig. Deze studenten zijn via een brief aan hun huisadres benaderd. De respons van beide hogescholen is opgenomen in figuren 2 en 3. De lage respons onder de 2^e jaars van de GH kan worden toegeschreven aan de wijze waarop deze studenten zijn benaderd. De schriftelijke benadering heeft een lagere respons opgeleverd dan de persoonlijke benadering die bij andere jaargangen is toegepast.

CHW

	Aantal studenten	Selectiegrootte steekproef	Aantal respondenten	Respons
1 ^e jaars	164	61	61	100 %
2 ^e jaars	90	47	47	100%
3 ^e jaars	87	46	40	87%
4 ^e jaars	92	48	41	85%

Figuur 2: Respons studenten CHW

GH

	Aantal studenten	Selectiegrootte steekproef	Aantal respondenten	Respons
1 ^e jaars	84	46	44	96%
2 ^e jaars	53	35	15	43 %
3 ^e jaars	56	36	31	86%
4 ^e jaars	47	32	25	78%

Figuur 3: Respons studenten GH

In totaal zijn er 351 studenten benaderd, waarbij er 304 enquêtes zijn geretourneerd, wat een totale respons geeft van 87%. De totale respons van de 1^e jaars studenten was 98%, van de 2^e jaars 76%, van de 3^e jaars 87% en van de 4^e jaars 83%.

Docenten

Onder de docenten is hetzelfde principe toegepast bij het bepalen van de steekproefgrootte als bij de studenten. Op basis van een aselechte steekproef zijn de docenten geselecteerd. Vervolgens zijn de enquêtes middels de postvakken van de docenten verspreid, waarna een mail volgde aan deze docenten om nadere informatie te geven en de noodzaak hiervan aan te stippen. Een week na de verspreiding is nogmaals een herinneringsmail gestuurd aan alle docenten. In totaal zijn er 34

docenten benaderd, waarbij er 23 enquêtes zijn geretourneerd, wat een totale respons is van 68%. In figuur 4 is weergegeven hoeveel docenten per hogeschool zijn benaderd en hoe groot de respons is.

	Aantal docenten	Selectiegrootte steekproef	Aantal respondenten	Respons
CHW	28	22	14	64%
GH	13	12	9	75%

Figuur 4: Respons docenten

3.7 Data-analyse enquêtes

De eerste stap in de analyse van de verzamelde enquêtes, was het controleren van de ingevulde enquêtes op exemplaren die niet goed waren ingevuld. Deze zijn buiten de analyse van de onderzoeksdata gehouden. Vervolgens zijn de individuele enquêtes samengebracht tot een totaaloverzicht. De gegevens van de enquêtes zijn hierbij o.a. verwerkt met het behulp van het computerprogramma Microsoft Excel. Excel is een spreadsheetprogramma waarin gegevens kunnen worden ingevoerd, verwerkt en weergegeven in grafieken en tabellen. Op deze manier konden de gegevens overzichtelijk worden weergegeven. De enquêtes bestonden voor een groot deel uit gesloten vragen wat het verwerken van de gegevens in Excel mogelijk maakt. Bij de gesloten vragen werd ruimte gelaten voor het geven van toelichtingen. De gegevens, uit de enquêtes, die verkregen zijn uit open vragen en de toelichtingen, zijn handmatig verwerkt en geanalyseerd. Alle fragmenten van antwoorden die relevant leken voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werden voorzien van trefwoorden. Deze trefwoorden zijn, qua formulering, gebaseerd op uitspraken / schrijfwijzen van de ondervraagden. De van een trefwoord voorziene antwoorden werden vergeleken met antwoorden uit andere enquêtes. Door de gegevens te vergelijken met elkaar en hier naar verbanden en patronen te zoeken, kon voldoende informatie verzameld worden om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen.

3.8 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te waarborgen, zijn er verschillende maatregelen genomen. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van zowel schriftelijke als mondelinge enquêtes. Bij het opstellen van de enquêtes zijn de vragen zoveel mogelijk op dezelfde wijze geformuleerd. In de enquêtes zijn begrippen geoperationaliseerd zodat alle ondervraagden de gebruikte begrippen hetzelfde interpreterden. De gemaakte enquêtes zijn vervolgens voorgelegd aan een deskundige, werkzaam binnen de CHW. De feedback van deze deskundige is verwerkt in de enquêtes en nogmaals ter goedkeuring voorgelegd aan de deskundige.

Voor het afnemen van de mondelinge enquêtes is gebruik gemaakt van twee interviewers; dit om vertekening door beperkingen van het geheugen tegen te gaan. Er is niet gekozen voor het opnemen van de interviews; dit in verband met het waarborgen van de privacy van de ondervraagden. Tijdens het analyseren van de gegevens is zorgvuldig omgegaan met invoeren en weergeven van de juiste gegevens. De gegevens zijn door elk lid van de projectgroep afzonderlijk gecontroleerd, aangezien deze gegevens uiteindelijk de resultaten bepalen.

Een laatste procedure, waarvan gebruik is gemaakt binnen dit onderzoek, is het principe van triangulatie. Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende databronnen (zowel het verzamelen van literatuurdocumenten als het ondervragen van terminale zorgvragers, verpleegkundigen, studenten en docenten) en dataverzamelingstechnieken (literatuurstudie, schriftelijke enquêtes en interviews). Daarnaast bestaat de projectgroep uit meerdere leden, wat de validiteit ten goed komt. Door al deze maatregelen is getracht de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te vergroten.

4. Resultaten en antwoord op de deelvragen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het literatuur- en praktijkonderzoek beschreven. Met deze resultaten wordt een antwoord gegeven op de deelvragen.

4.1 Deelvraag 1

In deze paragraaf wordt ingegaan op de deelvraag:

- *Wat is de behoefte aan zorg van een terminale zorgvrager?*

Er is betrekkelijk veel onderzoek gedaan naar de behoeften van terminale zorgvragers; deze deelvraag wordt besproken aan de hand van gevonden literatuur, de gesprekken met de zorgvragers en de enquêtes onder verpleegkundigen. De behoeften van terminale zorgvragers vormt een belangrijk uitgangspunt voor de zorgverlening aan deze doelgroep. Alle terminale zorgvragers hebben hun eigen behoeften en wensen, daarom is elke situatie weer anders. Toch heeft deze groep behoeften die andere groepen meestal niet hebben. In deze paragraaf wordt ingegaan op de behoeften en verwachtingen van terminale zorgvragers ten aanzien van de zorg die hun verleend wordt.

4.1.1 Resultaten

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de behoeften van de terminale zorgvrager. Wat bij alle onderzoeken overeen komt en het hoofdmotto is, is het centraal stellen van de zorgvrager.

De regie van de laatste levensfase, waarin een terminale zorgvrager zich in bevindt, moet in handen zijn van de zorgvrager zelf. Wanneer de zorgvrager dit zelf niet meer kan beslissen, zal dit door de zaakwaarnemer van de zorgvrager moeten gebeuren. (*Van Breugel, e.a. 2004*)

Het NIVEL doet veel onderzoek naar palliatieve zorg. Door meerdere onderzoekers, die zijn verbonden aan het NIVEL, is de behoefte van zorgvragers in de laatste levensfase onderzocht. Zij onderscheiden de volgende behoeften:

- Pijn- en symptoombestrijding en communicatie hierover: Zorgvragers willen hun laatste levensfase hun energie gebruiken voor dingen die zij zelf belangrijk vinden. Verlichting van pijn en andere lichamelijke klachten wordt ook gezien als belangrijk aspect voor de kwaliteit van leven.
- Informatie over het ziekteproces: Terminale zorgvragers en hun naasten waarderen het, over het algemeen, om gedurende het ziekteproces geïnformeerd en begeleid te worden, en niet alle informatie eenmalig en in één keer te krijgen.
- Emotionele steun: Gedurende de laatste levensfase maken de zorgvrager en zijn naaste veel emoties door; boosheid, somberheid, verdriet, angst en onzekerheid. Hierbij hebben zowel de zorgvrager als de naaste professionele steun nodig.
- Geestelijke begeleiding en rituelen: Zorgvragers hebben vaak behoefte aan gesprekken over het zin geven aan het bijna afgelopen leven en de naderende dood. Ook naasten hebben behoefte aan gesprekken met een geestelijke verzorger.
- Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde: Hierbij wordt gedacht aan levensverlengende handelingen, reanimatie, euthanasie e.d.. Bij deze begeleiding vraagt het om goede communicatie van de zorgverlener naar de zorgvrager en zijn naaste.
- Steun bij dagelijkse levensverrichtingen en zorgtaken: Deze zorg wordt meestal eerst door familie, burens of vrienden op zich genomen. Wanneer dit niet meer gaat neemt een professional, thuiszorg of intramurale zorgverlener, (meestal geleidelijk) de taken over. De regie blijft nog steeds bij de terminale zorgvrager zelf.
- Steun bij afscheid en praktische zaken: Er zijn zorgvragers die nog de behoefte hebben om dierbaren te spreken of een afscheidsbrief te schrijven. Ook kan er behoefte zijn om zaken rondom de uitvaart hierin kunnen zorgverleners steun bieden.
- Steun bij verliesverwerking: Naasten stellen het over het algemeen op prijs om met zorgverleners die dicht bij de zieke betrokken zijn geweest, na te praten en ervaringen uit te wisselen.

- Zorg voor rust, privacy en sociale contacten: Terminale zorgvragers hechten veel waarde aan privacy, zo is het fijn om een eigen kamer te hebben. De zorgvrager zal ook steeds selectiever bezoek willen ontvangen.
- Zorg voor een veilige omgeving: Wanneer de (medische)ondersteuning voldoet aan de verwachtingen, zal de zorgvrager zich snel veilig voelen. De zorgvrager zal zich niet aan zijn lot overgelaten voelen en zal altijd een beroep op iemand kunnen doen.
- Goede hulpmiddelen en voorzieningen: Een aangepaste leefomgeving kan zorgen voor goede terminale zorgverlening, hiervoor zijn goede hulpmiddelen en voorzieningen nodig. (NIVEL, Dossier Palliatieve Zorg, 2004)

De werkgroep Visie Palliatieve Terminale Zorg (waarin o.a. de Nederlandse Patiënten Vereniging is vertegenwoordigd) heeft door middel van de brochure 'Palliatieve zorg in de laatste levensfase' de palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief bekeken. Zij hebben hierbij de volgende punten beschreven, als kenmerken waaraan goede terminale zorg moet voldoen:

- De terminale zorgvrager staat centraal, hij heeft de regie.
- Zorgvragers mogen eten en drinken wat en wanneer hij dat wenst. Eten en drinken wordt niet opgedrongen.
- In hun laatste levensfase mogen terminale zorgvragers zelf doen wat zij wanneer willen doen. Een dagbesteding mag aangeboden worden, maar niet opgedrongen.
- Huishoudelijke zorg en ondersteuning bij het wonen, zodat de naasten niet te zwaar belast raken.
- Lichamelijke verzorging, de zorg zal gericht zijn op het comfort van de zorgvrager, waar zo nodig hulpmiddelen voor gebruikt worden.
- Psychosociale begeleiding bij het omgaan met het naderend sterven door bijvoorbeeld afscheidsbrieven schrijven of wensen betreft de uitvaart doorspreken.
- Zorg bij levensbeschouwelijke zaken, hierbij zal de zorgverlener de zorgvrager ruimte moeten geven om te bidden, sacramenten toe te dienen of andere godsdienstige rituelen.
- (Para)Medische behandeling, deze moet ten doel hebben dat de zorgvrager zich zo goed mogelijk voelt, door bijvoorbeeld het bestrijden van symptomen als pijn.
- Zorg voor de naaste. Met toestemming van de zorgvrager worden naasten op de hoogte gehouden van het ziekteproces. Zorgverleners zullen ook opvang moeten bieden aan de naasten rondom het overlijden van de zorgvrager.
- Afronding van de zorg en rouwbegeleiding na het overlijden van de terminale zorgvrager. Naasten waarderen het meestal dat er teruggeblikt wordt op de verleende zorg en dan wordt er definitief afscheid genomen. (Van Breugel, e.a. 2004)

Het Lindeboom Instituut uit Ede heeft, in opdracht van de Nederlandse Patiënten Vereniging, onderzoek gedaan naar de kwaliteit van terminale zorg. Om de kwaliteit te beoordelen is het nodig om de behoeften te vergelijken met de diensten / middelen die geboden worden. De uitkomsten wat betreft de behoeften van een terminale zorgvrager kunnen goed gebruikt worden voor het onderzoek. De uitkomsten van de behoeften zijn als volgt ingedeeld:

- Voorwaarden: Onderdak in een plaats waar deskundige terminale zorg wordt geboden, huishoudelijke zorg is ook een voorwaarde.
- Zorgverlening met betrekking tot algemene dagelijkse verrichtingen (met speciale aandacht voor voeding en dagbesteding) vormt de kern.
- Verpleegkundige zorg met betrekking tot de gevolgen die ziekte en lijden voor de gezondheid is vaak nodig (hygiëne, rust, contacten, geloofsleven)
- Bevorderen van sociaal – relationeel functioneren is essentieel voor de mens, ook voor de stervende en zijn naaste omgeving, die afzonderlijke aandacht verdient.
- Medische en para – medische zorg met betrekking tot ziekte en andere symptomen kan nodig zijn om het lijden en het leven te verlichten.
- Psychologische zorg met betrekking tot psychisch functioneren is onlosmakelijk met de terminale zorg verbonden.
- 'Spirituele zorg' met betrekking tot gebruiken, behoeften en problemen op het gebied van levensbeschouwing en zingeving is geen extraatje maar een kwaliteitsaspect van integrale zorg. (Cusveller, 2000)

In 2000 hebben 2 onderzoekers van het NIVEL in samenwerking met een huisarts / ethicus, onderzoek gedaan naar de behoeften van terminale zorgvragers en naasten voor zover die kwaliteit van zorg betreffen.

Uit hun onderzoek blijkt dat terminale zorgvragers het moeilijk vinden om een keuze te maken tussen enerzijds behoefte aan professionele hulp en anderzijds hun behoefte aan zelfstandigheid. Terminale zorgvragers willen zo lang mogelijk als autonome mensen behandeld worden.

Als concrete behoeften kwamen in dit onderzoek de volgende punten naar voren:

- Veiligheid
- Gesprekspartner bij verwerken van emoties
- Gesprekspartner bij het reflecteren op het leven
- Privacy
- Goede lichamelijke verzorging
- Mogelijkheden om afscheid te nemen en het leven af te ronden

Op organisatorisch gebied van de zorg hadden de terminale zorgvragers ook een aantal behoeften.

- De snelheid en beschikbaarheid van de (thuis)zorg en arts zijn belangrijk, omdat wachten kan betekenen dat zorg pas geleverd wordt als men al is overleden
- Ook zijn de snelheid en beschikbaarheid van hulpmiddelen en voorzieningen belangrijk, hierbij kan het zijn dat iemand met een hulpmiddel langer thuis kan blijven wonen.
- Bij overgangen in de zorg is continuïteit van belang, wanneer dit niet goed geregeld is dreigen terminale zorgvragers soms tussen 'wal en schip te vallen'. De aanwezigheid van vaste zorgverleners wordt ook op prijs gesteld.
- Flexibiliteit van de organisatie van zorg waarbij wordt afgeweken van langdurige procedures bij, bijvoorbeeld het toewijzen van zorg. Wanneer flexibiliteit mist, kan het voor terminale zorgvragers een barrière zijn om de juiste zorg te krijgen. Flexibiliteit wordt soms ook herkend in het verlengen van kortdurende opvang van 6 weken.

Op het gebied van bejegening geven de terminale zorgvragers de volgende behoeften aan:

- Persoonlijke aandacht: Vanuit de terminale zorgvrager is er behoefte aan persoonlijke aandacht. Het is essentieel dat de zorgvrager centraal staat en dat alles op hem wordt afgestemd.
- Aandacht voor comfort: Door bijvoorbeeld af te zien van onprettige (be)handelingen of hulpmiddelen voor kleine details, is er aandacht voor comfort van de terminale zorgvrager, hier is veel behoefte aan.
- Respect voor autonomie en waardigheid: De zorgvrager wil serieus genomen worden en zo lang mogelijk de regie houden over zijn eigen leven en lichaam. Hierbij is het ook belangrijk dat de zorgverlener aangeeft het niet bezwaarlijk te vinden om de zorgvrager te helpen. (Groot, de, e.a., 2000)

Een groot deel van de resultaten is aan de hand van literatuur beschreven, ook verpleegkundigen en terminale zorgvragers zijn over deze deelvraag bevraagd; de behoeften die zij hadden aangegeven, kwamen sterk overeen met de resultaten uit de literatuur.

In de gesprekken met de terminale zorgvragers die zijn gevoerd kwam naar voren dat respect, rust en regelmaat belangrijk worden gevonden. Ze willen graag met respect behandeld worden en hechten veel waarde aan rust. Terminale zorgvragers vinden het vaak fijn om vaste gezichten om zich heen te hebben, zodat zij een vertrouwensband op kunnen bouwen.

De verpleegkundigen, die voor dit onderzoek een enquête hebben ingevuld, gaven aan dat zij respect voor autonomie en waardigheid, persoonlijke aandacht en pijn- en symptoombestrijding belangrijk vinden met betrekking tot de zorg. Met betrekking tot de organisatie van zorg vinden zij het belangrijk om continuïteit en rust te kunnen bieden.

4.1.2 Beantwoording deelvraag 1

Uit alle resultaten vanuit de literatuur en uit de praktijk kan worden gezegd dat de behoeften van terminale zorgvragers zijn te clusteren in 5 gebieden. Deze gebieden zijn: informatie, praktische steun, emotionele steun, bejegening en organisatie. In figuur 5 is per gebied aangegeven welke behoeften van de terminale zorgvrager hieronder vallen.

Informatie	Over de ziekte
	Over het ziekteproces
	Over de prognose
	Over de behandeling
	Over de complicaties / bijwerkingen van de behandeling
Praktische steun	Lichamelijke verzorging
	Huishoudelijke hulp
	Pijn- en symptoombestrijding
	Steun bij dagelijkse levensverrichtingen en zorgtaken
	Steun bij afscheid en praktische zaken
	Zorg voor rust, privacy en sociale contacten
	Zorg voor een veilige omgeving
	Goede hulpmiddelen en voorzieningen
	Aandacht voor comfort
Emotionele steun	Para- Medische behandeling
	Communicatie over de situatie
	Steun bij omgaan met gevoelens (bijvoorbeeld schuld, angst, onzekerheid, anticiperend rouwen)
	Geestelijke begeleiding en rituelen
	Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde
Bejegening	Steun bij verliesverwerking (ook voor naasten, ook na overlijden)
	Persoonlijke aandacht
	Respect
	Autonomie
Organisatie	Waardigheid
	Rust
	Regelmaat (vaste zorgverleners)
	Veiligheid
	Snelheid
	Beschikbaarheid
	Continuïteit
	Flexibiliteit

Figuur 5: Tabel gebaseerd op Visser, 2004

4.2 Deelvraag 2

In de vorige paragraaf zijn de behoeften van terminale zorgvragers nader belicht. In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag:

- Kan een HBO-verpleegkunde student de nodige zorg bieden aan een terminale zorgvrager en voorzien in zijn zorgbehoefte?

Voor het beantwoorden van deze deelvraag is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Er is literatuuronderzoek verricht, waarbij ook gebruik is gemaakt van handleidingen, curriculumindelingen e.d. van de beide hogescholen. Daarnaast zijn gegevens verkregen uit enquêtes onder verpleegkundigen, docenten en studenten.

4.2.1 Resultaten

Om de deelvraag te kunnen beantwoorden, is betreffende het verlenen van verpleegkundige zorg, een onderscheid gemaakt in drie gebieden: verpleegtechnisch, psychosociaal en coördinerend. De keuze voor deze drie gebieden komt voort uit de behoefte om binnen het onderzoek een aantal bondige termen te gebruiken welke de directe zorg aan de zorgvrager zoveel mogelijk omvat.

De resultaten zullen eerst aan de hand van deze drie gebieden besproken worden. Vervolgens wordt specifiek gekeken naar de behoeften van de terminale zorgvragers. Voor een beschrijving van de behoeften is gebruik gemaakt van het onderzoek van Francke en Willems. (NIVEL, 2000)

4.2.1.1 Coördinatie

Om vast te kunnen stellen wat een HBO-verpleegkunde student een terminale zorgvrager kan bieden op coördinerend gebied, is het allereerst van belang om na te gaan wat de coördinatie binnen een hospice inhoudt.

In de verpleegkundige zorg wordt onder coördinatie van zorg verstaan: 'Het op uitvoerend niveau samenstellen en instandhouden van een op de individuele hulpvrager toegesneden pakket van verschillende soorten zorg, hulp en diensten.' Het coördineren van de zorg heeft als doelstelling zorg op maat te leveren waarbij de kwaliteit van zorg en het welbevinden van de zorgvrager, gekoppeld aan een efficiënte en effectieve zorgverlening, wordt bevorderd. Daarnaast heeft coördinatie als doel om zo goed mogelijk gebruik te maken van de vermogens en expertise van de zorgverlener, zijn omgeving en andere zorgvormen. (de Wit en Broeken, 2000)

In 2004 heeft de Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen werkzaam in de Palliatieve Zorg (NVVPZ) het beroepsdeelprofiel (BDP) voor verpleegkundigen in de palliatieve zorg ontwikkeld. In dit BDP worden de taakgebieden, kerntaken en competenties van een verpleegkundige, werkzaam in de palliatieve zorg, genoemd. Coördinatie vormt hierin een belangrijke kerntaak van de verpleegkundige. De verpleegkundige zorgt in samenspraak met de zorgvrager en diens naasten voor continuïteit. Daarnaast waarborgt zij de kwaliteit en zorgt voor de inschakeling van anderen voor het stroomlijnen van zorg en begeleiding waar de zorgvrager behoefte aan heeft. (NVVPZ, 2004) De multidisciplinaire samenwerking met andere disciplines is hierbij van groot belang.

De competentie die in het BDP genoemd wordt luidt: *'De verpleegkundige palliatieve zorg coördineert de zorgverlening van alle betrokken disciplines aan de zorgvrager, zodat aan de zieke continu, op elkaar afgestemde, multidisciplinaire en op welzijn en kwaliteit gerichte zorg wordt verleend. De verpleegkundige palliatieve zorg treedt op als casemanager in multidisciplinair verband en is hiermee de schakel binnen de zorgketen.'*

Het BDP noemt een aantal zaken welke het handelen en gedrag van de verpleegkundige in de palliatieve zorg concreet maakt. Deze zaken zijn ook van belang voor (stagiaire) verpleegkundigen werkzaam in een hospice. Het gaat er dan om dat de verpleegkundige, werkzaam in een hospice:

- samenwerkt, verwachtingen bespreekt en afstemming zoekt via besprekingen met de zorgvrager, collega's, andere disciplines en eventueel relevante anderen uit de directe omgeving van de zorgvrager;
- ervoor zorgt dat de juiste activiteiten op het juiste moment door de juiste persoon worden verricht;
- overlap en hiaten van activiteiten voorkomt;
- contacten onderhoudt met andere disciplines ten behoeve van de uniformiteit, continuïteit en coördinatie van de (totale) verleende zorg;
- een multidisciplinaire rapportage verzorgt;
- een werkplanning maakt waarin zij prioriteiten aangeeft;
- ervoor zorgt dat de zorgvrager tijdig naar de juiste hulpverlener wordt doorverwezen ;
- deel neemt aan samenwerkingsverbanden en netwerken, met beroepsgenoten en andere deskundigen;
- adequaat omgaat met feedback, waardering en kritiek, en hierin haar eigen mening geeft en opkomt voor de eigen positie;
- als belangenbehartiger fungeert;
- netwerken opbouwt;
- zonodig crisisinterventie pleegt;
- in alle fasen van het palliatieve proces ondersteuning biedt aan beroepsgenoten –reeds werkzaam als verpleegkundige of in opleiding - door middel van consult, patiëntenbespreking en intervisie;
- op een pro-actieve wijze concrete aanwijzingen geeft aan zorgvragers, naasten en zorgverleners over de mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren. (NVVPZ, 2004)

Om vanuit de directe praktijk een beeld te krijgen van de werkzaamheden van de verpleegkundigen in een hospice, is in de enquêtes onder de verpleegkundigen gevraagd naar de zorg die zij binnen het hospice bieden op coördinerend gebied. Samenwerking en overleg met huisartsen, familie, vrijwilligers en andere disciplines werd hierin als een belangrijk onderdeel van het coördineren genoemd; de

schakel zijn tussen zorgvrager, familie, huisarts en derden. Met name het contact en overleg met de huisarts over bijvoorbeeld het bestrijden van pijn en ongemakken, vormt een belangrijk item binnen de coördinatie van zorg voor de terminale zorgvrager. Ook coördineert de verpleegkundige vaak de vrijwilligers in een hospice, waarbij overleg en afstemming binnen het team van belang is. Er werd aangegeven dat de verpleegkundige een belangrijke 'spin in het web' vormt wat betreft de coördinatie van zorg. De afstemming van zorg met de zorgvrager en andere zorgverleners is van groot belang binnen een hospice. De continuïteit van zorg dient gewaarborgd te worden, waarbij vanuit de behoeften van de zorgvragers moet worden gezorgd voor rust, beschikbaarheid, veiligheid en snelheid (zie paragraaf 4.1).

In bovenstaande uiteenzetting is geprobeerd een beeld te schetsen van de inhoud van de coördinerende taken van een verpleegkundige in een hospice. Echter; in welke mate kan van een HBO-verpleegkunde student verwacht worden dat zij deze taken op zich kan nemen?

Op basis van de taken die de HBO-verpleegkundige heeft en de domeinen waarop haar deskundigheid betrekking heeft, onderscheidt Pool e.a. (2003) vijf rollen: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. HBO-verpleegkunde studenten richten zich gedurende hun studie op het beheersen van deze vijf rollen en bijbehorende competenties. Gekeken naar de verschillende rollen, komt het coördineren het meest tot uiting in de rol van regisseur. Binnen deze rol wordt een tweetal competenties onderscheiden, waarin de volgende competentie het meest essentieel is in de directe zorg voor de zorgverlener:

- ❖ Om de zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op het welzijn van de zorgvrager coördineert de HBO-verpleegkundige de zorg.

Bij het coördineren van deze zorg gaat het om:

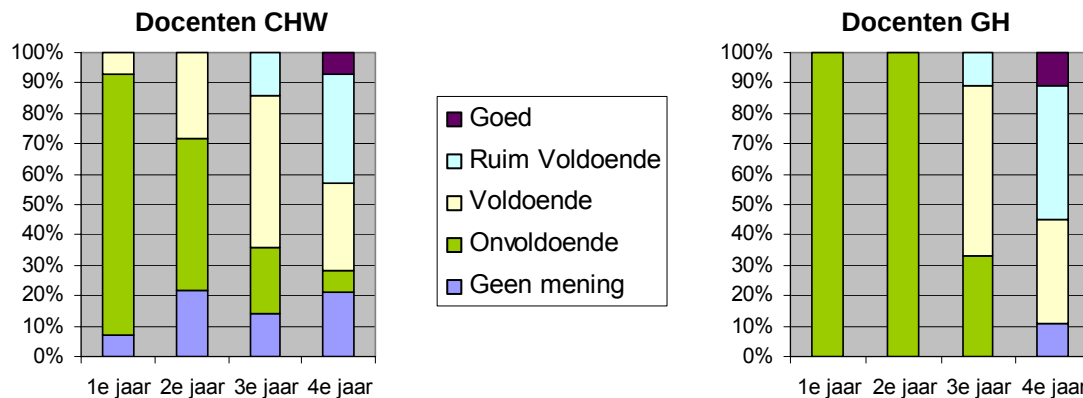
- rekening houden met de rechten en plichten van de zorgvrager;
- inschatten van de behoefte aan coördinatie;
- maatregelen treffen zodat wordt voorkomen dat de zorgvrager iedere keer opnieuw zijn verhaal moet vertellen;
- maatregelen treffen zodat wordt voorkomen dat de zorgvrager van het kastje naar de muur wordt gestuurd;
- zorgen dat de juiste activiteiten op het juiste moment door de juiste persoon wordt verricht;
- op een proactieve wijze concrete aanwijzingen geven aan zorgvragers, familieleden en zorgverleners over de mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren;
- het voorkomen van overlap in de activiteiten;
- het inschakelen van de juiste instellingen en personen op het juiste moment;
- zo te communiceren met andere professionals en de zorgvrager dat dit mogelijke verwarring in verwachtingen opheft;
- samenwerken met andere disciplines;
- feedback geven. (Pool e.a. 2003)

Als de competenties (en het handelen binnen deze competenties) van het BDP vergeleken wordt met de competenties die staan beschreven voor de HBO-verpleegkundige, dan zijn daarin veel overeenkomsten te vinden. Het gaat dan met name om samenwerking en communicatie met zorgvragers, familie en andere disciplines, ervoor zorgen dat de juiste activiteiten op het juiste moment door de juiste persoon worden verricht, het voorkomen van overlap en hiaten in activiteiten en het contact houden met andere disciplines ten behoeve van de continuïteit en uniformiteit van zorg. Veel algemene aspecten met betrekking tot de coördinatie van zorg komen dus ook terug in de zorg voor terminale zorgvragers. De coördinatie rondom de terminale zorgvrager richt zich vooral op het laten verlopen van de multiprofessionele zorg als een continu en integraal proces. Deze zorg richt zich op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven tijdens de laatste levensfase. (Adriaansen e.a. 2003) Uit de gedragsindicatoren, genoemd in de competenties behorende bij de rol van regisseur, komt naar voren dat HBO-verpleegkunde studenten veel van de genoemde punten in het BDP van de verpleegkundigen werkzaam in de palliatieve zorg moeten (leren) beheersen tijdens / na hun opleiding.

Hierbij moet echter wel rekening gehouden worden met het volgende: De coördinatie van zorg voor de terminale zorgvragers speelt zich in een complexe setting af, waarbij de verpleegkundige een belangrijke, maar ook verantwoordelijke schakel inneemt in de afstemming van de zorg tussen

zorgvrager, familie en andere hulpverleners. Verpleegkundigen in de hospices gaven dit ook aan: 'Je kunt het maar één keer goed doen.' Hieruit kan opgemaakt worden dat er qua coördinatie in een hospice meer verantwoordelijkheidsgevoel van een verpleegkundige / student op dit gebied verlangd kan worden, dan in een andere zorgsetting.

In de enquêtes onder de docenten van de CHW en de GH is gevraagd naar de mate waarin zij denken dat studenten in staat zijn de zorg voor terminale zorgvragers in een hospice te coördineren. Hierbij is gevraagd dit te beoordelen per studiejaar waarin de student zich bevindt. Figuur 6 geeft weer wat de docenten op deze vraag geantwoord hebben.



Figuur 6: Docenten over coördinatie

De docenten van de GH zijn unaniem in hun beoordeling van de eerste- en tweedejaars studenten. Ook het merendeel van de CHW docenten is van mening dat deze studenten onvoldoende in staat zijn de coördinatie van zorg voor een terminale zorgvrager op zich te nemen. Een docent van de GH gaf als toelichting: 'De 1^e jaars stage betreft een oriënterende stage en een kennismaking met het werkveld. Van de student kan niet worden verwacht dat hij / zij dit kan; deze verantwoordelijkheid ziet en oppakt.' Opvallend is het percentage docenten van de CHW dat wel van mening is dat 1^e jaars (7%) en 2^e jaars (28%) studenten voldoende de zorg op coördinerend gebied op zich kunnen nemen. In de toelichtingen wordt echter wel duidelijk dat deze docenten hier uitgaan van eenvoudige coördinerende taken in laag-complexe situaties. De studenten zouden onder goede begeleiding een aantal eenvoudige taken op zich moeten kunnen nemen.

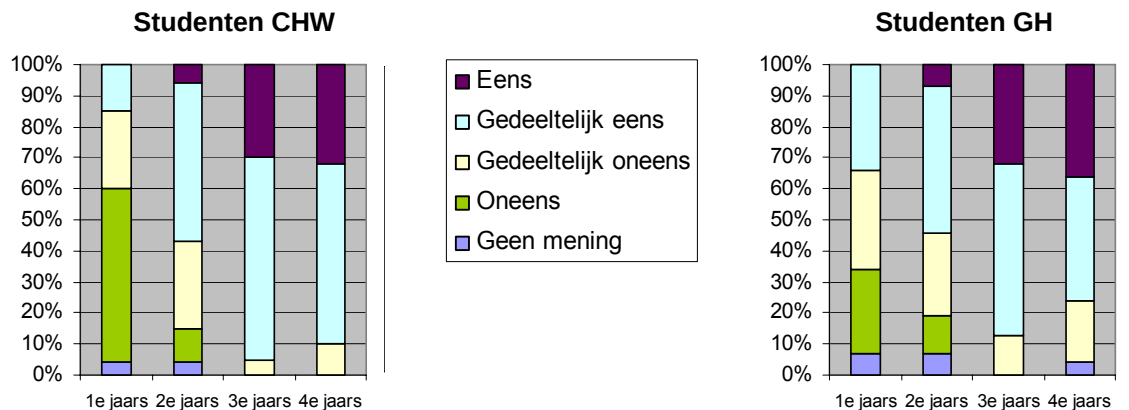
Wat betreft de 3^e jaars, zijn docenten een stuk positiever over de capaciteiten van de studenten op dit vlak. Ruim 60% van de docenten is van mening dat studenten de coördinatie voldoende of zelfs ruim voldoende op zich kunnen nemen. Hierbij wordt wel aangegeven dat dit afhankelijk is van de complexiteit van de zorgsituatie. Daarnaast wordt gesteld dat de begeleiding van de studenten erg belangrijk is: 'Ik denk zeker dat een 3^e jaars student op alle aandachtsgebieden van de verpleegkundige al veel in huis heeft, maar hier zal nog begeleiding / coaching bij nodig zijn. Competenties zijn nog niet zo ontwikkeld dat hij / zij deze verantwoording geheel kan dragen.' In de figuur is ook te zien dat 22% van de docenten CHW en 33% van de docenten GH van mening is dat studenten nog onvoldoende in staat zijn deze zorg te verlenen. Een docent zegt hierover: 'Coördinatie zou in het derde jaar nog niet voldoende bezonken zijn.'

Van de 4^e jaars studenten verwacht het overgrote deel van de docenten dat zij in staat zijn de zorg voor terminale zorgvragers te coördineren. Onder de docenten van de GH geeft zelfs geen enkele docent (naast het feit dat enkelen hier geen mening over kunnen geven) een onvoldoende aan. 80% van alle ondervraagde docenten is van mening dat studenten op dit gebied in ieder geval voldoende moeten kunnen presteren. In de toelichtingen wordt aangegeven dat dit wel erg afhankelijk is van de individuele student en de ervaring en vaardigheden die de student in zijn opleiding heeft opgedaan. Ook de begeleiding van studenten vormt voor de docenten hier een belangrijk aandachtspunt: 'In de loop van het 4^e jaar zou, afhankelijk van de persoon (!) er een goede kans zijn om op het niveau van werkstage minimaal voldoende prestaties neer te zetten. Alles is afhankelijk van goede begeleiding.'

Tijdens het onderzoek zijn ook de studenten betrokken bij dit vraagstuk. Om inzicht te krijgen in de mate waarin de studenten zélf denken in staat te zijn de zorg voor terminale zorgvragers te coördineren, is in de enquête de volgende stelling opgenomen:

'Ik bezit voldoende kennis / ervaringen / vaardigheden om zorg te kunnen verlenen aan een terminale zorgvrager op coördinerend gebied.'

De studenten kregen 5 antwoordmogelijkheden; eens, gedeeltelijk eens, gedeeltelijk oneens, oneens en geen mening. De resultaten van deze stelling zijn weergegeven in figuur 7.



Figuur 7: Studenten over coördinatie

In een eerste opslag is te zien dat de verschillen tussen de studenten van CHW en de GH miniem zijn. Geen enkele 1^e jaars is het eens met deze stelling. Ze geven aan nog geen kennis en ervaring op dit gebied te hebben. Wel geven enkele 1^e jaars aan het gedeeltelijk eens te zijn met deze stelling. Als toelichtingen werden hierbij gegeven: *'Ik ben wel goed in plannen'* en *'Onder begeleiding zou ik dit vast wel kunnen'*.

De 2^e jaars zijn al enigszins positiever over hun capaciteiten op het coördinerend gebied. 6% van de studenten geeft aan voldoende kennis, ervaringen en vaardigheden te bezitten om zorg te kunnen verlenen aan terminale zorgvragers op coördinerend gebied. 50% is het gedeeltelijk eens met deze stelling. In de toelichtingen wordt aangegeven dat ze nog niet veel kennis en ervaring hebben, maar dat er wel al door een eerste stage een beeld is verkregen van de wijze waarop de zorg wordt gecoördineerd. De eerste ervaringen in het coördineren van de zorg zijn opgedaan.

Onder de 3^e en 4^e jaars zijn er relatief grote verschillen te zien in de resultaten in verhouding tot de 1^e en 2^e jaars. Ruim 90% van de totale groep 3^e jaars is het eens of gedeeltelijk eens met de stelling. Dit naast ruim 80% van de totale groep 4^e jaars. Uit het onderzoek is niet af te leiden waar het kleine verschil tussen de 3^e en 4^e jaars in zit. Logischerwijs had verwacht kunnen worden dat 4^e jaars positiever zouden reageren dan 3^e jaars. Dit doordat aangenomen kan worden dat zij net wat meer kennis en ervaring hebben.

In de gegeven toelichtingen werd, door studenten uit beide studie jaren, aangegeven, dat zij al redelijk veel ervaring hebben opgedaan op dit gebied tijdens stages. Wel werd aangegeven dat de coördinatie, in de specifieke setting van een hospice, nog de nodige begeleiding en ondersteuning vraagt.

4.2.1.2 Verpleegtechnisch

In het BDP van 'de verpleegkundige werkzaam in de palliatieve zorg' (NVVPZ, 2004) staan diverse punten beschreven die van belang kunnen zijn voor het verpleegtechnisch handelen binnen een hospice. De punten zijn geformuleerd vanuit een competentie die binnen het BDP als volgt luidt: *'Verpleegtechnisch handelen is het uitvoeren van werkzaamheden gericht op symptoombestrijding. Hierdoor is het mogelijk om zorgvragers een nog zo optimaal mogelijk leven te bieden. Met technisch handelen wordt bedoeld op zowel voorbehouden handelingen, als op overige handelingen en*

verrichtingen die niet voorbehouden zijn maar wel risicovol. Verpleegtechnisch handelen wordt uitsluitend toegepast om het welzijn en comfort van de zorgvrager te verhogen.'

Concrete punten die genoemd worden in het BDP die betrekking hebben op verpleegtechnisch handelen:

- De verpleegkundige heeft inzicht in de situatie van de zorgvrager en zijn naasten;
- Ze voert verpleegtechnische handelingen ten behoeve klachtenvermindering en symptoombestrijding volgens voorschrift uit;
- Ze betreft de zorgvrager en zijn omgeving bij de uitvoering;
- Ze handelt probleemoplossend bij complexe zorg;
- Ze kent de werking van hulpmiddelen en medicatie, en de toepassing daarvan in de palliatieve zorg;
- Ze dient zelfstandig of in overleg met de behandelaar medicatie toe;
- Ze past zelfstandig of in overleg hulpmiddelen toe;
- Ze heeft inzicht in logistiek met betrekking tot het bestellen van de benodigde apparatuur;
- Ze vraagt machtigingen aan ten behoeve van medicatie en hulpmiddelen;
- Ze bewaakt en interpreteert het effect van verpleegtechnisch handelen;
- Ze is duidelijk over afbakenen van professionele en persoonlijk verantwoordelijkheden, bevoegdheden en grenzen.

De weergegeven punten uit het BDP komen in meerdere of mindere mate terug in het lesplan van de beide hogescholen die hieronder beschreven staan.

Om vast te stellen wat een HBO-verpleegkunde student een terminale zorgvrager kan bieden op verpleegtechnisch gebied, is onderzocht wat deze studenten leren tijdens hun studie. Dit is onderzocht door bij de beide hogescholen te informeren naar het lesplan welke betrekking heeft op de verpleegtechnische vaardighedenlessen (zie figuur 8).

In de 1^e twee studie jaren, leert de HBO-verpleegkunde student van beide hogescholen de volgende verpleegtechnische vaardigheden:

CHW	GH
1^e jaar - Handen wassen en desinfecteren - Verschonen bed, plaatsen dekenboog en voetensteun - Wassen mannelijke en vrouwelijke cliënt - Verschillende transfers - Transfers m.b.v. rug- en tilmatlift - Wegen, meten, helpen met voeding - Sliktest, vocht- en voedingslijsten, gesprekvoering t.b.v. verbeteren van eetpatroon - Observatie uitscheidingsproducten; geven po / urinaal, klaarmaken uitscheidingsproducten voor het laboratorium - Vervangen urinezakje, aanbrengen condoomkatheter, geven rectale laxans - Observeren pols, temperatuur, ademhaling, gebruik templist - Tensiemeten - Steriel materiaal openen en ermee omgaan - Steriele handschoenen aan- en uittrekken - Kiezen voor de juiste materialen - Zwachtelen van stompe en conische lichaamsdelen - Zwachtelen van scharnierende lichaamsdelen en lichaamsdelen van gelijke omtrek - Mitella aanleggen	1^e jaar - Hulpmiddelen bij zelfzorg en aan- en uitkleden - Kruisinfecties (infectieketen en handhygiëne) - Hulp bij lichaamsverzorging - Verplaatsingstechnieken - Houdingen in bed en bed opmaken, aandacht voor complicaties bedverpleging - Observatietechnieken (temperaturen, pols tellen, ademhaling, bloeddruk meten) - Uitscheiding: observatie uitscheiding, po geven, laxeren, condoomkatheter, verwisselen katheterzakje - Basic Life Support - Zorg voor de overledene - Kruisinfecties: steriele handschoenen aan- en uittrekken, isolatiemaatregelen - Subcutaan injecteren en insulinepennen - Intramusculair injecteren - Blaaskatheter inbrengen bij man en vrouw - Blaasspoelen en suprapubische katheter - Stomazorg

- Rode wond verzorgen - Relatie rode wond – decubitus - Rode wond-met drain verzorgen - Hechtingen verwijderen - Gele wond verzorgen - Toedienen van medicijnen algemeen - Medicijnen per os, rectaal, vaginaal, via de huid, door middel van inhalatie - Toedienen van neusdruppels, druppels in gehoorgang, oogdruppels en oogzalf	
2^e jaar - Inbrengen en verwijderen maagsonde - Geven van sondevoeding via maagsonde en PEG katheter - Vullen en aansluiten van een infuussysteem - Verwijderen van een infuussysteem - Inbrengen en verwijderen verblijfs(blaas)katheter - Verzorgen verblijfskatheter - Eenmalige katheterisatie - Blaasspoelen - Suprapubische katheter - Katheterisatie in de thuissituatie - Stomazorg - Subcutaan injecteren - Intramusculair injecteren - Controle van bewustzijn en ademhaling - Hulpverlening bij bewusteloosheid, ademhalingsproblemen en ademstilstand (Heimlichmethode, stabiele zijligging, zuurstof toediening) - Reanimatie volwassene (mond op mond beademing en hartmassage) - Inbrengen perifeer infuus - Verzorgen insteekopening - Toedienen medicatie intraveneus - Verwisselen infuusflessen / zakken - Toedienen bloedproducten - Hanteren infuuspompen	2^e jaar - Sondevoeding toedienen en PEG katheter - Inbrengen maagsonde - Zuurstof toedienen - Tracheostoma en tracheacanule verzorgen - Wondverzorging, wondverbandmiddelen en zwachtelen - Hechtingen verwijderen en verzorgen van drain - Basic Life Support, herhaling - Klaarmaken infuussysteem, druppelsnelheid handmatig instellen - Venflon inbrengen, assisteren bij inbrengen, infuus verwijderen - Infuuspomp bedienen met opdracht klaarmaken infuuszak - Spuitpomp met opdracht klaarmaken en pomp bedienen - Venflon doorspuiten, intraveneus medicatie toedienen - Venapunctie - Voeding en afnemen voedingsanamnese

Figuur 8: Lesplan verpleegtechnische handelingen

Zoals hierboven beschreven staat, leren studenten in de 1^e twee jaren van de opleiding alle verpleegtechnische handelingen op school. De beide hogescholen bieden vrijwel dezelfde verpleegtechnische handelingen aan, alleen het moment waarop wil wel eens verschillen.

Studenten van de CHW leren wondverzorging en dergelijke in het 1^e jaar, terwijl studenten van de GH dit in het 2^e jaar krijgen. Bij de CHW leren studenten in het 1^e jaar heel bewust met voeding om te gaan, zoals wegen, meten, helpen met voeding, sliktest en vocht- en voedingslijsten. Bij de GH wordt hier kort aandacht aan besteed in het 2^e jaar en dan alleen 'voeding en het afnemen van een voedingsanamnese'. Bij de GH wordt in het 1^e jaar aandacht besteed aan zorg voor de overledene. Hier wordt bij de CHW géén aandacht aanbesteed bij de verpleegtechnische vaardighedenlessen. Studenten van het 1^e jaar van de CHW, leren specifiek verschillende toedieningsmethoden van medicamenten, bij de GH wordt hier bij de verpleegtechnische vaardighedenlessen geen aandacht aan besteed. 'Basic Life Support' wordt op de GH in het 1^e jaar behandeld en in het 2^e jaar wordt een herhaling gegeven. De CHW besteedt hier alleen aandacht aan in het 2^e jaar. De GH geeft specifiek weer dat er aandacht wordt besteed aan de tracheostoma en het verzorgen van de tracheacanule. Dit

staat niet beschreven bij de CHW. In het 2^e jaar leren de studenten van de CHW wat er gedaan wordt bij 'katheterisatie in de thuissituatie' en leren ze bloedproducten toedienen. Hier wordt bij de GH niet in onderwezen bij de verpleegtechnische vaardighedenlessen. Daarentegen wordt bij de GH weer onderwezen in het doen van een venapunctie.

In feite heeft de HBO-verpleegkunde student na het 2^e jaar alle verpleegtechnische vaardigheden geleerd op school, alleen in de praktijk toepassen zit er niet volledig in. Dit kan tijdens een stage in het hospice wel geleerd worden, aangezien er hoogstwaarschijnlijk verpleegtechnische (en ook voorbehouden handelingen) handelingen uitgevoerd moeten worden.

Gekeken naar het BDP en het lesplan van de beide hogescholen, komen alleen de specifieke handelingen terug in figuur 8. Tijdens het uitvoeren van de vaardigheden bij de lessen, wordt er op gelet dat de student aandacht besteedt aan de patiënt welke hij behandelt. Dit staat niet beschreven, maar vallen wel onder de lessen waarin verpleegtechnische handelingen geleerd worden.

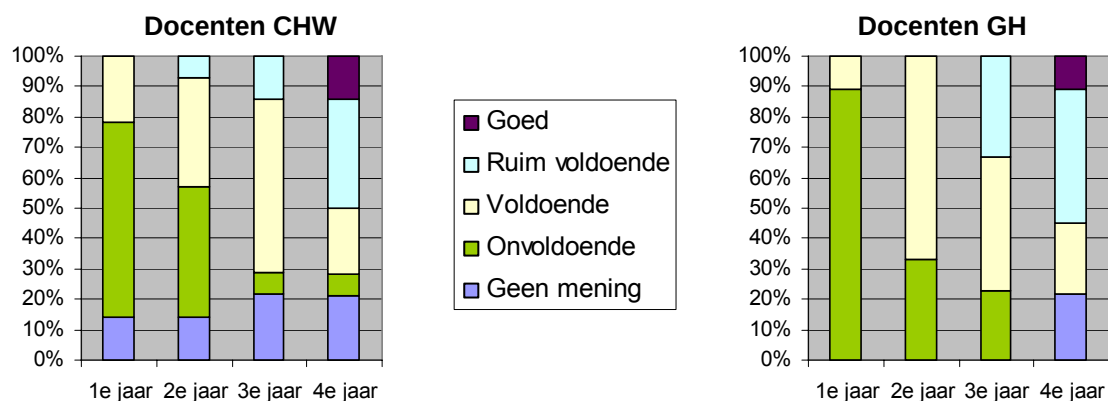
Punten zoals 'Ze handelt probleemoplossend bij complexe zorg' (uit het BDP) zijn voor sommige studenten niet haalbaar tijdens de studie, omdat niet iedere student evenveel met complexe zorg in aanraking komt. Dit soort punten groeien gaande weg en kunnen tijdens een stage in het hospice prima verder ontwikkeld worden.

In de enquêtes voor verpleegkundigen is gevraagd in hoeverre een HBO-verpleegkunde student kan voldoen aan de aangegeven aspecten met betrekking tot verpleegtechnisch gebied. De antwoorden op deze vraag waren uiteenlopend. De één gaf aan dat HBO-verpleegkunde studenten goed verpleegtechnische vaardigheden kunnen verrichten, de ander gaf juist aan dat studenten juist op een stageplaats als het hospice deze vaardigheden kunnen opdoen.

Naast deze vraag, is ook aan de verpleegkundigen gevraagd welke verpleegtechnische handelingen zij zoal uitvoeren in een hospice. Dit waren de antwoorden van de verpleegkundigen:

- Toedienen medicatie (oraal, rectaal, intramusculair, cadd-legacycypomp, druppels)
- Sondevoeding
- Infusietherapie
- Beademings- en zuurstofapparatuur
- Wondverzorging
- Signaleren van pijn en ongemakken zodat deze bestreden of beheerst kunnen worden
- ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)
- Alle voorkomende handelingen

In de enquêtes onder de docenten van de CHW en de GH is gevraagd naar de mate waarin zij denken dat studenten in staat zijn om verpleegtechnische handelingen uit te voeren. Hierbij is gevraagd dit te beoordelen per studiejaar waarin de student zich bevindt. Figuur 9 geeft weer wat de docenten op deze vraag geantwoord hebben.



Figuur 9: Docenten over verpleegtechnisch handelen

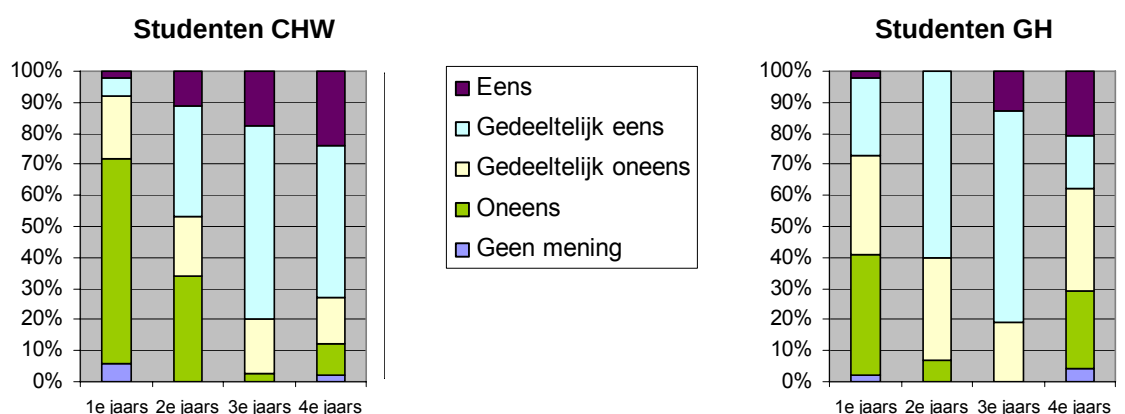
Enkele opvallende resultaten die naar voren kwamen in figuur 9: 12 % van de GH docenten en 22% van de CHW docenten is van mening dat 1^e jaars studenten voldoende in staat is om op

verpleegtechnisch gebied zorg te verlenen aan terminale zorgvragers, bij de 2^e jaars is 64% van de GH docenten is van mening dat de 2^e jaars voldoende in staat zijn om verpleegtechnische zorg te verlenen, in tegenstelling tot 34% van de CHW docenten. Daarbij komt nog dat 8% van de 2^e jaars zelfs 'Ruim voldoende' scoort bij de CHW. Daarnaast is het opvallend dat bij de docenten van de CHW het percentage 'Onvoldoende' bij zowel het 3^e als het 4^e studiejaar gelijk is. Daarentegen is 14% van mening dat 4^e jaars 'Goed' in staat zijn om verpleegtechnische zorg te leveren aan terminale zorgvragers.

Het is ook belangrijk om weer te geven wat de studenten zélf denken te kunnen als het om verpleegtechnisch gebied gaat. Daarom was hierover ook een stelling opgesteld in de enquête voor studenten. De stelling luidde als volgt:

'Ik bezit voldoende kennis / ervaring / vaardigheden om zorg te kunnen verlenen aan een terminale zorgvrager op verpleegtechnisch gebied'

In figuur 10 staan de resultaten weergegeven van de CHW en de GH.



Figuur 10: Studenten over verpleegtechnisch handelen

In een eerste opslag is te zien dat de 1^e jaars studenten van de CHW het voornamelijk oneens zijn met de stelling (72%), in tegenstelling tot 42% van de 1^e jaars van de GH. Deze studenten geven zichzelf een hogere waardering.

Ook de 2^e jaars studenten van de CHW zijn het oneens tot gedeeltelijk oneens met de stelling (53%) tegenover 40% van de 2^e jaars studenten van de GH. Hierbij moet wel een kanttekening gemaakt worden, dat in absolute getallen, de groep 2^e jaars van de CHW ongeveer 3 keer zo groot is als de 2^e jaars van de GH.

Wat betreft de 3^e jaars, hier zit vrijwel geen verschil in waardering tussen de beide hogescholen. Ongeveer 80% van de studenten geeft aan het gedeeltelijk eens tot eens te zijn met de stelling. Ten opzichte van de 4^e jaars, waarden de 3^e jaars zich relatief hoger.

De 4^e jaars van de CHW hebben relatief gezien een betere waardering. 73% van de studenten is het gedeeltelijk eens tot eens met de stelling tegenover 38% van de 4^e jaars van de GH.

4.2.1.3 Psychosociaal

In opdracht van de Associatie van zelfstandige High Care Hospices heeft Dr. A. Kuin, onderzoeker van de afdeling Sociale Geneeskunde van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek binnen het VU Medisch Centrum van Amsterdam, onderzoek gedaan naar de psychosociale behoeften en zorg in de laatste levensfase.

In dit onderzoek wordt psychosociale zorg als volgt gedefinieerd: 'Zorg met betrekking tot eigenwaarde, inzicht in en aanvaarding van de ziekte en consequenties daarvan, communicatie, sociaal functioneren en relaties, die invloed hebben op het psychische en emotionele welbevinden van de patiënt en zijn familie c.q. mantelzorgers'. Psychosociale zorg is er op gericht om zorgvragers en

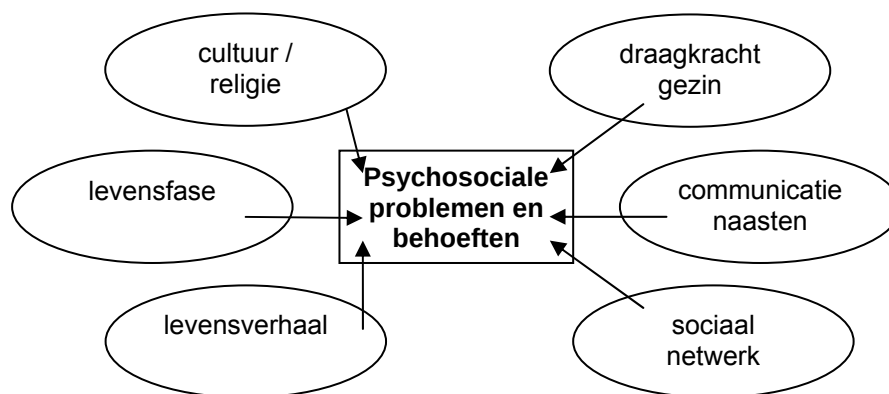
hun naasten de mogelijkheid te geven om hun gedachten, gevoelens en zorgen die gerelateerd zijn aan de ziekte te uiten. Ook helpt psychosociale zorg het psychisch en emotioneel welzijn te verbeteren. Psychosociale problemen en behoeften zijn op te splitsen in sociaal en emotioneel. Emotionele problemen en behoeften hebben betrekking op eigenwaarde, omgaan met ziekte en naderende dood en het omgaan met emoties. Sociale problemen en behoeften hebben betrekking op het sociaal functioneren, relaties, communicatie met dierbaren en praktische problemen. Dr. Kuin geeft aan dat de grenzen van psychosociale zorg onduidelijk zijn. Zo kunnen praktische handelingen op het menselijk lichaam ook effect hebben op de stemming en gevoelens van de zorgvrager.

Dr. Kuin heeft voor zijn onderzoek het boek 'Psychosociale issues in palliative care' van R. Mcleod (2003) gebruikt. Hierin wordt beschreven dat: *'Zorgvragers, onafhankelijk van hun diagnose, behoefte hebben aan begrip, acceptatie (ongeacht hun stemming, sociale mogelijkheden en verschijning), zelfwaarde, veiligheid, het gevoel ergens bij te horen en niet tot last te zijn en liefde, zoals uitingen van affectie en lichamelijk contact. Het betrokken zijn bij besluitvorming en het behouden van een keuzemogelijkheid is van belang voor het gevoel zelf de touwtjes in handen te hebben.'* Dr. Kuin stelt ook dat voor zorgvragers en hun naasten en zorgverleners het behouden van autonomie en controle het meest van waarde was.

In de interviews die Dr. Kuin heeft gehouden, kwamen geen specifieke psychosociale behoeften naar voren. Wel werd er door één van zijn respondenten gesteld dat alle soorten psychosociale problemen naar voren komen in de laatste levensfase, deze worden echter als belangrijker en sterker ervaren in relatie tot het naderende einde. In de interviews kwamen vier centrale thema's naar voren die gerelateerd zijn aan de laatste levensfase:

- Zorgen om het ziekteverloop en het naderend sterven: Er is veel onzekerheid over de weg naar het sterven. Dit uit zich in angst voor verdere achteruitgang, lichamelijke problemen of de manier waarop het sterven zelf zal gaan.
- Het loslaten van het leven: Het gevoel dat het lichaam je in de steek laat. Erkennen dat niet alles meer wil, terwijl dat zo gewenst zou zijn.
- Het opmaken van de balans: Opmaken van de balans van het leven. Wat is er bereikt? Dingen die niet zijn verwerkt komen in de laatste periode weer terug.
- Zorgen om wie / wat je achterlaat: Er kunnen zorgen zijn over de vraag of alles goed geregeld is. Het moeten achterlaten van dierbaren heeft vaak invloed op de strijd in het loslaten van het leven.

De beleving van psychosociale problemen en behoeften kan beïnvloed worden door de factoren die in figuur 11 zijn weergegeven.



Figuur 11: Schematische weergave van factoren, welke invloed kunnen hebben op de grootte en ernst van de psychosociale problemen en behoeften (Kuin, 2004)

Vanuit een cultuur / religie kunnen er aspecten zijn die leiden tot verschillende behoeften of problemen in de laatste levensfase. De leeftijd die een terminale zorgvrager heeft kan eveneens van invloed zijn op behoeften en problemen. Eerdere ervaringen in het leven kunnen hierop ook van invloed zijn. De draagkracht van het gezin kan bepalend zijn voor de behoefte aan hulp in de laatste levensfase. Evenals de draagkracht van het gezin, kan ook het sociale netwerk rondom de zorgvrager invloed hebben op de beleving van de ziekte door de zorgvrager. Wanneer er goede communicatie is tussen

naasten en de zorgvrager kan dit een positieve invloed hebben op psychosociale problemen. Wanneer er echter minder goed gecommuniceerd wordt, kunnen hierdoor juist problemen ontstaan.

Om goede psychosociale zorg te verlenen kwamen in de interviews van Dr. Kuin met zorgverleners de volgende belangrijke punten naar voren:

- Signaleren: Voorafgaand aan het bieden van psychosociale zorg gaat het signaleren van behoeften en problemen. Deze behoeften en problemen worden vaak niet door de zorgvrager zelf naar voren gebracht, maar komen door gesprekken aan het licht.
- Houding: Een juiste houding vraagt inlevingsvermogen van de zorgverlener, deze moet open staan voor wat de zorgvrager ervaart aan problemen. Er moet niet meteen naar een oplossing voor de problemen gezocht worden, maar getracht worden om de achterliggende reden van de problemen te achterhalen. Het is van belang om de zorgvrager ruimte te bieden en het gevoel te geven dat ze met alles bij de zorgverlener terecht kunnen. Bij psychosociale zorg is het van belang om echte aandacht te tonen, echte interesse, er zijn voor de zorgvrager. De zorg is afhankelijk van de zorgverlener, niet alle zorgvragers verlenen op dezelfde manier psychosociale zorg.
Het is belangrijk echt te luisteren naar wat de zorgvrager vertellen wil, een luisterend oor bieden, daar hebben zorgvragers en hun naasten vooral behoefte aan. In sommige situaties wordt humor gebruikt om emotionele zaken bespreekbaar te maken.
- Doen: Het doel dat veel zorgverleners voor ogen hebben bij het verlenen van psychosociale zorg, is het helpen bij het kunnen vinden van rust voor de zorgvrager en zijn naasten. Hierbij is het voor de zorgverlener belangrijk om niet vanuit eigen gevoel te doen wat volgens de zorgverlener zelf nodig is, maar om te doen wat de zorgvrager zelf belangrijk vindt.

De rol van de verpleegkundige met betrekking tot psychosociale zorg:

Verpleegkundigen zijn vaak de eersten die in aanraking komen met psychosociale problemen. Dit kan zij tijdens het wassen en het verlenen van de dagelijkse zorg ervaren. De verpleegkundige signaleert dus de psychosociale problemen of behoeften, ze hebben een signaalfunctie. Ook spelen zij een belangrijke rol in het bieden van de psychosociale zorg. Tijdens het uitvoeren van handelingen aan het bed of in de dagelijkse zorg kunnen zij een luisterend oor bieden aan de zorgvragers. Een verpleegkundige kan een bemiddelende of sturende rol hebben in het op gang brengen van een gesprek. Ook begeleiden veel verpleegkundigen de naasten van de zorgvragers. Toch gaven de verpleegkundigen in de interviews van Dr. Kuin aan, dat zij doorverwijzen naar een maatschappelijk werker bij ernstige communicatieproblemen of gebrek aan tijd. Er dient een goede samenwerking te zijn tussen verschillende disciplines op het gebied van psychosociale zorg. De ervaring leert namelijk dat de grenzen tussen de verschillende beroepsgroepen (maatschappelijk werker, verpleegkundige, arts, psycholoog en geestelijk verzorger) in de laatste levensfase meer vervagen, daarvoor is het wel van belang dat er goed wordt samengewerkt.

In de conclusies van het onderzoek van Dr. Kuin werden de volgende punten genoemd:

- Psychosociale problemen en behoeften zijn problemen en behoeften die ook in andere levensfasen kunnen voorkomen. De confrontatie met de dood zet de problemen en behoeften in een ander licht en maakt dat deze heviger worden ervaren.
- Psychosociale zorg is het goed waarnemen van behoeften en problemen, dit vraagt tijd en aandacht.
- Psychosociale zorg om oprechtheid, echte interesse en contact van hart tot hart.
- Interventies dienen met name gericht te zijn op het van mens tot mens ondersteunen van zorgvrager en naasten in het vinden van rust.
- Niet de ideeën van de zorgverlener, maar de wensen en mogelijkheden van de zorgvrager en zijn naasten zijn uitgangspunt in het bieden van psychosociale zorg.
- Om psychosociale zorg te optimaliseren is goede samenwerking en communicatie tussen verschillende zorgverleners uit verschillende disciplines essentieel voor het bieden van de best haalbare psychosociale zorg. (Kuin, 2004)

Één van de grootste opgaven in het leven is het leren omgaan met de naderende dood. Indien nodig, kan een zorgvrager hierbij deskundige hulp krijgen. Er kan dan worden stilgestaan bij zaken uit het verleden, om sommige zaken 'alsnog een plek te geven' voor de zorgvrager. Verder moeten zorgverleners hulp bieden aan de zorgvragers bij het organiseren van zaken die verband houden met het naderende sterven. Zo kan er bijvoorbeeld hulp geboden worden bij het schrijven van een afscheidsbrief of wensen rondom de begrafenis doorgesproken worden. Van de zorgverleners wordt

verwacht dat zij ook de naasten en andere dierbaren betrekken in de zorg rondom het naderend sterven. (*Werkgroep Visie Palliatieve Terminale Zorg, 2004*)

Van de behoeften, beschreven in paragraaf 4.1, zijn ook een aantal psychosociale vaardigheden af te leiden. Hierbij wordt dan vooral gedacht aan de behoeften op het gebied van emotionele steun en bejegening. Psychosociale aspecten die hierin naar voren komen zijn:

- Communicatie over de situatie
- Steun bij omgaan met gevoelens (bijvoorbeeld schuld, angst, onzekerheid, anticiperend rouwen)
- Geestelijke begeleiding en rituelen
- Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde
- Steun bij verliesverwerking (ook voor naasten, ook na overlijden)
- Persoonlijke aandacht
- Respect
- Autonomie
- Waardigheid

Om een beeld te krijgen van de psychosociale vaardigheden van een verpleegkundige in een hospice is aan ervaringsdeskundigen gevraagd wat zij zoal aan vaardigheden uitvoeren. Zij gaven aan de volgende psychosociale vaardigheden toe te passen:

- Aanvoelen of de zorgvrager behoefte heeft aan een gesprek, soms proberen wat vragen te stellen om te kijken hoe de persoon met het hele proces omgaat
- Aandacht
- Een luisterend oor
- Begeleiden naar de dood / stervensbegeleiding
- Afleggen en familie hierbij betrekken
- Familie opvangen
- Het afsluiten van de levensweg gaat met allerlei emoties gepaard, wisselend per persoon. Soms moet er veel 'geordend' worden – dingen die mis gegaan zijn in het leven, verstoorde familierelaties bijvoorbeeld
- Autonomie: eigenheid van de mens staat centraal
- Naaste omgeving maakt belangrijk deel uit van de zorg
- Empathie van de zorgverlener: invoelend vermogen met gepaste afstand

Naast bovenstaande punten hebben de zorgverleners ook aangegeven wat zij belangrijk vinden met betrekking tot de zorg voor terminale zorgvragers. Een zorgverlener dient geïnteresseerd te zijn in de terminale zorgvrager, liefdevolle verzorging te kunnen bieden en goed te kunnen luisteren en communiceren. Op de vraag of studenten op psychosociaal gebied kunnen voorzien in de behoefte van terminale zorgvragers werd gezegd dat dit aan de persoon ligt. Dit ligt ook aan de ervaring die studenten hebben. Tot slot werd aangegeven dat verpleegkundigen over een goed empathisch vermogen moeten beschikken en een evenwicht moeten zoeken tussen afstand en nabijheid.

Om te kijken of een student in de bovenstaande psychosociale aspecten kan voorzien, is nagevraagd wat studenten leren in de lessen Sociale Vaardigheden (SOVA) en Sociaal Relationale Vaardigheden (SRV) op het psychosociale gebied bij de beide hogescholen. In figuur 12 staat schematisch weergegeven wat studenten leren op school.

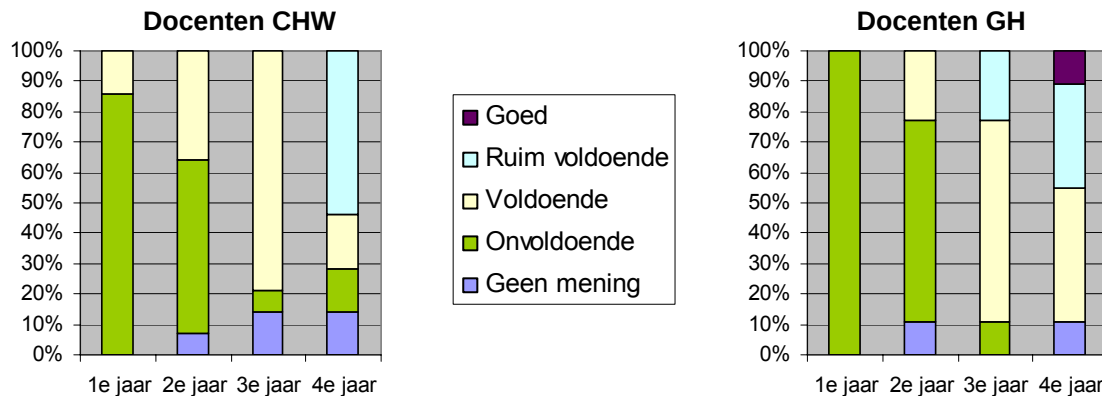
CHW	GH
1^e jaar - Kennismaking en communicatie - Waarnemen en interpreteren, non-verbaal gedrag - Luisteren en vragen stellen - Samenvatten en concretiseren - Omgaan met gevoelens - Parafraseren en gevoelsreflecties	1^e jaar - Waarnemen en interpreteren - Non verbaal gedrag in communicatie - Luisteren - Vragen stellen - Samenvatten - Afnemen van een anamnesege gesprek met een oudere a.d.h.v. Gordon

- Statusgedrag - Assertiviteit - Anamnesegebesprek - Voorlichtingsgesprek - Slecht nieuws gesprek - Feedback geven en ontvangen - Totale communicatie en het belang van het maken van een communicatieplan - Houdingsvaardigheden - Rapport maken I: - Empathie, afstemmen op (non)-verbaal gedrag en observatie van incongruente gedragingen. - Rapport maken II: Afstemmen en leiden - Omgaan met agressie 1 - Omgaan met agressie 2 2^e jaar - Client ondersteunen in maken van eigen keuzes, doelbepaling, formuleren hulpvraag. - Counseling rond het thema mantelzorg - Motiverende gespreksvoering en confronteren - Rouw- en verliesverwerking - Een verpleegsituatie inbrengen in een multidisciplinair overleg - Seksuele intimidatie - Inleiding op coaching - oriëntatiefase - Diagnosefase - Doelen formuleren en Plan opstellen - Interactieprocessen en systeemdenken - De houding van de coach - Fasen in teamontwikkeling - Integratie van de verschillende vaardigheden	- Hanteren van gevoelens 1 - Hanteren van gevoelens 2 - Assertiviteit 1 - Assertiviteit 2 - Groepsrollen - Feedback 1 - Feedback 2 - Voeren van diverse soorten gesprekken (patiëntenvoorlichting): - Selectieve en niet selectieve vaardigheden - Regulerende vaardigheden - Voorlichtingsgesprek - Counseling - Counseling - Slecht nieuws gesprek - Evaluatie SRV jaar 1 2^e jaar - Groepsdynamica - Besluitvorming - Vergaderen en rollen - Onderhandelen - Gesprek voeren en leiden - Gesprek voeren en leiden - Leiderschap - Inleiding op presenteren / klinische les / voorlichting geven - Docent onafhankelijke les - Presentatie geven - Klinische les geven - Adviesgesprek - Coaching / begeleiding - Consultatiebureau training geïntegreerd met VTV - Probleemverkenkende gesprek met een oudere - Het helpende gesprek met een oudere - Spirituele gespreksvoering - Omgangsvormen bij dementie - Spirituele gespreksvoering - Counseling - Counseling en evaluatie 3^e jaar - DSM-IV diagnosticeren en NSM-interveniëren: - Het stellen van een DSM-IV diagnose - Het stellen van een DSM-IV diagnose in een diagnostisch interview - Een diagnostisch interview in een simulatiesituatie - Het verantwoorden van de DSM-IV diagnose in een multidisciplinair overleg - Het schrijven van een verpleegplan (NSM)
---	--

Figuur 12: Lesplan psychosociale vaardigheden

Zoals in voorgaande figuur wordt weergegeven, zijn een aantal verschillende termen gebruikt voor de inhoud van de SOVA en SRV lessen. Het 1^e jaar van beide hogescholen komt redelijk met elkaar overeen. In het 2^e jaar zijn echter verschillen in het lesplan te ontdekken, de CHW richt zich op andere aspecten van sociale vaardigheden (psychische aspecten) dan de GH (praktische kanten van de sociale vaardigheden). Studenten van de GH krijgen ook in het 3^e studiejaar nog SRV lessen. Hier wordt voornamelijk ingegaan op het stellen van DSM-IV diagnoses en dergelijke.

Aan docenten van beide hogescholen is gevraagd om per studiejaar aan te geven in welke mate studenten kunnen functioneren op psychosociaal gebied. Dit konden zij beoordelen met onvoldoende, voldoende ruim voldoende, goed en geen mening. Hierbij konden zij een korte toelichting geven. De uitkomsten van de meerkeuzevraag staan in figuur 12 weergegeven.



Figuur 13: Docenten over psychosociale vaardigheden

In de enquêtes kwam vooral naar voren dat 1^e jaars studenten niet in staat zijn om op psychosociaal gebied voldoende te functioneren. Dit komt ook naar voren in figuur 13, 100% van de docenten van de GH en 86% van de docenten van de CHW denken dat 1^e jaars studenten onvoldoende functioneren op psychosociaal gebied. In de toelichtingen bleek dat 1^e jaars studenten te jong zijn en onvoldoende kennis en ervaring hebben, daarnaast zullen zij het emotioneel niet aan kunnen. Door een docent van de CHW werd gezegd: *'Ik ben van mening dat de terminale zorgvrager geen belang heeft bij mensen die alles nog moeten leren. Hun blikveld vernauwd zich steeds meer en steeds meer mensen vallen af. Ze hebben behoefte aan een menselijke en deskundige (gediplomeerde) begeleiding.'*

Over 2^e jaars werd ook gezegd dat ze te jong zijn en geen kennis en ervaring hebben. Toch denken een aantal docenten dat 2^e jaars studenten onder deskundige begeleiding een goede leermogelijkheid geboden kan worden. Studenten uit het 2^e jaar zijn nog niet *'los vertrouwd'*, aldus een docent van de GH, maar *'Aan het eind van het 2^e jaar zou alle kennis wel aanwezig moeten zijn'*, volgens een docent van de CHW. 23% van de GH docenten denkt dat een 2^e jaars student voldoende in staat is om op psychosociaal gebied zorg te verlenen. Van de CHW docenten denkt 36% dat de 2^e jaars voldoende in staat zijn om psychosociale zorg te verlenen. Toch denkt de meerderheid van beide scholen dat 2^e jaars studenten onvoldoende in staat zijn psychosociale zorg te verlenen (57% en 66%).

In het 3^e jaar zijn studenten, volgens hun docenten, al meer in staat om psychosociale zorg te bieden. Wel denken docenten van beide hogescholen dat dit van de individuele student af zal hangen. Er zal nog steeds begeleiding en coaching nodig zijn. Één docent van de CHW geeft ook aan dat studenten geselecteerd moeten worden voor een stage in het hospice. 79% van de docenten van de CHW denkt dat studenten uit het 3^e jaar voldoende kunnen functioneren op psychosociaal gebied. Van de GH docenten denkt 66% dat studenten voldoende zullen functioneren en 23% dat ze zelfs ruim voldoende kunnen functioneren. Vanaf het 3^e jaar denken docenten van beide hogescholen dat studenten de psychosociale hulp wel kunnen verlenen.

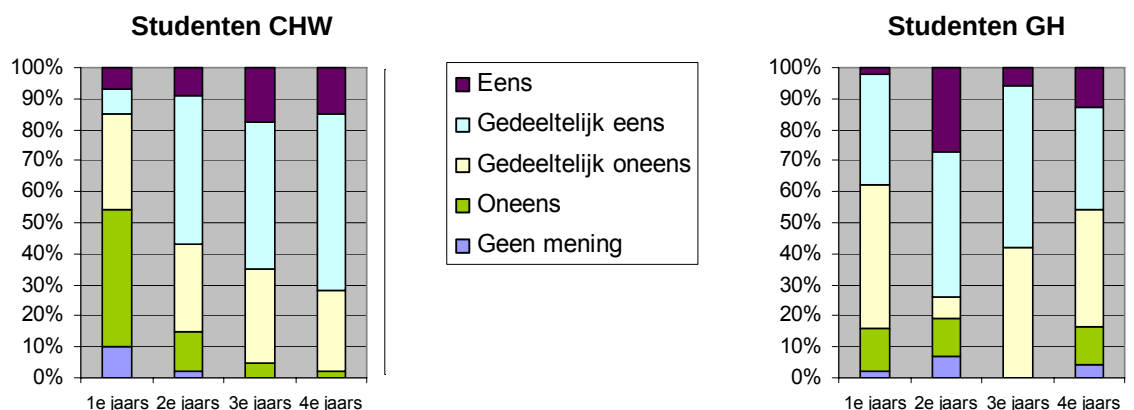
Ook bij 4^e jaars studenten zullen er verschillen zijn tussen de studenten, het psychosociaal functioneren is afhankelijk van de persoon. Docenten van beide hogescholen denken wederom dat goede begeleiding van groot belang zal zijn. Een docent van de CHW geeft aan: *'Met name op het psychosociale vlak vraagt het mijns inziens om verdere groei en meer ervaring om dat op professioneel niveau te kunnen'*. Ook werd aangegeven dat 4^e jaars studenten al in een aantal

gevallen meer zelfstandig kunnen zorg verlenen. 14% van de CHW docenten denkt dat 4^e jaars studenten onvoldoende kunnen functioneren op psychosociaal gebied. Daarentegen denkt 72 % dat 4^e jaars studenten voldoende tot ruim voldoende psychosociale zorg kunnen verlenen. Er is geen enkele docent van de CHW die denkt dat een 4^e jaars student goede psychosociale zorg kan verlenen. Van de GH docenten denkt 11% dat 4^e jaars studenten goede psychosociale zorg kan verlenen. 11% heeft er geen mening over en de overige 78% denkt dat 4^e jaars studenten voldoende tot ruim voldoende psychosociale zorg kan verlenen.

Studenten van beide hogescholen hebben in een enquête antwoord gegeven op de volgende stelling:

'Ik bezit voldoende kennis / ervaring / vaardigheden om zorg te kunnen verlenen aan een terminale zorgvrager op psychosociaal gebied'.

In figuur 14 staat aangegeven hoe de studenten uit de verschillende jaren van beide hogescholen over de stelling denken.



Figuur 14: Studenten over psychosociale vaardigheden

Van de CHW zegt ± 75% van de studenten uit het 1^e studiejaar oneens of gedeeltelijk oneens te zijn. In hun toelichting gaven zij aan dat dit vooral komt doordat zij nog veel moeten leren en nog geen ervaring hebben. Wel heeft een groot aantal studenten persoonlijke ervaringen, maar zij zijn zich er van bewust dat dit niet voldoende zal zijn. Bij de 1^e jaars studenten van de GH gaf ± 60% aan dat zij het oneens of gedeeltelijk oneens zijn met de stelling. Ook zij wijten dit aan onvoldoende kennis en ervaring. Tevens hebben ook studenten van de GH, net als de studenten van de CHW, persoonlijke ervaringen met sterfgevallen.

Bij de 2^e jaars studenten van CHW is 57% het eens of gedeeltelijk eens met de stelling. Bij de GH is dit 82%, de kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat de groep studenten van de CHW drie keer zo groot was als de groep van de GH. Ook bij de toelichtingen van de 2^e jaars werd bij beide hogescholen aangegeven dat zij onvoldoende ervaring hebben, een deel denkt de benodigde kennis wel in huis te hebben, maar het gebrek aan ervaring voert de boventoon.

Van de 3^e jaars GH studenten is 58% het gedeeltelijk eens of eens met de stelling. Zij geven hierbij aan dat zij nog veel moeten leren en niet veel ervaring hebben. Er waren een aantal studenten die aangaven een stuk levenservaring te missen. Van de CHW studenten is 64 % het gedeeltelijk eens of eens met de stelling. Zij geven aan wel theoretische kennis te hebben, maar deze nog niet toegepast te hebben in de praktijk. Anderen zeggen dat ze wel ervaringen hebben opgedaan vanuit stages.

Van beide hogescholen zijn er onder de 4^e jaars studenten een groot aantal die aangeven dat ze te weinig kennis en ervaring hebben en nog veel moeten leren. Van de studenten van de CHW is 72% het gedeeltelijk eens of eens met de stelling. Van de GH is dit 47%, uit de toelichtingen is niet af te leiden wat de reden is voor dit verschil. Wel geven een aantal studenten van de CHW aan dat ze zich meer moeten verdiepen in theorie.

4.2.1.4 Zorgbehoefte

Aan de hand van de behoeften van terminale zorgvragers, die worden benoemd in het onderzoek van NIVEL (2000), is aan studenten gevraagd in welke mate zij hierin denken te kunnen voorzien. De resultaten hiervan zijn in grafieken weergegeven in bijlage 2 (in verband met de grootte van het bestand). Er is voor gekozen om aan de hand van deze aspecten de studenten te bevragen, omdat het onderzoek van NIVEL een eenduidig overzicht geeft van de behoeften van terminale zorgvragers, welke goed te hanteren zijn in een enquête.

Aan de studenten werd de vraag gesteld in welke mate zij denken te kunnen voorzien in de behoeften van de terminale zorgvrager. Per aspect kregen ze vijf antwoordmogelijkheden: onvoldoende, matig, voldoende, ruim voldoende en goed.

Pijn- en symptoombestrijding

Uit de beide grafieken valt af te leiden dat de meerderheid van alle studenten van mening is dat zij 'voldoende' kunnen voorzien in deze behoefte. In de grafiek van de CHW is er een stijgende lijn te zien, waaruit blijkt dat studenten in de loop van hun studie beter in staat zijn 'pijn- en symptoombestrijding' toe te passen. Bij de GH is dit verloop erg wisselend. De 3^e jaars geven zichzelf een hogere waardering dan de 4^e jaars. Daarnaast geven de 4^e jaars van de CHW zichzelf een hogere waardering dan de 4^e jaars van de GH.

Communicatie over pijn- en symptoombestrijding

De grafieken met betrekking tot de 'communicatie over pijn- en symptoombestrijding' komen erg overeen met de uitkomsten bij het aspect 'pijn- en symptoombestrijding'. Een overgrote meerderheid is van mening 'voldoende' tot 'goed' te kunnen voorzien in deze behoefte. Ook bij dit aspect geven de 3^e jaars van de GH zichzelf een hogere waardering dan de 4^e jaars en geven de 4^e jaars van de CHW zichzelf een hogere waardering dan de 4^e jaars van de GH.

Informatie over het ziekteproces

Ook de grafieken van 'informatie over het ziekteproces' verlopen vrijwel net zo als de grafieken bij 'pijn- en symptoombestrijding' en 'communicatie over pijn- en symptoombestrijding'. Bij de CHW is er weer een stijgende lijn te zien welke laat zien dat naarmate de studie vordert, de studenten zichzelf steeds beter in staat achten te kunnen voorzien in dit aspect. Bij de GH is echter weer het geval dat de 4^e jaars zichzelf minder hoog waarderen als de 3^e jaars. Over het algemeen gezien, geeft de meerderheid van alle studenten aan 'voldoende' tot 'goed' te kunnen voorzien in dit aspect.

Emotionele steun bij verwerking terminale ziekte

Overwegend geven de studenten aan 'voldoende' tot 'goed' te kunnen voorzien in het aspect omtrent 'emotionele steun bij verwerking terminale ziekte'. Bij de CHW is het opvallend dat de 1^e en 3^e jaars vrijwel dezelfde waardering aan zichzelf geven. De 2^e jaars zijn iets minder goed dan de 1^e en 3^e jaars. De 4^e jaars zijn iets beter in staat te voorzien in dit aspect dan de 1^e en 3^e jaars. Bij de GH komt weer naar voren dat de 3^e jaars zichzelf een hogere waardering geven dan de 4^e jaars. De 2^e jaars waarderen zichzelf redelijk laag: 47% geeft aan 'onvoldoende' te kunnen voorzien in dit aspect.

Geestelijke begeleiding en rituelen

Een klein percentage van alle studenten geeft aan 'ruim voldoende' tot 'goed' te kunnen voorzien in dit aspect, de meerderheid geeft 'voldoende' aan. De waarderingen tussen de verschillende studiejaar verschillen van elkaar, zo geven het 2^e en 3^e jaar van de GH zichzelf een hogere waardering dan het 1^e en 4^e jaar. De 4^e jaars studenten van de CHW geven zichzelf een hogere waardering dan de 4^e jaars studenten van de GH.

Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde

Over het algemeen geven de studenten van de GH zichzelf een hogere waardering voor dit aspect dan de studenten van de CHW. Opvallend is dat de 3^e en 4^e jaars van de GH zichzelf lager waarderen dan de 2^e jaars.

Steun bij dagelijkse levensverrichtingen en zorgtaken

Bij dit aspect geeft het overgrote merendeel van alle studenten aan 'ruim voldoende' tot 'goed' te kunnen voorzien in dit aspect. Opvallend is dat van de beide hogescholen, de 2^e jaars zichzelf relatief gezien het meest 'goed' hebben aangegeven op hun enquête. De 2^e jaars van de CHW waarderen

zichzelf hoger dan de 3^e jaars en bij de GH waarderen de 2^e jaars zich zowel bij de 3^e als de 4^e jaars hoger. De 3^e jaars van de CHW waarderen zichzelf beduidend minder dan de 3^e jaars van de GH.

Steun bij afscheid en praktische zaken

Het merendeel van alle studenten geeft bij dit aspect aan 'voldoende' te kunnen voorzien in 'steun bij afscheid en praktische zaken'. De 3^e jaars van de GH waarderen zichzelf beduidend hoger dan de 3^e jaars van de CHW. Bij de 4^e jaars is dit juist andersom het geval.

Steun bij verliesverwerking

Deze beide grafieken komen overeen met de grafieken bij het aspect 'steun bij afscheid en praktische zaken'. De 4^e jaars van beide hogescholen waarderen zich echter hoger bij dit aspect dan bij het vorige aspect en bij de CHW geven 2^e jaars meer 'voldoende' aan.

Zorg voor rust, privacy en sociale contacten

Een groot deel van alle studenten geeft aan 'ruim voldoende' tot 'goed' te kunnen voorzien in het aspect rondom 'zorg voor rust, privacy en sociale contacten'. Bij de CHW geven studenten uit het 4^e jaar zichzelf de hoogste waardering, bij de GH zijn dit echter de 2^e jaars. Opvallend is dat bij de GH de 1^e en de 4^e jaars ook aangeven 'matig' te kunnen voorzien in dit aspect, terwijl de 2^e en 3^e jaars alleen 'voldoende' en hoger aangeven.

Zorg voor een veilige omgeving

Dit aspect komt qua grafieken zeer sterk overeen met het aspect 'zorg voor rust, privacy en sociale contacten'. Bij de CHW waarderen de 4^e jaars zich alleen wat minder hoog dan bij het vorige aspect. Bij de GH is dit alleen het geval bij de 1^e jaars.

Persoonlijke aandacht

In de grafiek van de CHW is goed af te lezen dat naarmate de opleiding vordert, de studenten zichzelf hoger gaan waarderen wat betreft het aspect 'persoonlijk aandacht'. Bij de GH is dit anders, hier geven de 2^e jaars zichzelf een hele hoge waardering, hoger dan de 3^e en 4^e jaars dat doen. Het merendeel van alle studenten geeft wel aan 'ruim voldoende' tot 'goed' te kunnen voorzien in dit aspect.

Aandacht voor comfort

Bij de CHW is er weer een stijgende lijn te zien naarmate de opleiding volgt, met uitzondering van de 3^e jaars, deze waarderen zichzelf iets minder goed dan de 2^e jaars. De 3^e jaars geven zichzelf zelfs een 'matig' en 'onvoldoende' (samen 8%). Bij de GH is ook een stijgende lijn te zien, behalve voor de 2^e jaars, zij waarderen zichzelf beduidend beter dan 3^e en 4^e jaars.

Respect voor autonomie en waardigheid

Bij dit aspect geven de studenten van de GH zichzelf een hogere waardering dan de studenten van de CHW, behalve bij de 4^e jaars. Hier geven de studenten van de CHW zichzelf een hogere waardering dan de GH. Opvallend is dat er van de 4^e jaars van de CHW, 2% aangeeft 'onvoldoende' te kunnen voorzien in het aspect 'respect voor autonomie en waardigheid'. Over het algemeen wordt door alle studenten 'ruim voldoende' tot 'goed' weergegeven in de grafiek betreffende dit aspect.

4.2.2 Beantwoording deelvraag 2

Kan een HBO-verpleegkunde student nu de nodige zorg bieden aan een terminale zorgvrager en voorzien in zijn zorgbehoefte?

Gekeken naar de vaardigheden van studenten op coördinerend gebied, kan gesteld worden dat deze gedurende de opleiding steeds meer vorm krijgen. Binnen de opleiding richt de HBO-verpleegkunde student zich op verschillende competenties die van belang zijn om de zorg voor de terminale zorgvrager te kunnen coördineren. De specifieke setting van een hospice en de specifieke coördinerende zorg voor een terminale zorgvrager maakt echter dat er op dit gebied meer gevraagd wordt van de studenten. De coördinatie van zorg vormt namelijk een zeer belangrijk onderdeel van de zorgverlening in een hospice. Toch zullen studenten in staat zijn veel coördinerende activiteiten op zich te nemen, waarbij een goede begeleiding van groot belang is. In een onderzoek onder de docenten en studenten kwam wel naar voren, dat coördinerende taken voornamelijk door de 3^e en 4^e

jaars uitgevoerd kunnen worden. Van deze jaargangen wordt verwacht dat zij de coördinerende vaardigheden voldoende tot goed in de praktijk kunnen brengen binnen een hospice. De 1^e en 2^e jaars studenten hebben op dit vlak nog te weinig kennis en ervaring.

Het verrichten van verpleegtechnische handelingen in het hospice wordt in de 1^e twee studiejaar van de opleiding niet als verantwoord gezien. Zoals een verpleegkundige verwoorde: *'Bekwaam op een pop of skillslab is anders dan bekwaam op mensen, levende mensen.'* Hieruit kan worden opgemaakt dat studenten eerst ervaring moet hebben met (bepaalde) verpleegtechnische vaardigheden vóórdat deze in de praktijk worden gebracht bij terminale zorgvragers. Om dan voor het 3^e en 4^e studiejaar te spreken: indien een student voldoende ervaring heeft, is het verantwoord om deze student zelfstandig aan het werk te laten gaan wat betreft de verpleegtechnische handelingen, maar natuurlijk is het niet acceptabel dat deze studenten zonder begeleiding en helemaal zelfstandig voorbehouden handelingen uitvoeren.

Op psychosociaal gebied kunnen studenten van de CHW veel leren van de SOVA lessen en de studenten van de GH van de SRV lessen. Hierbij komen veel onderwerpen aan bod die goed van pas kunnen komen in een hospice, zoals luistervaardigheden en rouw- en verliesverwerking, deze onderwerpen komen echter maar één les aan het bod. Wanneer studenten stage gaan lopen in het hospice is het aannemelijk dat zij aan die enkele lessen niet voldoende zullen hebben. Zij geven dit zelf ook aan in de enquêtes, ze denken onvoldoende kennis en ervaring te hebben. Enkele studenten gaven aan dat zij wel stage willen lopen in een hospice, maar dat ze dan wel eerst meer informatie en kennis willen vergaren.

Zoals de docenten van beide hogescholen hebben aangegeven, zullen studenten uit het 1^e en 2^e studiejaar van beide hogescholen onvoldoende in staat zijn om psychosociale zorg te verlenen in een hospice. De 3^e en 4^e jaars studenten achten zij wel in staat om deze zorg te kunnen verlenen.

Gekeken naar de specifieke behoeften van terminale zorgvragers, geven studenten over het algemeen aan zichzelf voldoende of zelfs beter in staat achten om hierin te voorzien. Globaal gezien geven de grafieken een stijgende lijn weer welke aangeeft dat, naarmate de studie vordert, de studenten zichzelf steeds 'beter' in staat achten om te kunnen voorzien in de behoeften (enkele uitzonderingen daargelaten). Wat duidelijk naar voren komt, is dat de aspecten 'Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde', 'Geestelijke begeleiding en rituelen', 'Steun bij afscheid en praktische zaken' en 'Steun bij verliesverwerking' over het algemeen als lastig ervaren worden door de studenten.

De beantwoording van deze vraag biedt zoals hierboven beschreven verschillende nuanceringen. Over het algemeen kan worden gezegd dat HBO-verpleegkunde studenten voldoende in staat zijn de nodige zorg te bieden aan een terminale zorgvrager en te voorzien in zijn zorgbehoefte, mits zij zich in een verder gevorderd stadium van de opleiding bevinden. Een grens van 3^e en 4^e jaars lijkt hierin een breukpunt. De 3^e en 4^e jaars zouden voldoende in staat moeten zijn om de zorg voor de terminale zorgvrager aan te bieden, gekeken vanuit de perspectieven van de verpleegkundigen, docenten en studenten zelf. Goede voorbereiding en begeleiding moet echter wel gewaarborgd zijn.

4.3 Deelvraag 3

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van de volgende deelvraag:

- *Hoe sluiten de verschillende levensfasen van een terminale zorgvrager en student op elkaar aan?*

4.3.1 Resultaten

Het leven kan worden opgedeeld in levensfasen. Het is niet zo dat er van de één op de andere dag gezegd kan worden dat iemand in een andere levensfase is beland. Het leven is een vloeiende lijn, de ene fase wordt geleidelijk aan opgevolgd door de volgende fase. Levensfasen geven eigenlijk aan dat er in bepaalde periodes van het leven, andere dingen op de voorgrond staan dan in andere periodes. (Kordelaar, e.a. 2007)

Studenten en de terminale zorgvragers, die in een hospice komen, bevinden zich in verschillende levensfasen, studenten zijn nog in de bloei van hun leven en hebben nog een hele toekomst voor zich en terminale zorgvragers zijn in de laatste fase van hun leven gekomen. Om deze verschillende fasen met elkaar te vergelijken, zijn de adolescentie- en de ouderdomsfase geselecteerd. Er is voor deze 2 fasen gekozen omdat de grote meerderheid van de studenten zich in de adolescentiefase bevindt.

Uit jaarverslagen van verschillende hospices blijkt dat de terminale zorgvrager in een hospice gemiddeld 75 jaar is. (*Stichting Hospice Delft, 2006; Hospice Bardo, 2005; Hospice Utrecht, 2005*) Uit deze informatie is opgemaakt dat veel terminale zorgvragers zich in de ouderdomsfase bevinden. Er zijn uitzonderingen, maar om een globaal beeld te schetsen is er voor één fase gekozen.

Vrijdag 9 november is een symposium bezocht in Rotterdam. Het thema van het symposium was 'Tijdreizen'. Tijdens het symposium werd het project 'Tijdreizen', gedaan door studenten van de Hogeschool Rotterdam (HRO) en ouderen van verschillende ouderenorganisaties, gepresenteerd. 'Tijdreizen' is ontwikkeld door het Centrum voor Psychogerontologie van de Radboud Universiteit in Nijmegen. Het is ontwikkeld om jongeren en ouderen met elkaar in contact te brengen door met elkaar in gesprek te gaan. Door het vertellen van verhalen over het eigen leven en hun belevingswereld nemen ouderen en jongeren elkaar mee op 'een reis door de tijd'. Het doel van Tijdreizen wordt als volgt omschreven:

'De gespreksgroep Tijdreizen heeft als doel jongeren en ouderen intensief kennis te laten maken met elkaars belevingswereld en generationele achtergronden om daarmee stereotype beeldvorming tussen generaties te doorbreken en integratie tussen jongeren en ouderen te bevorderen.'

Voor de gesprekken tussen ouderen en jongeren kunnen, in het kader van 'Tijdreizen', verschillende onderwerpen gekozen worden. In Rotterdam is gekozen voor de thema's Opvoeding en Huidige Levensfase. Hiermee wilden ze dat de deelnemers van de gesprekken een beter beeld krijgen van wat het betekent om oud of jong te zijn in de huidige tijd. De gesprekken vonden plaats in groepen van ongeveer 10 personen, 5 jongeren en 5 ouderen. De jongeren waren studenten Ergotherapie of Verpleegkunde, uit het 1^e of 2^e jaar van de opleiding aan de HRO en de ouderen waren lid van een ouderenorganisatie in Rotterdam. Bij deze gesprekken zat een 4^e jaars student Ergotherapie of Verpleegkunde, zij hadden de rol van gespreksleider.

In de gesprekken, die de ouderen en de jongeren hebben gehad, vielen een aantal dingen op:

- *'Ouderen vinden dat jongeren veel kansen en keuzen hebben'*. Bijvoorbeeld op het gebied van onderwijs. Jongeren hebben keuze uit veel meer opleidingen dan de ouderen vroeger hadden.
- *'Rust, Reinheid en Regelmaat'*. Zowel de ouderen als de jongeren zijn opgevoed met deze termen.
- *'Overall weinig verschillen tussen oud en jong'*. Over het algemeen zijn er niet veel verschillen tussen ouderen en jongeren. Ze zijn in een andere tijd opgegroeid, maar lopen tegen dezelfde dingen aan op gebieden als liefde, opvoeding, werk, etc.

De conclusie die in Rotterdam is getrokken na het uitvoeren van het project 'Tijdreizen' is: Het was een geslaagd project. Zowel de ouderen als de jongeren hebben meer inzicht in elkaars leefwereld gekregen. Ze vinden het een goed project om nogmaals uit te voeren.

Nelleke Rögels, ontwikkelingspsycholoog, heeft aan de hand van een onderzoek van Hummert (1995) stereotype beelden, van jongeren over ouderen, schematisch weergegeven, zie figuur 15. Gerontologen hebben namelijk het beeld dat jongeren alleen maar negatieve beelden hebben van ouderen. Bij het project 'Tijdreizen' gaven veel jongeren aan dat hun beeld van ouderen is veranderd. Jongeren zijn er achter gekomen dat niet alle ouderen negatief denken over de jeugd en dat er best veel ouderen zijn die meer doen dan 'de hele dag achter de geraniums zitten'. Er zijn dus ook positieve beelden van ouderen. Ook de beelden van ouderen over jongeren zijn veranderd. Ouderen weten nu dat jongeren socialer zijn dan de media vaak weergeeft en dat ze goed met jongeren kunnen praten.

Positieve stereotypen

De perfecte grootouder

houdt van het leven, edelmoedig, gelukkig, actief, ondersteunt anderen, toont begrip, houdt van jonge mensen, moedig, heeft vrede met zijn bestaan, doet vrijwilligerswerk, waardevol, capabel, intelligent, wijs, gezond, een family-man, interessant, weet veel, liefderijk

De John Wayne conservatief

taai, volhardend, onverzettelijk, druk bezig, houdt ervan de handjes te laten wapperen, conservatief, vertelt verhalen over het veleden, joviaal

De liberale aartsmoeder / aartsvader

welvarend, alert, liberaal, goed voorkomen, vaderlandsgezind, bezorgd over de toekomst

Negatieve stereotypen

De zieke oudere

vergeetachtig, spreekt verward, beweegt langzaam, denkt langzaam, heeft verzorging nodig, fysiek gehandicapt, ziek, communicatie niet goed mogelijk, wacht op de dood, fragiel, seksueel niet actief, afhankelijk.

De oude chagrijn

slecht gehumeurd, bitter, vrekig, klaagziek, snel overstuur, zonder emoties, geen humor, landerig

De zwaarmoedige oudere

last voor de samenleving, nutteloos, verwaarloosd, bedroefd, eenzaam, roept medelijden op, armoedig, slecht voorkomen

De kluizenaar

rustig, honkvast, dankbaar voor alle hulp die wordt geboden, leeft met vast inkomen, naïef, zuinig

De kwetsbare oudere

bang voor misdaad, wantrouwig ten opzichte van vreemden, hypochonder, niet meer mobiel, slachtoffer van misdrijven

Figuur 15: Stereotype beelden van jongeren over ouderen, Rögels, 2004)

Adolescentie

In figuur 16 staat schematisch weergegeven wat de kenmerken op cognitief / emotioneel en sociaal gebied zijn van adolescenten.

Cognitief / emotioneel	Sociaal
Abstract denken / idealen	Egocentrisme
	Identiteit / rolverwarring
	Referentiegroep: vriendenkring

Figuur 16: gebaseerd op Van Delft e.a., 1999

Adolescentie is de fase tussen de kinderjaren en de volwassenheid. Er is geen leeftijdsgrens te stellen aan deze groep, omdat het doorlopen van levensfasen per persoon verschilt. In de theorie van Mahler (1975) wordt een jongere in de adolescentiefase beschreven als iemand die zich regelmatig terugtrekt in zijn eigen wereld, maar toch de behoefte heeft om zijn ouders op te zoeken om zijn zelfstandigheid te laten zien.

De denkwijze van jongeren verandert volgens Piaget (1958) ook; dachten zij in de kinderfase nog op een concrete manier, nu denken zij abstract. Dat wil zeggen dat jongeren geen concrete middelen meer nodig hebben om hun denken en redeneren te kunnen beargumenteren. (de Wit, e.a. 2004)

Aan emotionele ontwikkeling van jongeren is in de literatuur niet veel aandacht besteed. Dit komt doordat alle emoties al in de kleutertijd ontwikkeld zijn. Er worden in de loop van de jaren geen nieuwe emoties meer ontwikkeld, wel worden ze intenser en afwisselender ervaren. Dit komt door de snelle en ingrijpende veranderingen die de jongeren doormaken. LaBouvie-Vief (1989) zegt dat, naar mate de adolescentiefase vordert, emoties persoonlijker worden ervaren en er een fysieke kant aan wordt gegeven. Volgens Stegge e.a. (1997) worden negatieve emoties door jongeren niet meer weggedrukt door aan andere dingen te denken, maar ze gaan de confrontatie aan met de emotionele situatie. De emotionele ontwikkeling gaat door tot in de volwassenheid. (de Wit, e.a. 2004)

Aan het begin van de adolescentie leert de jongere logisch redeneren, alternatieve oplossingen te bedenken en daarna het resultaat te toetsen in de praktijk. Ook leert hij na te denken over situaties die hij zelf niet heeft meegemaakt. Er wordt geleerd dat er niet één waarheid is, maar dat er situaties bestaan waarin meerdere standpunten mogelijk zijn. Jongeren gaan nadenken over hun eigen normen

en waarden en leren hun eigen mening vormen, ze vormen hun eigen identiteit. Er wordt een evenwicht gezocht tussen zelfstandigheid en afhankelijkheid. In deze periode van afstand nemen van ouders / opvoeders trekken zij veel op met vrienden en laten zich door elkaar beïnvloeden. (van Delft, e.a. 1999)

De adolescentie eindigt wanneer de jongere door de maatschappij als volwassene wordt erkend. Aan het eind van de adolescentie kan niet meer om de mening van de jongere heen gedraaid worden. Zij zijn zich bewust van hun eigen gedrag en handelen en kunnen zich niet meer verschuilen achter hun 'jeugdig gedrag'. Een adolescent heeft interesse in andere levenswijzen en verschillende opvattingen en keuzen in het leven. De confrontatie met deze andere zaken, kan vooral in de eigen omgeving tot conflicten / aanvaringen leiden. Erikson (1974) gebruikt de term 'rolverwarring' om de negatieve kant van de adolescentiefase te benoemen. Jongeren zijn moeilijk in staat om rollen te dragen die het leven met zich mee brengt. Doordat ze hun eigen identiteit aan het bouwen zijn, is het voor hun moeilijk om zich in een andere rol te verplaatsen. Ze zijn egocentrisch gericht en steken zoveel energie in zichzelf dat ze zich niet meer in anderen kunnen verplaatsen. Doordat de eigen identiteit en de rol door elkaar lopen, kan de eigen identiteit verward raken. Hierom is het belangrijk dat jongeren goed begeleid worden, wanneer zij een andere rol op zich moeten nemen. (Cammaer, 1996 en van Delft, e.a. 1999)

Ouderdom

In figuur 17 zijn schematisch een aantal ontwikkelingen beschreven die betrekking hebben op de ouderdomsfase.

Lichamelijk / motorisch	Cognitief / emotioneel	Sociaal
Organisme veroudert	Ego-integriteit / wanhoop	Verlies belangrijke anderen
Afname energie	Leren omgaan met verlies	Netwerk belangrijk
	Rouwen / rituelen	

Figuur 17: gebaseerd op Van Delft e.a., 1999

De vroege ouderdom kenmerkt zich door veranderingen op het maatschappelijk gebied. Tijdens de periode van vroege ouderdom gaat men met pensioen en komt er minder spanning te staan op het zich handhaven in de maatschappij. Het leven wordt overdacht en afgewogen, waarbij alles wat als minder waardevol of de moeite waard wordt beschouwd, wordt weggelaten. De oudere wordt individueler en richt zich op het opnieuw vormgeven van de identiteit en invulling van het leven. Er komen nieuwe activiteiten in de plaats van het werkende bestaan. De kinderen gaan of zijn uit huis en het grootouderschap dient zich wel of niet aan. (van Delft e.a. 1999)

De fase van hoge ouderdom kenmerkt zich door een achteruitgang van de gezondheid van de oudere zelf of belangrijke naasten. Geleidelijk aan krijgt de oudere te maken met het verlies van vitaliteit. Het gevolg hiervan kan zijn dat men angstig wordt voor afhankelijkheid of juist verlangt naar verzorging, hulp en bescherming. De dood is een aspect dat dichterbij komt, waardoor zingevingsvragen vooral in deze levensfase actueel worden. (Altrecht e.a., 2003)

Ouder worden is een geleidelijk proces. Het lichaam moet meer moeite doen om het biologisch evenwicht in stand te houden. Ouderen merken langzaam aan dat de energie minder wordt en voelen zich sneller moe.

Op middelbare leeftijd bereiken de meeste mensen de top wat betreft hun cognitieve vermogens. Dat betekent dat na het vijfenvijftigste levensjaar langzaam maar zeker sprake zal zijn van cognitieve achteruitgang, gemeten vanuit dat hoogtepunt. Deze achteruitgangen worden gezien bij de processen die te maken hebben met waarnemen, taal, problemen oplossen en leren en geheugen. De zintuigen gaan minder goed werken, maar ook de verwerking van informatie in de hersenen verloopt minder snel. Ouderen krijgen meer moeite om op een woord te komen en vinden het moeilijker om te bepalen wat en hoe ze iets gaan formuleren. Het oplossen van problemen vinden ouderen over het algemeen moeilijker. Ze doen er ook langer over om deze op te lossen. Ten slotte gaat het geheugen achteruit en kost leren meer tijd, concentratie en herhaling. (Rögels, 2004)

Erikson (1974) spreekt bij ouderen over ego-integriteit tegenover wanhoop. Indien de oudere het gevoel heeft eerdere levensfasen goed te hebben doorlopen, kan hij terugkijken op een zinvol en waardevol leven. Op deze manier kan de oudere op een prettige manier de eindstreep halen. De

oudere die niet met een goed gevoel kan terugkijken op zijn leven, kan een gevoel van wanhoop ontwikkelen. (Van Delft e.a., 1999)

Ouderen worden, meer dan jongeren, met de dood geconfronteerd. Zowel met de dood van familieleden en vrienden als met de eigen dood. De eigen beleving hierin speelt een belangrijke factor in het omgaan met verlies. Als de partner overlijdt en de overgebleven partner heeft zich praktisch en emotioneel afhankelijk gemaakt van de overleden partner, dan zal deze zich ontredderd en verlaten voelen. Dit ook met name wanneer hij geen eigen sociaal netwerk heeft opgebouwd. De oudere met een eigen sociale kring heeft een groter 'vangnet'. Dit kan van belang zijn bij de verwerking van het verdriet. Voor ouderen geldt hier nog een ander belangrijk aspect: het afscheidsritueel. Doordat ouderen veel te maken krijgen met sterfgevallen om hen heen, is het voor hen erg belangrijk om op een goede manier afscheid te kunnen nemen van een stervende of gestorvene. Dit vergemakkelijkt het rouwproces, welke ouderen relatief vaak moeten doorlopen. (van Delft e.a., 1999)

Jongeren, ouderen en de dood

Welke gedachten en ideeën mensen hebben over de dood hangt om verschillende redenen af van hun leeftijd. Om te beginnen is er een relatie tussen onze leeftijd en onze cognitieve vermogens: in hoeverre begrijpt de mens de dood, kan hij erover denken en erover praten? Ook hangt het van onze leeftijd af welke emoties dood en sterven bij ons oproepen. Tenslotte is de vraag welke betekenis de dood van een ander en onze eigen dood voor ons heeft, afhankelijk van onze leeftijd. (Bruning, 1994) Ouderen zijn over het algemeen meer bezig met de dood. Ze denken hier meer over na dan jongere mensen. Zij zijn er ook meer mee vertrouwd; in hun omgeving zien ze steeds meer mensen wegvallen. De dood is voor hen nabij. De dood komt meer in de lijn der verwachtingen te liggen. Oudere mensen zijn (wellicht daarom) ook minder bevreesd voor de dood dan jongeren. Als de oudere een voldaan gevoel heeft over zijn geleide leven, wordt de dood ook makkelijker door hem geaccepteerd; het gevoel van een goed en rijk leven te hebben gehad dat bijna is voltooid. Bij jongeren veroorzaakt dit juist angst, doordat zij het gevoel hebben dat het leven het waard is om geleefd te worden.

Jongeren zijn verwickeld in een proces van losmaking, psychische ontwikkeling van identiteit en zelfstandigheid, opbouw van competentie, voorzichtige verkenning van de wereld en verkenning van intieme relaties. Het komt relatief weinig voor dat jongeren worden geconfronteerd met een tragisch sterfgeval in hun nabije omgeving. Wanneer de jongere hier toch mee te maken krijgt, bestaat er een kans dat het losmakingsproces en het pas ontwikkelde gevoel van competentie en beheersing wordt verstoord. Jongeren voelen zich onvoorbereid en verward door de warboel aan emoties en door hun gebrek aan ervaring. In sociologisch opzicht zijn jongeren extra kwetsbaar in perioden van rouw, doordat jongeren sterk afhankelijk zijn van hun sociale omgeving. Daarbij staat de jongerencultuur niet in het teken van menselijke tekorten, maar juist in het teken van gezondheid, schoonheid en het eigen bestaan vorm geven. (Bernts, 2001)

Indien jongeren dus geconfronteerd worden met de dood, kan dit hen in een kwetsbare positie plaatsen. De dood staat ver weg van de jongere; het is een aspect van het leven waar jongeren nog relatief weinig ervaring mee hebben.

Sterven kan voor een terminale zorgvrager verschillende dingen betekenen:

- de onomkeerbare eindfase van het leven
- de voortschrijdende achteruitgang
- het loslaten van het levensperspectief
- het on vervuld blijven van verwachtingen
- de gedachte: 'het leven gaat verder zonder mij'
- het niet meer kunnen vereffenen van schulden
- het niet meer over aardse toekomst kunnen dromen
- het moeten leven met de definitie 'onaf'
- het op handen zijnde afscheid
- het gaan van een eenzame weg, waarbij zowel geborgenheid als bevestiging kunnen wegvallen
- het beleven van een uiterste onzekerheid (Aller, 1990)

Mensen die weten dat ze zullen sterven kunnen bang zijn voor de dood. Sommigen zijn in de eerste plaats bang voor de ziekte en het lijden dat ze nog moeten doorstaan. Bang voor de pijn die het

sterven met zich mee zal brengen, maar ook voor aftakeling en geestelijke achteruitgang. Bang voor de behandeling, voor het onbekende en het onherroepelijke. Bang om gescheiden te worden van familie, echtgenoot en kinderen, maar ook om hen achter te laten terwijl zij de aanwezigheid van de stervende nog zo nodig hebben. Ze moeten weg uit het leven en hun familie blijft alleen en onbeschermd achter. Voor anderen is de dood meer het scheiden van het leven, met alles wat zij nog zouden willen doen. Dromen kunnen niet meer waargemaakt worden. Voor stervenden die het gevoel hebben dat nog niet alles volbracht is, kan dit heel moeilijk zijn. Daarnaast kan het eind van het leven ook beleefd worden als een voltooiing van het leven. De laatste fase van het leven kan dan een heel creatieve periode worden, waarbij met het sterfbed nog mooie ervaringen beleefd kunnen worden. Ten slotte is iedereen wat ongerust in de overgang naar een ander leven. Men is onzeker over de toekomst; gelovigen of ongelovigen in mindere of meerder mate. Waar gaat men heen na de dood? Zou er wel iets zijn? De stervende hoopt en twijfelt. (Orshoven, 2000)

Veel jongeren kunnen, de zaken welke stervenden bezig houden, niet begrijpen. De dood lijkt voor hen nog zo ver weg. Jongeren die zich beter kunnen verplaatsen in deze situatie, kunnen echter veel bieden in de zorg. De verpleegkundige / jongere moet proberen voorzichtig te weten te komen welke zaken bij terminale zorgvragers het meest spelen. Op deze manier kan zij de zorgvrager beter bijstaan in deze laatste fase van het leven.

Enquêtes

Aan verpleegkundigen is gevraagd of het verschil in levensfasen tussen de terminale zorgvrager en studenten invloed zou kunnen hebben op de zorg. Een jonge verpleegkundige uit hospice 2 gaf aan dat zij ook reacties als *'Jij bent nog zo jong, jij hebt al die ervaringen nog niet die ik wel heb'* kreeg. Hier was zij het niet mee eens. Ook een jonge verpleegkundige of student moet zich kunnen inleven en meepraten met terminale zorgvragers. *'Jij staat als professional aan het bed, hoe oud je ook bent, student of niet, in welke levensfase je ook zit, dat moet niet uitmaken voor de zorg'*. Een andere verpleegkundige gaf aan dat de aanwezigheid van een student ook verfrissend kan zijn, een empathische houding is hierbij wel belangrijk, hier zal volgens verpleegkundigen meer aandacht aan besteed moeten worden in de opleidingen.

Een verpleegkundige in hospice 1 gaf aan dat een hospice niet moet werken met alleen maar studenten, maar dat er binnen het hospice zoveel mogelijk gezorgd moet worden voor een afspiegeling van de maatschappij. Zo kan iedere zorgvrager aansluiting vinden met een verpleegkundige of vrijwilliger.

Aan docenten van beide hogescholen is gevraagd in hoeverre het verschil in levensfasen tussen terminale zorgvragers en studenten de zorg zal beïnvloeden. Hierop antwoordde 61% van de docenten dat zij denken dat dit de zorg veel beïnvloed. Deze invloed van studenten op de zorg kan zowel positief als negatief tot uiting komen. Positieve kanten zijn: studenten kunnen er levenservaring op doen, het is een waardevolle leer- / levensomgeving, het kan verrijkend zijn voor de terminale zorgvrager en de student, studenten kunnen door de confrontatie met de dood juist sterker uit de stage komen. *'Deze vragen zijn alleen te beantwoorden wanneer helder is of verpleegkunde student de competenties goed ontwikkelt. Dan zet ze zichzelf (los van leeftijd) op professionele wijze in en dat kan alleen maar positief zijn'*.

Docenten voorzien meer negatieve dan positieve punten wanneer een student de zorg voor een terminale zorgvrager op zich neemt, hiervoor hebben zij de volgende argumenten:

- *'Voor terminale zorgvragers en hun naasten lijkt het me negatief, zij kunnen namelijk niet in de mate ondersteund worden die in overeenstemming is met de aard (van soms heel complexe) problematiek'.*
- *'Het kan wel goed naar beide kanten werken, maar uit ervaring (ik ben coördinator in een hospice geweest) denk ik dat de negatieve effecten op zorgvragers groter is'.*
- *'Voor een jonge student kan het moeilijk zijn je in te leven, te begrijpen wat dit voor een terminale patiënt betekent. Sterven is heel confronterend, heeft veel impact, en is daarom ook zo leerzaam (onder goede voorwaarden)'*
- *'Voor de zorgvrager is het mogelijk een drempel om zo'n jonge student te vertrouwen of te durven belasten met eigen problemen'.*
- *'Kan 'kloof' geven; bewoner kan moeite hebben met onervarenheid student, voor de student kan de zorgsituatie een heftige confrontatie zijn'.*
- *'Studenten kunnen zich moeilijker inleven'.*

Docenten droegen ook oplossingen aan om de negatieve punten op te heffen:

- *'De kloof tussen studenten en zorgvragers kan opgevuld worden, door ook ouderen de zorg te laten verlenen'.*
- *'Alles valt of staat met de professionaliteit van de verpleegkundige'.*
- *'Lijkt mij zéér van beide personen, karakter, behoeften etc. samenhangen. De één zal 'de jeugd' prettig vinden, de ander zal misschien levenservaring missen...'*
- *'In hoge mate afhankelijk van de continue begeleiding'.*
- *'Vrijwilligers of deeltijdstudenten zouden dit verschil kunnen compenseren'.*

Aan studenten van beide hogescholen uit alle leerjaren is de volgende stelling voorgelegd:

'Ik denk dat ik goed zorg kan verlenen aan iemand die zich in de laatste levensfase bevindt (en dus terminaal is)'.

Hierop konden zij de antwoorden eens, gedeeltelijk eens, gedeeltelijk oneens, oneens en geen mening. 15% van alle studenten was het eens met deze stelling. Enkele toelichtingen van hun waren: *'Ik wil alles doen voor deze mensen om hen een goed einde te geven'.* *'Het lijkt mij dankbaar werk'.* *'Een eerdere stage in de terminale zorgverlening heb ik met een voldoende afgesloten'.* 50% van alle studenten was het gedeeltelijk eens met de stelling. Zij gaven de volgende argumenten: *'Ik vind het interessant, maar het lijkt me wel zwaar'.* *'Ik wil wel, maar ik kan het nog niet (1^e jaars)'.* *'Het lijkt me mooi, maar moeilijk werk'.* *'Ik zou het wel kunnen, maar het lijkt mij mentaal / geestelijk wel moeilijk doordat het de laatste fase is'.* *'Ik moet nog veel leren'.*

De overige 35 % van de studenten was het gedeeltelijk oneens, oneens of had geen mening. Toelichtingen die zij gaven: *'Het lijkt mij lastig, moeilijk en zwaar'.* *'Voor mezelf nog niet goed in verwerken, dus ook niet voor patiënt'.* *'Het spreekt me niet aan'.* *'Ik zou er wel toe in staat zijn, maar het zou geen voldoening geven'.* *'Ik ben bang om het mee naar huis te nemen'.*

In een interview met een terminale zorgvrager in hospice 2 werd over jongeren in een hospice gezegd: *'Jongeren krijgen door te werken in een hospice, iets mee voor het leven, maar het is iets wat ze nog niet kunnen plaatsen, daarvoor zijn ze te jong'.* Deze zorgvrager heeft zelf in de zorg gewerkt en keek positief aan tegen stagiaires in een hospice. *'Studenten moeten hiervoor wel talent hebben'.* aldus de zorgvrager.

4.3.2 Beantwoording deelvraag 3

Welk antwoord kan nu worden gegeven op de vraag in hoeverre de verschillende levensfasen van een terminale zorgvrager en studenten op elkaar aansluiten? Uit de resultaten vanuit het literatuuronderzoek en de enquêtes blijkt dat de levensfasen, waarin de student en de terminale zorgvrager zich in bevindt, erg verschillen. Studenten bevinden zich over het algemeen in de adolescentiefase waarin zij gericht zijn op het ontwikkelen van mogelijkheden en het maken van keuzen voor de toekomst. Ze experimenteren met hun eigen keuzen en levensstijl. In een hospice bereiden zorgvragers zich daarentegen voor op het einde van het leven, waarbij zingevingsvraagstukken een belangrijke rol gaan spelen: deze perspectieven staan haaks op elkaar.

Uit het project 'Tijdrijzen' in Rotterdam is echter gebleken dat wanneer ouderen en jongeren met elkaar in gesprek raken, de vooraf gevormde stereotypen van beide groepen niet altijd overeen komen. Het verschil tussen jong en oud is wellicht niet zo groot als gedacht.

Binnen het verschil in levensfasen speelt ook het perspectief op de dood een rol. Ouderen zijn over het algemeen meer bezig met de dood. Ze denken hier meer over na dan jongere mensen. Zij zijn er ook meer mee vertrouwd. Wanneer jongeren echter geconfronteerd worden met de dood, kan dit hen in een kwetsbare positie plaatsen. De dood staat ver weg van de jongere; het is een aspect van het leven waar jongeren nog relatief weinig ervaring mee hebben.

De dood brengt voor terminale zorgvragers verschillende zaken met zich mee. Men kan bang zijn voor de dood. Bang voor een lijdensweg, maar ook voor het onbekende na de dood. Veel jongeren kunnen de zaken welke stervenden bezig houden, niet bevatten. De dood lijkt voor hen nog zo ver weg. Jongeren die zich beter kunnen verplaatsen in deze situatie, kunnen echter veel bieden in de zorg. De student moet proberen voorzichtig te weten te komen welke zaken bij terminale zorgvragers het meest

spelen. Op deze manier kan zij de zorgvrager beter bijstaan in deze laatste fase van het leven. De geënquêteerde studenten gaven hier aan het vooral geestelijk en mentaal moeilijk te vinden om deze zorg te verlenen. Zoals een terminale zorgvrager zelf aangaf: *'...het is iets wat ze nog niet plaatsen, daarvoor zijn ze te jong.'*

Dit alles beïnvloedt de zorg voor de terminale zorgvrager. Het verschil tussen studenten en terminale zorgvragers kan worden verkleind door met de selectie van overige medewerkers (verpleegkundigen en vrijwilligers) rekening te houden met de leeftijd, zodat het geheel aan medewerkers een afspiegeling vormt van de maatschappij. In de enquêtes werd echter ook aangegeven, dat de verhouding tussen student en zorgvrager afhankelijk is van zowel de terminale zorgvrager als de student. Het karakter van beiden, de ervaringen en ontwikkelingen van de student en de behoeften van de zorgvragers zijn hierin bepalend. Een (jonge) verpleegkundige in Hospice 2 gaf ook aan dat leeftijd en levensfasen niet uit hoeven te maken voor de zorg. *'Je bent een professional en ook als student / jonge verpleegkundige moet jij je kunnen inleven in de terminale zorgvrager en met hem kunnen meepraten.'*

4.4 Deelvraag 4

Om een hospice, in de vorm van een leerafdeling, op te starten in Zwolle is het niet onbelangrijk om te bepalen of er überhaupt wel belangstelling is voor een stage in het hospice. Dit is dan ook de belangrijkste reden waarom de volgende deelvraag is opgenomen in het onderzoek:

- Heeft de HBO-verpleegkunde student belangstelling voor een stageplaats in een hospice?

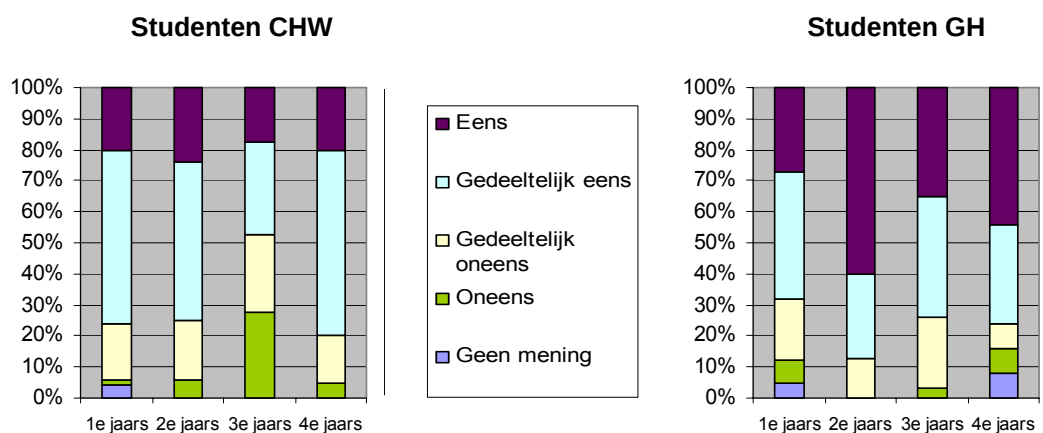
4.4.1 Resultaten

Er waren geen gegevens uit literatuur beschikbaar die betrekking had op de vraag of HBO-verpleegkunde studenten belangstelling hebben voor een stage in een hospice. Door enquêtes te verspreiden onder de studenten is geprobeerd een antwoord te krijgen op deze vraag.

De stelling, die wij opgenomen hebben in de enquête voor studenten, luidde als volgt:

'Ik zie het zitten om te gaan werken met terminale zorgvragers'

De studenten konden een antwoord aankruisen (eens, gedeeltelijk eens, gedeeltelijk oneens, oneens en geen mening) en hadden de mogelijkheid een toelichting te geven op hun antwoord. Door de resultaten te verwerken in figuur 18, is duidelijk te zien hoe ze tegen het werken met terminale zorgvragers aankijken:



Figuur 18: Studenten

CHW:

- 1^e jaars: 76% gaf aan het met bovenstaande stelling eens / gedeeltelijk eens te zijn
- 2^e jaars: 75% gaf aan het met bovenstaande stelling eens / gedeeltelijk eens te zijn
- 3^e jaars: 48% gaf aan het met bovenstaande stelling eens / gedeeltelijk eens te zijn
- 4^e jaars: 80% gaf aan het met bovenstaande stelling eens / gedeeltelijk eens te zijn

GH:

- 1^e jaars: 68% gaf aan het met bovenstaande stelling eens / gedeeltelijk eens te zijn
- 2^e jaars: 87% gaf aan het met bovenstaande stelling eens / gedeeltelijk eens te zijn
- 3^e jaars: 74% gaf aan het met bovenstaande stelling eens / gedeeltelijk eens te zijn
- 4^e jaars: 76% gaf aan het met bovenstaande stelling eens / gedeeltelijk eens te zijn

Wat opvallend is aan deze resultaten, is dat de 3^e jaars studenten van de CHW het het minst zien zitten om te werken met terminale zorgvragers. Bij de 2^e jaars van de GH blijkt dat zij het het meest zien zitten en 0% is het volledig oneens met de stelling, maar dit resultaat kan in twijfel worden getrokken, omdat de respons van deze groep erg laag was. Namelijk 43% (in absolute getallen: 15 van de 35).

Bij het invullen van de enquêtes, konden studenten ook opmerking kwijt. Opmerkingen die voorkwamen in alle studie jaren en bij beide hogescholen, gingen vooral over dat ze niet wisten of ze het emotioneel aan zouden kunnen, dat het moeilijk / zwaar zal zijn en dat er wel goede begeleiding en ondersteuning nodig zal zijn bij een stage in het hospice.

Een 2^e jaars student van de CHW gaf als toelichting: *'Ik wil liever mensen ondersteunen die weer beter worden.'* Dit is begrijpelijk want studenten zijn zelf vaak nog in de bloei van hun leven en dan kan het lastig zijn om mensen te verzorgen die niet meer beter worden; alleen maar gaan sterven. Een andere 2^e jaars student van de CHW zei: *'Het lijkt mij prettig om zorg te kunnen bieden aan deze zorgvragers, omdat dit de laatste zorg is die hen geboden wordt.'* Deze toelichting spreekt de vorige juist tegen, deze student 'maakt het schijnbaar niet uit' dat de zorgvragers sterven, het lijkt haar juist bijzonder.

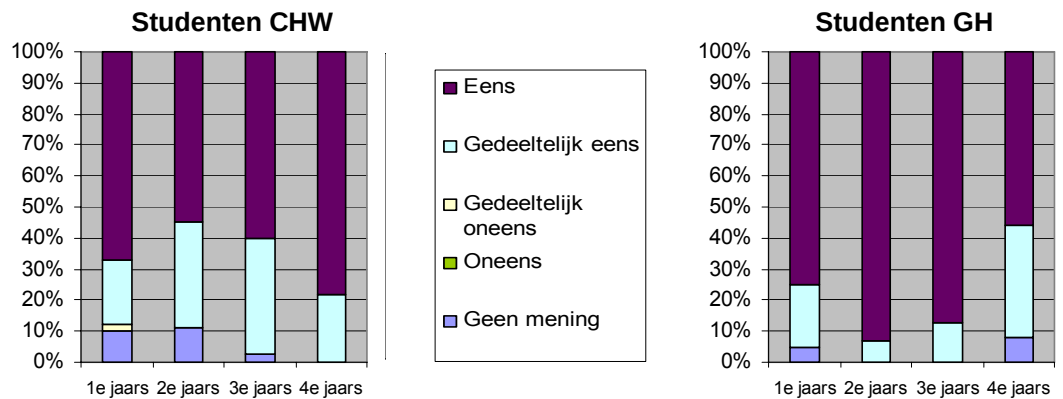
Een toelichting die zowel door een 3^e jaars van de CHW als ook door een 4^e jaars van de GH werd gegeven, was de volgende: *'Het draait teveel over dood en sterven.'* Deze toelichting kan weer aansluiten bij wat een 2^e jaars student van de CHW als toelichting had.

Als laatste een 4^e jaars student van de CHW, zij zei: *'Het lijkt me erg zwaar, maar ook zinvol om de patiënt nog zoveel mogelijk te kunnen bieden; dit geeft ook voldoening.'* Aan de ene kant lijkt het de student zwaar, maar toch zal het ook zinvol zijn om mensen in de laatste fase van hun leven te kunnen ondersteunen en bieden.

Naast het beantwoorden van bovenstaande stelling, is er een andere stelling geformuleerd. Deze stelling is geformuleerd, omdat 'het zien zitten' anders is dan de mening of 'het leerzaam' is en via deze stelling dus naar voren komt of studenten een stage in het hospice als leerzaam denken te ervaren. De stelling luidde als volgt:

'Ik kan veel leren van het werken met terminale zorgvragers'

Ook bij deze stelling konden de studenten een antwoord aankruisen (eens, gedeeltelijk eens, gedeeltelijk oneens, oneens, geen mening) en hadden ze de mogelijkheid om een toelichting te geven op hun antwoord.



Figuur 19: Studenten

In figuur 19 valt duidelijk af te lezen dat het grootste deel van alle studenten van mening is veel te kunnen leren van het werken met terminale zorgvragers. Opvallend is dat 94% van de 2^e jaars van de GH het 'eens' is met de stelling, tegenover 58% van de 4^e jaars van de GH. Gemiddeld genomen is de GH het relatief meer 'eens' dan de CHW.

Een groot deel van de studenten gaf bij de toelichting aan dat het echter wel zwaar en / of moeilijk zal zijn, maar dat het zeker wel leerzaam is. Een aantal studenten zei: *'Van iedere stage kun je leren.'* Ook zeiden een aantal studenten van beide hogescholen en verschillende leerjaren: *'Vooral psychosociaal zal er veel te leren zijn.'*

4.4.2 Beantwoording deelvraag 4

Een eenduidig en concreet antwoord is niet direct te geven op de betreffende deelvraag. Dit omdat het hospice niet direct te realiseren is, dit houdt dus in dat studenten die de enquêtes hebben ingevuld geen student meer zullen zijn op het moment dat het hospice daadwerkelijk in werking zal worden gesteld. Op dit moment kan wél gezegd worden dat er voldoende belangstellende studenten zijn, van de beide hogescholen, die stage willen lopen in het hospice. Ook denken de studenten dat een stage in het hospice een leerzame stage zal zijn, waarbij vooral op psychosociaal gebied veel te leren valt.

4.5 Deelvraag 5

In deze paragraaf wordt ingegaan op de volgende deelvraag:

- *Wat zijn de voor- en nadelen van een hospice in de context van een leerafdeling?*

Zoals al in de begrippenlijst genoemd wordt, kan een leerafdeling worden omschreven als: 'Een authentieke werkomgeving, waarin een groep studenten alle voor de beroepsuitoefening typerende werkprocessen uitvoert en verantwoordelijk is voor de uitvoering ervan, met als doel het beroep te leren. De studenten zijn boventallig en de werkgever is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk. De school verzorgt het onderwijs in de werkomgeving.' (Havekes en Drenth, 2005)

Dit leerconcept heeft verschillende voor- en nadelen. In deze paragraaf wordt een uiteenzetting gegeven van de voor- en nadelen van een hospice welke gaat functioneren in de vorm van een leerafdeling. Voor deze uiteenzetting is gebruik gemaakt van gegevens verkregen uit literatuuronderzoek en uit enquêtes die zijn gehouden onder verpleegkundigen in hospices en docenten van de CHW en de GH.

4.5.1 Resultaten

Voordelen

Volgens Havakes en Drenth (2005) zit de meerwaarde van een leerafdeling in twee aspecten. Het eerste aspect betreft het leren in groepsverband. De studenten worden in een groep geplaatst in de praktijk waarbij het leren van en met elkaar centraal staat. Samen leren kan motiverend werken onder de studenten omdat men elkaar kan helpen en omdat het als leuk wordt ervaren om met studiegenoten samen te werken in een toekomstige beroepssituatie.

Een ander aspect is de authentieke leeromgeving die geboden wordt aan de studenten. De student leert functioneren in de toekomstige werkpraktijk en leert daarin ook handelingen te verrichten die zij zelf zal moeten uitvoeren. De bewegingsvrijheid en verantwoordelijkheid van de studenten op een leerafdeling is groter dan bij een reguliere stageplaats.

Tevens is uit wetenschappelijk onderzoek naar het leerrendement van HBO-verpleegkunde studenten (Van der Have, 2004) gebleken, dat het leerrendement van studenten op een leerafdeling hoger is dan bij studenten die een reguliere stage volgen. In situaties waarin samenwerkend leren centraal staat, presteert de gemiddelde samenwerker beter dan de student in een individuele setting. De samenwerkers ontwikkelen sneller nieuwe ideeën en oplossingen, er is een grotere transfer van het geleerde naar de praktijk en de studenten blijken sociaal vaardiger te zijn. Verklaringen hiervoor zijn de interactie en dialoog die tussen de studenten plaatsvindt. Er wordt niet (alleen) geleerd van de begeleider maar van en met andere studenten. Al deze aspecten pleiten voor een werkplaats in de vorm van een leerafdeling. (Havakes en Drenth, 2005)

Voor de hogescholen die dit plan (mogelijk) willen realiseren, geeft de leerafdeling het voordeel dat deze veel stageplekken biedt aan de studenten. Het tekort aan kwalitatief goede stageplaatsen is, zeker in de gezondheidszorg, een probleem. Een leerafdeling, waar een groep studenten tegelijkertijd stage loopt, biedt dan veel nieuwe stageplekken voor de beide hogescholen, waarin bovendien de kwantiteit en kwaliteit van de stages gewaarborgd is, doordat de opleidingen zelf de mogelijkheid hebben keuzes te maken en de kwaliteit van de leerafdeling te beïnvloeden.

Dit biedt voor de hogescholen tegelijkertijd nog een ander voordeel. In de afgelopen jaren is er meer aandacht gekomen voor competentiegericht en vraaggestuurd onderwijs. De rol van de docent en student is hierdoor veranderd; de student is zelf verantwoordelijk voor het eigen leerproces en de rol van docent wordt steeds meer als die van een coach. Een leerafdeling sluit beter aan bij deze ontwikkeling, doordat studenten zelf de verantwoordelijkheid krijgen en vanuit een coachende rol begeleiding ontvangen van de docenten en verpleegkundigen. Doordat de hogescholen zich in de positie van zowel zorgaanbieder als onderwijsaanbieder bevinden, biedt dit voor de scholen het voordeel dat zij niet met een instelling hoeven te onderhandelen of afspraken hoeven te maken op de wijze waarop de leerafdeling vorm krijgt. De scholen kunnen dit geheel inrichten en aanpassen aan de onderwijsstructuur- en vorm die zij hanteren. (Havakes en Drenth, 2005)

Havakes en Drenth (2005) noemen nog een motief voor instellingen om een leerafdeling op te richten. Instellingen hebben er veel baat bij om toekomstige medewerkers aan zich te binden in de vorm van het faciliteren van goede stages. Dit motief zal mogelijk ook in mindere mate een rol kunnen spelen voor het hospice dat door beide hogescholen zal worden opgericht. In mindere mate omdat het een relatief kleinschalige instelling zal worden, waarbij het verloop van verpleegkundigen niet als erg groot mag worden verwacht.

Tijdens het onderzoek is aan verpleegkundigen en docenten van de CHW en de GH gevraagd welke voor- en nadelen zij zien ten aanzien van een hospice als leerafdeling. De verpleegkundigen, werkzaam in een hospice, gaven met name een aantal voordelen ten opzichte van de zorg aan. Een frisse wind door het stramien zou ten goede komen aan de kwaliteit van zorg, doordat ervaren verpleegkundigen nieuwe ideeën en ervaringen opdoen door te werken met jonge studenten. Daarnaast werd door de verpleegkundigen aangegeven dat een hospice een authentieke leerplaats biedt aan studenten, waarin de student goed zicht krijgt op de inhoud van palliatieve-terminale zorg.

Door de docenten werden vele voordelen aangedragen ten aanzien van de studenten. De studenten zouden kennis maken met een optimaal integratieve leerafdeling, waarin veel betekend kan worden voor de persoonlijke vorming van studenten. Daarnaast geven docenten aan dat een hospice een

boeiende, uitdagende en leerzame plaats vormt voor studenten. Het hospice biedt een krachtige leeromgeving waar intensieve zorg wordt geleverd. Zowel op het psychosociale vlak als op het gebied van verpleegtechnische handelingen kan een hospice een uitdagend leerterrein vormen. Een hospice als leerafdeling wordt door de docenten ook gezien als een goede leerplek op HBO-niveau, waar aan veel competenties gewerkt kan worden.

Specifiek ten aanzien van een leerafdeling wordt genoemd dat deze een sterke prikkel geeft tot verantwoordelijkheidsgevoel bij studenten, waarbij handelend optreden leidt tot leren. Docenten noemen, net als de verpleegkundigen, de gerichtheid op de kwaliteit van zorg dat door middel van een leerafdeling gegenereerd kan worden. Dit zou ten goede komen aan de zorg voor de zorgvragers. Ten aanzien van de zorgvragers wordt genoemd dat zorgvragers jonge mensen, die open staan voor levensverhalen van de ander, mogelijk erg waarderen.

Een tweetal docenten ziet met dit initiatief ook een kans om vooruit te lopen op een trend die in de toekomst 'normaler' gaat worden. Het gaat hier dan om de inzet op de kwaliteit van leven, gekoppeld aan de toename van het aantal zorgvragers die de terminale zorg niet meer in ziekenhuizen zullen krijgen. Daarnaast noemen zij de wenselijkheid van de ontwikkeling waarin jongeren meer betrokken worden bij de dood en een reëel beeld krijgen van de werkelijkheid. Jongeren worden, volgens deze docenten, teveel weggehouden van de dood. Gezien de vergrijzing en een toenemende categorie terminale zorgvragers zou het wenselijk zijn om meer op deze maatschappelijke ontwikkeling in te spelen.

Nadelen

De geënquêteerde verpleegkundigen en docenten gaven ook verschillende nadelen aan voor het inrichten van een hospice als leerafdeling. Voor beide geldt dat zij het waarborgen van continuïteit van zorg als een lastig aspect zien, doordat er steeds opnieuw met beginners gewerkt wordt. Vanuit de behoeften aan zorg van zorgvragers (zie paragraaf 4.1) komt ook naar voren dat zorgvragers veel waarde hechten aan vaste gezichten om hen heen. Zowel verpleegkundigen als docenten vragen zich af in hoeverre de continuïteit gewaarborgd kan worden. Ook het waarborgen van een continue hoge kwaliteit van zorg wordt door het wisselende personeelsbestand moeilijk geacht.

Drie verpleegkundigen en vier docenten gaven aan dat studenten nog te weinig deskundigheid en ervaring hebben op het gebied van psychosociale begeleiding en nog niet bekwaam zijn in alle technische handelingen. Dit zou de kwaliteit van zorg niet ten goede komen doordat studenten onvoldoende bekwaam zijn om de zorgvragers te begeleiden: *'Patiënten die in hun laatste levensfase zitten, waarbij ook vaak veel psychosociale problematiek speelt en ethische vraagstukken naar voren komen, verdienen professionele begeleiding van ervaren verpleegkundigen. Ik denk dat studenten onvoldoende bekwaam zijn om deze patiëntencategorie voldoende te kunnen begeleiden.'*

Daarnaast werd aangegeven dat bewoners, die veel met jonge onervaren studenten / zorgverleners geconfronteerd worden, de ervaren zorgkwaliteit als lager kunnen beschouwen. Met name de verpleegkundigen zetten hier hun vraagtekens bij doordat zij zich afvragen in hoeverre de zorgvrager zit te wachten op veelal jonge en onervaren zorgverleners aan zijn bed. Daarnaast werd door de verpleegkundigen aangegeven dat een hospice met veel studenten te veel onrust zal geven, doordat er dan teveel mensen op de werkvloer rondlopen. Rust, privacy en een veilige omgeving zijn een aantal belangrijke behoeften van de meeste terminale zorgvragers. Één van de gevraagde verpleegkundigen, welke ervaring heeft met stagiaires binnen een hospice, gaf aan dit ook in de praktijk te hebben ervaren: *'De zorg die geboden wordt aan terminale zorgvragers is persoonlijke / intieme zorg van 1 op 1. Gesprekken gaan minder diep bij de aanwezigheid van 2 verpleegkundigen. Dit kan een nadeel zijn in de beginperiode van de stage waarin de student nog veel begeleiding nodig heeft.'*

De geënquêteerde docenten gaven met name nadelen aan voor de studenten. Er werd aangegeven dat de zorg voor terminale zorgvragers erg zwaar en emotioneel belastend kan zijn voor studenten: *'Hospicezorg is psychosociaal een zware belasting die veel tijd en energie vraagt van een student en een drempel kan zijn voor de competentieontwikkeling en het leerproces.'* Dit aspect vraagt, volgens veel docenten, een goede begeleiding en emotionele steun. De omgeving zal voor een student erg confronterend zijn, waarbij gewinning enige tijd in beslag zal nemen.

Ten slotte

Er werd door een aantal verpleegkundigen en docenten specifiek aangegeven dat het erg van de studenten afhangt hoe de voor- en nadelen uitvallen. De verantwoordelijkheid van de instelling ten aanzien van de zorgvragers zal groot zijn. Terminale zorgvragers zijn een zeer kwetsbare groep. Dit vraagt om grote zorgvuldigheid in omgang en empathisch vermogen van de zorgverleners. Veel van de geënquêteerden gaven daarom aan dat het van belang is om studenten te selecteren indien een leerafdeling gestart gaat worden. De student dient in ieder geval affiniteit te hebben met zorg voor terminale zorgvragers.

4.5.2 Beantwoording deelvraag 5

Bovenstaande uiteenzetting geeft weer dat er veel voor- en nadelen genoemd kunnen worden ten aanzien van een hospice in de context van een leerafdeling. De belangrijkste voor- en nadelen op een rij:

<i>Voordelen</i>	<i>Nadelen</i>
▪ Studenten leren van elkaar	▪ Continuïteit moeilijk te waarborgen
▪ Authentieke leeromgeving	▪ Moeilijk continu hoge kwaliteit van zorg te waarborgen
▪ Hoog leerrendement	▪ Studenten hebben te weinig deskundigheid en ervaring en zijn niet voldoende bekwaam
▪ Biedt veel nieuwe kwalitatief hoogwaardige stageplaatsen	▪ Geeft onrust door teveel personeel op de werkvloer
▪ Sluit aan op nieuwe ontwikkelingen binnen het onderwijs	▪ Zorgvragers ervaren mogelijk lagere zorgkwaliteit door veel jonge, onervaren zorgverleners
▪ Frisse wind; komt ten goede aan de kwaliteit van zorg	▪ Zorg is zwaar en emotioneel belastend
▪ een boeiende, uitdagende en leerzame stageplaats	
▪ Krachtige leeromgeving waarin kan worden gewerkt aan competenties op HBO-niveau	
▪ Zorgvragers waarderen betrokken jonge zorgverleners	
▪ Vooruitlopend/anticiperend op nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen	
▪ Toename betrokkenheid jongeren bij de dood / terminale zorg	

5. Nabeschuwing

In deze nabeschuwing wordt teruggekeken op de uitvoering van dit onderzoek. Allereerst worden er, vanuit de verkregen resultaten bij de verschillende deelvragen, conclusies getrokken. Daarnaast wordt er een discussie beschreven welke tijdens de uitvoering van het onderzoek naar voren zijn gekomen. Vervolgens worden er aanbevelingen gedaan voor het doen van eventueel vervolgonderzoek en over hoe de resultaten van dit onderzoek het beste gebruik kunnen worden door het projectteam. Tot slot zal er geëvalueerd worden op het onderzoeksproces.

5.1 Conclusies

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten verwerkt van dit onderzoek. In deze paragraaf worden de conclusies van deze resultaten weergegeven. De vraagstelling wordt beantwoord en er wordt teruggeblikt op de doelstelling. De vraagstelling die, gedurende dit onderzoek gehanteerd werd, luidde:

‘Wat heeft de terminale zorgvrager nodig aan zorg en kan (en wil) de HBO-verpleegkunde student, binnen het kader van het hospice als leerafdeling, hieraan voldoen?’

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de verpleegkundige zorg voor een terminale zorgvrager verschillende aspecten omvat. Binnen dit onderzoek is weergegeven welke zorg door verpleegkundigen aan terminale zorgvragers geleverd wordt. Deze richt zich hoofdzakelijk op coördinatie van zorg, verpleegtechnisch handelen en psychosociaal gebied. Daarnaast spelen ook de behoeften van terminale zorgvragers een belangrijke rol binnen dit vraagstuk. Vanuit de resultaten uit literatuur en praktijkonderzoek kan worden geconcludeerd dat studenten in staat zijn deze zorg te verlenen en aan de behoeften van terminale zorgvragers te voldoen. Hier zijn echter wel een aantal criteria van belang. Uit de resultaten blijkt dat uitsluitend 3^e en 4^e jaars studenten voldoende in staat zullen zijn deze zorg op zich te nemen. Een andere voorwaarde voor studenten om te kunnen voorzien in deze behoefte bij het stagelopen in een hospice, is dat ze op school voorbereid worden (verpleegtechnisch en psychosociaal) en dat ze goede begeleiding ontvangen tijdens het stagelopen (zowel op het gebied van coördinatie, als ook verpleegtechnisch en psychosociaal).

Vanuit een onderzoek naar de levensfasen kan geconcludeerd worden dat studenten, vanuit een professionele houding, in staat zijn aansluiting te vinden met terminale zorgvragers. Hier valt echter wel aan te bevelen om, naast studenten, te zorgen voor voldoende oudere verpleegkundigen en vrijwilligers. Zij kunnen op dit gebied de nodige aanvulling bieden.

Naast de vraag of studenten kunnen voorzien in de nodige zorg voor terminale zorgvragers, is ook gekeken naar de belangstelling voor studenten om in deze zorg te voorzien. Vanuit de geïnventariseerde enquêtes van de studenten van zowel de CHW als de GH, kan geconcludeerd worden dat er wel degelijk belangstelling is voor een stageplaats in een hospice. Studenten geven aan dat een stage in een hospice hen leerzaam en interessant lijkt.

In dit onderzoek is onderzocht welke voor- en nadelen van kracht zijn bij een hospice in de vorm van een leerafdeling. Er kan geconcludeerd worden dat er verschillende voor- en nadelen zijn. Het is echter moeilijk aan te geven hoe sterk deze voor- en nadelen wegen. Een leerafdeling biedt een aantal krachtige voordelen, maar ook een aantal grote nadelen. Vanuit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het erg van de voorbereiding en begeleiding van de studenten en de organisatie binnen het hospice afhangt hoe deze voor- en nadelen uitvallen. Indien de scholen bereid zijn zich te verdiepen in de wijze waarop de nadelen kunnen worden opgeheven, dan is het zeer goed mogelijk dat een leerafdeling een goede leervorm biedt binnen het hospice. Hier moet echter wel in geïnvesteerd worden. Mogelijk zijn er, in afgeleide vorm van een leerafdeling, meer mogelijkheden tot het doen slagen van dit plan.

De doelstelling van het project was:

‘Het bepalen van de haalbaarheid van een zelfstandig high-care hospice te Zwolle, gerund door HBO-verpleegkunde studenten.’

Met het beantwoorden van eerder genoemde vraagstelling is een bijdrage geleverd aan het bepalen van de haalbaarheid van het hospice. De haalbaarheid is afhankelijk van vele factoren. De zorgverlening van studenten aan terminale zorgvragers vormt hierin een belangrijke factor. De haalbaarheid staat of valt met de mogelijkheid van studenten om in deze zorg te voorzien. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat studenten hiertoe in staat zijn indien er aan een aantal voorwaarden is voldaan. Een knelpunt hierin vormt de wijze waarop het hospice vorm krijgt als leerafdeling. Een leerafdeling, geeft in de setting van een hospice, een aantal belangrijke nadelen. Indien op gestructureerde wijze wordt geprobeerd deze nadelen te ondervangen, dan biedt het hospice een mooie leerplek voor studenten. Voor de haalbaarheid van het plan hoeft dit echter geen grote belemmerende factor zijn. Uitsluitend vanuit het oogpunt van dit onderzoek zou daarom een 'go' voor dit plan geconcludeerd kunnen worden.

5.2 Discussie

Er zijn diverse punten die ter discussie gesteld kunnen worden naar aanleiding van dit onderzoek. Allereerst volgen er een aantal punten welke, over het gehele onderzoek genomen, ter discussie gesteld kunnen worden. Daarna zullen de discussiepunten per deelvraag naar voren worden gebracht.

In dit onderzoek zijn verschillende resultaten gebaseerd op een praktijkonderzoek onder verpleegkundigen, docenten en studenten. De resultaten, verkregen uit het onderzoek onder verpleegkundigen, zijn verkregen van vier verpleegkundigen. In de methodologie wordt beschreven dat het onderzoek onder verpleegkundigen is gericht op het verkrijgen van inhoudelijke representativiteit. De antwoorden van de verpleegkundigen bevatten zeker veel inhoudelijke aspecten welke goed bruikbaar waren voor het beantwoorden van de vraagstelling. De verpleegkundigen voldeden ook aan de voorafgestelde inclusiecriteria. Er kan echter ter discussie worden gesteld of de representativiteit, met vier verpleegkundigen, voldoende is.

Het onderzoek onder de studenten van de CHW en de GH is zoveel mogelijk uniform uitgevoerd. De tweedejaars studenten van de GH konden echter niet op dezelfde wijze benaderd worden als de overige studenten. De respons onder deze studenten is, om deze reden, lager. De resultaten onder deze groep studenten kunnen daarom ook ter discussie gesteld worden. Door de lage respons wordt mogelijk een vertekend beeld gegeven van de resultaten.

Deelvraag 1

Bij deze deelvraag is het de vraag in hoeverre de weergegeven behoeften voor iedere terminale zorgvrager opgaan, want geen enkele zorgvrager is hetzelfde en heeft weer andere behoeften. Er zijn voor het praktijkonderzoek 2 terminale zorgvragers bereid gevonden om mee te werken aan ons onderzoek. De gegevens die vanuit dit praktijkonderzoek naar voren zijn gekomen, zijn niet representatief voor alle terminale zorgvragers in Nederland. Van de resultaten, verkregen uit literatuuronderzoek, mag echter worden aangenomen dat deze voldoende inhoudelijke representativiteit bevat. De resultaten zijn verkregen uit onderzoeksresultaten van onderzoekers, welke veel onderzoek naar dit onderwerp verricht hebben.

Deelvraag 2

Een verpleegkundige uit hospice 2 gaf aan dat het niet acceptabel is om studenten op terminale zorgvragers te laten oefenen. Je kunt daar een vraag tegenover zetten: is het wel verantwoord om de studenten op andere categorieën zorgvragers te laten 'oefenen'? Waarom is het niet verantwoord om op terminale zorgvragers te 'oefenen'? Deze vraag geldt voor alle drie gebieden: coördinerend, verpleegtechnisch en psychosociaal.

Deelvraag 3

Het feit of de levensfasen van studenten en terminale zorgvragers al dan niet op elkaar aansluiten, kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. De één hecht meer waarde aan het feit dat deze twee groepen haaks op elkaar staan, de ander hecht meer waarde aan gegevens uit een project en resultaten waarin is gebleken dat het verschil tussen jongeren en ouderen helemaal niet zo groot is. De resultaten kunnen hierdoor op verschillende manieren belicht en geïnterpreteerd worden.

Deelvraag 4

Studenten van beide hogescholen, hebben aangegeven dat ze het wel zien zitten om stage te lopen in een hospice. Veel studenten zijn echter nog nooit in aanraking geweest met terminale zorgvragers, het is discutabel of de studenten de (emotionele) zwaarte van een stage in een hospice wel goed in kunnen schatten.

De resultaten vanuit deze deelvraag geven nog een discussiepunt. HBO-verpleegkunde studenten die nu de opleiding volgen aan de CHW of de GH, hebben de enquêtes ingevuld. De vraag is echter; hebben studenten over een paar jaar (gezien de duur van het opstarten van een hospice) nog steeds dezelfde mate van belangstelling voor een stage in het hospice?

Deelvraag 5

Er zijn diverse voor- en nadelen naar voren gekomen die pleiten voor het al dan niet starten van een zelfstandig high-care hospice in Zwolle, onder de verantwoording van zowel de CHW als de GH. Deze voor- en nadelen zijn tegen elkaar af te wegen; er is echter geen gewicht aan te geven van de voor- en nadelen. Het is afhankelijk van de organisatie en interpretatie hoe deze voor en nadelen uitvallen.

5.3 Aanbevelingen

Vanuit de resultaten van dit onderzoek zijn er verschillende aanbevelingen te geven. Deze aanbevelingen worden gedaan voor het projectteam en de stuurgroep. Tevens hebben de aanbevelingen betrekking op eventuele vervolgonderzoeken. Voor het projectteam en de stuurgroep gelden de volgende aanbevelingen:

- Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het, wat betreft het kunnen voorzien in de zorg voor terminale zorgvragers, haalbaar is om studenten als stagiaire te plaatsen in een high-care hospice. Hierbij is echter aan te bevelen om studenten voorafgaand aan de stage te selecteren op basis van een aantal criteria. Deze criteria verhouden zich allereerst tot het leerjaar waarin de student zich bevindt. Uit de resultaten blijkt dat het niet wenselijk is om 1^e en 2^e jaars studenten te plaatsen binnen deze stageplaats. Ook lijkt het wenselijk om studenten te selecteren op motivatie en ervaring. Daarnaast dient de begeleiding en ondersteuning van de studenten gewaarborgd te zijn.
- De projectgroep en de stuurgroep dienen bij de overweging tot een 'go' of 'no go' rekening te houden met de voor- en nadelen met betrekking tot een hospices in de vorm van een leerafdeling. Een hospice in de context van een leerafdeling heeft verschillende nadelen, welke voorafgaand aan de start goed overwogen dienen te worden.
- Het verdient de aanbeveling om, indien gestart wordt met het hospice, palliatieve / terminale zorg meer te integreren in het onderwijsaanbod van de HBO-V, zodat studenten meer kennis hebben en beter voorbereid zijn op het verlenen van deze zorg.
- Gezien de tijd die het zal kosten om het initiatief ook daadwerkelijk te realiseren, is het aan te bevelen om de belangstelling van studenten voor een stageplaats in een hospice te blijven controleren. Mogelijk is hier, door bepaalde ontwikkelingen, een verschuiving in waarneembaar.
- Uit een aantal toelichten vanuit de studenten-enquêtes viel af te leiden dat een lange stageperiode in een hospice mogelijk als negatief wordt ervaren. Velen zien een hospice als een goede leerplek, maar geven aan hier geen stage te willen lopen van meer dan twintig weken. Dit waren echter enkele toelichtingen. De stageduur heeft binnen dit onderzoek geen plek gekregen, maar dit zou, indien een 'go' wordt gegeven, een belangrijk punt zijn om te bekijken. Een langdurige stageplaats zou mogelijk de interesse van studenten voor deze stageplaats kunnen verminderen.
- Uit de uiteenzetting van de levensfasen blijkt dat het aan te bevelen is om in het personeelsbeleid rekening te houden met het selecteren van de zorgverleners. Door, naast studenten, verpleegkundigen en vrijwilligers uit verschillende maatschappelijke milieus en leeftijd te selecteren, kan een afspiegeling van de maatschappij worden gecreëerd. Op deze manier kan iedere terminale zorgvrager aansluiting vinden met een zorgverlener.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn:

- Het is aan te bevelen om, middels een vervolgonderzoek, concreet te maken welke precieze selectiecriteria gelden voor studenten. Dit onderzoek moet dan inzicht geven in de wijze waarop studenten geselecteerd worden en op welke gronden dit plaats vindt.
- Binnen het onderzoek is onderzocht welke voor- en nadelen kleven aan een hospice in de vorm van een leerafdeling. Het verdient de aanbeveling om in een vervolgonderzoek te onderzoeken hoe de nadelen van een leerafdeling kunnen worden ondervangen. Daarnaast is het ook aanbevolen om te onderzoeken op welke wijze de leerafdeling het beste vorm kan krijgen; hierbij rekening houdend met de (kwetsbare) setting waarin deze zal worden opgezet.
- Uit het onderzoek blijkt dat de studenten weinig kennis bezitten over palliatieve zorg. Daarom is het aan te bevelen te onderzoeken of het mogelijk is om een speciale minor te ontwikkelen welke zich richt op terminale en palliatieve zorg.

5.4 Procesevaluatie

Dit onderzoek is tot stand gekomen door de samenwerking van drie HBO-verpleegkunde studenten. Deze studenten hadden, voorafgaand aan dit project, weinig ervaring met het doen van onderzoek. Hierdoor waren veel aspecten van het onderzoeksproces nieuw voor hen.

Allereerst zijn de studenten begonnen met literatuuronderzoek betreffende de verschillende onderwerpen beschreven in dit verslag. Hierbij werd gebruik gemaakt van bronnen van zowel het internet als boeken en tijdschriften. Ondertussen werden verschillende hospices benaderd met het verzoek hun medewerking te verlenen aan het onderzoek. In totaal werden vier hospices bezocht waardoor een realistisch beeld gevormd kon worden over hoe een hospice georganiseerd is.

Er is veel tijd gestoken in het maken van enquêtes, zodat de informatie die hieruit zou komen goed bruikbaar zou zijn voor het onderzoek. Deze enquêtes zijn in zo'n mate opgesteld dat ieder antwoord op een eenvoudige wijze verwerkt kon worden in grafieken. Via een formule zijn aantallen bepaald voor de studenten en de docenten, zodat er een representatief aantal respondenten beschikbaar zou zijn voor deze doelgroepen. De docenten van beide hogescholen hebben de enquête in hun postvak ontvangen en konden deze retourneren in een daarvoor bestemde doos. De studenten zijn persoonlijk benaderd, waardoor de respons behoorlijk hoog was, met uitzondering van de 2^e jaars studenten van de GH. Deze groep was niet persoonlijk te benaderen en zijn via de post gevraagd hun medewerking te verlenen voor het onderzoek.

Via het computerprogramma Excel zijn de resultaten van de enquêtes uitgewerkt, hierbij is gekozen voor een grafiek waarin zoveel mogelijk gegevens verwerkt konden worden. Op deze wijze was het mogelijk om bijvoorbeeld een vergelijking te maken tussen studenten van de beide hogescholen of tussen de verschillende studie jaren. De gegeven toelichtingen zijn handmatig geclusterd, waarbij gekeken is naar overeenkomsten. Deze uitkomsten zijn in het gehele onderzoeksverslag gebruikt.

In navolging op bovenstaande zijn resultaten vanuit de literatuurstudies vergeleken met resultaten uit de praktijkonderzoeken en is daarmee een antwoord geformuleerd op de verschillende deelvragen (met uitzondering van deelvraag 4). Uiteindelijk is in de conclusie een antwoord gevormd op de vraagstelling en wordt er teruggeblikt op de algemene doelstelling van het project.

Gedurende het hele project zijn er regelmatig vergaderingen geweest met het projectteam; dit om een iedere over de voortgang te informeren en om eventuele vragen aan elkaar te stellen. Op deze wijze bleef een ieder op de hoogte van de vorderingen binnen het project.

Gaandeweg dit onderzoek zijn er diverse punten naar voren gekomen die bij een volgend onderzoek anders aangepakt zouden worden. Allereerst werd duidelijk dat literatuurstudie een goede basis vormt voor het bepalen van een juiste vraagstelling. Op deze wijze wordt dubbel / onnodig werk voorkomen en komen er belangrijke bronnen naar voren.

Ten tweede werd duidelijk dat er meer werk in het maken van goede enquêtes zat dan van te voren werd ingeschat. De enquêtes werden op eigen inzicht gemaakt, zonder daarbij relevante bronnen te raadplegen, zodat vragen qua vorm niet op elkaar aansloten. Door ook hier relevante bronnen bij te gebruiken, werd eenduidigheid gecreëerd in de enquêtes.

Als derde punt was de geplande tijd voor het uitvoeren van de enquêtes onderschat, wat uiteindelijk heeft geleid tot het uitsluiten van de naasten van de terminale zorgvragers bij het enquêteren. Deze groep maakte aanvankelijk ook deel uit van de onderzoeksgroep. Hierbij is gekeken of de resultaten vanuit deze categorie een meerwaarde vormde voor het onderzoek. Door kritisch naar de vraagstelling en deelvragen te kijken is besloten de onderzoeksvragen te beantwoorden zonder een onderzoek te verrichten onder deze categorie.

Vanuit geografisch oogpunt zijn 7 hospices via email benaderd met de vraag of er een bezoek gebracht mocht worden door de projectgroep. Het doel van dit bezoek zou het mondeling enquêteren van terminale zorgvragers zijn, waarbij ook verpleegkundigen benaderd zouden worden. Hierop zijn drie positieve reacties ontvangen, een volgende keer zouden hospices telefonisch benaderd kunnen worden. Doordat er slechts drie hospices positief reageerden, werd de groep terminale zorgvragers kleiner, waardoor de uiteindelijke respons erg laag uitviel. Dit zou bij een volgende keer voorkomen kunnen worden door een grotere groep hospices te benaderen, zodat de respons hoger uit zal vallen.

Uit bovenstaande alinea wordt duidelijk dat de respons van de hospices laag was. Er werd echter vergeten dat de hospices die negatief gereageerd hadden, mogelijk wel bereid waren om verpleegkundigen te laten enquêteren. Door hier een volgende keer alert op te zijn, kan dit voorkomen worden.

Bij het verspreiden van enquêtes onder docenten van de beide hogescholen, is ondervonden dat deze wijze van verspreiding geen hoge respons tot gevolg had. Een volgende keer zou er voor gekozen worden om ook de docenten persoonlijk te benaderen zodat de respons hoger uit zal vallen.

Wat betreft de levensfasen werd het lastig ervaren om relevante literatuur te vinden, aangezien er niet specifiek onderzoek was gedaan naar wat er onderzocht werd door de projectgroep. Uit de beschikbare gegevens is echter wel getracht een zo compleet mogelijk beeld te geven.

6. Literatuurlijst

- Adriaansen, M., Y. van der Wiel, M. Kamphuis (2003) *Palliatieve zorg in het HBO-V curriculum*, Vakblad voor opleiders in het gezondheidsonderwijs, nr 6, oktober 2003
- Akker, van den P., K. Luijkx, H. Bart (2005) *Waar wilt u doodgaan? Keuzes en overwegingen bij de plaats van overlijden*, Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg, jaargang 6, nr. 2
- Akker, van den P., H. Bart, K. Luijkx, (2006) *Bijna-thuis-huis of hospice?* Pallium, april 2006, blz. 14-18
- Altrecht, O., D. Jeugd, (2003) *Rehabilitatie voor Ouderen; de aanzet tot een module*, Divisie Jeugd&Ouderen,
URL: [http://www.ouderenpsychiatrie.nl/nkop/ouderenpsychiatrie.nsf/\(WebFiles\)/E9DF190945D9A044C1256F0E002A9755/\\$FILE/Rehab%20module%20april%202004%20Altrecht.pdf](http://www.ouderenpsychiatrie.nl/nkop/ouderenpsychiatrie.nsf/(WebFiles)/E9DF190945D9A044C1256F0E002A9755/$FILE/Rehab%20module%20april%202004%20Altrecht.pdf)
Laatst gezien: 12-12-2007
- Andriessen H.C.I (2003) *Volwassenheid in perspectief; inleiding tot de psychologie van de volwassen levensloop*, Koninklijke Van Gorcum BV, Assen
- Bernts, T. (2001) *Jongeren in rouw- Een literatuurstudie ten behoeve van de ontwikkeling van liturgische en pastorale vormen voor jongeren in rouw*, KASKI, Nijmegen
- Bruning H. (1994) *Zorgen voor terminale patiënten*, Uitgeverij Intro, Nijkerk
- Burhman J.M., (2006) *Basisboek statistiek*, Wolters-Noordhoff, Groningen
- Cammaer, H. (1996) *Menselijke levensloop, genetische psychologie*, Acco Leuven, Amersfoort
- Cusveller B.S., (2002, niet gepubliceerd) *Palliatieve terminale zorg: visie en kwaliteitsnormen vanuit patiëntenperspectief*, Webpagina 2007, Lindeboom Instituut; Centrum voor medische ethiek, Ede.
URL: <http://www.lindeboominstituut.nl/assetmanager.asp?aid=35>
Laatst gezien: 17-10-2007
- Delft, van F., L. Knol, L. Rooijendijk (1999) *Verantwoord handelen vanuit de sociale wetenschappen, Situatiegestuurd leren*, Nelissen Educatief Baarn.
- Frederiks C.M.A, M.J.M te Wierik (2004) *Verpleegkundig onderzoek; inleiding in methoden en technieken*, Uitgeverij Kavanah, Dwingeloo
- Groot de A., A.L. Francke, D.L. Willems (2000) *Kwaliteit van palliatieve zorg; behoeften van terminale patiënten en naasten*, Verpleegkunde, jaargang 15, nr. 2, 91-103
- Hart H. 't , J. van Dijk, M. de Goede, W. Jansen, J. Teunissen (2002) *Onderzoeksmethoden*, Uitgeverij Boom, Amsterdam
- Have, L.B. van der (2004) *De verpleegkundige werkplaats; Onderzoek naar het effect van de verpleegkundige werkplaats op het leerrendement van voltijdstudenten HBO-verpleegkunde*, Universiteit van Amsterdam, vakgroep onderwijskunde, Amsterdam
- Havekes R., H. Drenth, (2005) *De leerwerkplaats; samen leren in de praktijk*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Hospice Bardo (2005) *Jaarverslag*,
URL: http://www.cbf.nl/Uploaded_files/Zelf/Jaarverslag2005Bardo1162306919.pdf
Laatst gezien: 12-12-2007
- Hospice Utrecht (2005) *Jaarverslag*,
URL: <http://www.hospiceutrecht.nl/nieuws/Jaarverslag-SHU-05.pdf>
Laatst gezien: 12-12-2007
- Koningswoud van J. (2007) *Beroepsdeelfprofiel voor verpleegkundige in palliatieve zorg; Drie bijzondere competenties*, Pallium, nr 4, 10-13
- Kordelaar, K. van, A. Vlak, Y. Kuin, & G. Westerhof (2007). *Tijdreizen: Een handleiding en werkboek voor intergenerationele gesprekken*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
via URL: www.socsci.kun.nl/psy/ger/tijdreizen
Laatst gezien: 10-12-2007
- Kuin, A., (2004) *Professioneel en betrokken; Psychosociale behoeften en zorg in de laatste levensfase, met bijzondere aandacht voor de rol van maatschappelijk werker*. Associatie van zelfstandige High Care Hospices, Amsterdam
- Migchelbrink F. (2005) *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*, Uitgeverij SWP, Amsterdam
- Mistiaen, P., L. van Ruth, A.L. Francke (2006) *Monitor Palliatieve Zorg*, NIVEL, Utrecht
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Dossier Palliatieve Zorg, met onderzoekers o.a.: Goldsteen e.a. 2002, Francke en Willems 2000, v.d. Akker e.a. 1994
URL: <http://www.nivel.nl/>
Laatst gezien: 17-10-2007

- NVVPZ (2004) *Verpleegkundige werkzaam in de palliatieve zorg*, AVVV, Utrecht
- Orshoven A. (2000) *Palliatieve zorg, stervensbegeleiding, rouwbegeleiding; handboek voor deskundige hulpverlening in de thuiszorg en in het ziekenhuis*, Acco, Leuven
- Pool, A., C. Pool-Tromp, F. Veltman-van Vugt, S. Vogel (2003) *Met het oog op de toekomst; Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen*, NIZW Uitgeverij, Utrecht
- Ree, V. van der, J. van Leeuwen, (09-11-2007) *Symposium Tijdreizen*, te Rotterdam
- Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Letteren, project Communicatieve Vaardigheden (2002) *Onderzoeksverslag*,
URL:[http://www.rug.nl/noordster/schriftelijkevaardigheden/voorstudenten/tekstsoortenconventies/o](http://www.rug.nl/noordster/schriftelijkevaardigheden/voorstudenten/tekstsoortenconventies/onderzoeksverslag)
[nderzoeksverslag](http://www.rug.nl/noordster/schriftelijkevaardigheden/voorstudenten/tekstsoortenconventies/o)
Laatst gezien: 12-12-2007
- Rögels, N. (2004) *Levensloopspsychologie, Jongvolwassenen, volwassenen en oudere volwassenen*. Uitgeverij Nelissen, Soest.
- Rooijendijk J., A. Dijt, G.J. Wijers (2006) *De mens in thema's*, Uitgeverij Nelissen, Soest
- Stevens P., A. Schade (1997) *De verpleegkundige op onderzoek*, Spruyt Van Mantgem & De Does, Leiden
- Stichting Hospice Delft (2006) *Jaarverslag 2006*,
URL:<http://www.hospicedelft.nl/Content/www.hospicedelft.nl/Documenten/jaarverslag%202006.pdf>
Laatst gezien: 12-12-2007
- Visser, G. (2004) *De rol en behoeften van mantelzorgers in de laatste levensfase*, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), Innovatiepartner in zorg en welzijn,
URL: <http://www.nizw.nl/eiz/docs/word/artikelgvissermzinlaatstelevensfase>
Laatst gezien: 17-10-2007
- Werkgroep Visie Palliatieve Terminale Zorg; A.M.M. van Breugel, G. Abrahamse, A.J.W. Appelman, R. Beekman, C.E.I.M. van Dierendonck, A.J. den Hartog, B. Hofland, H. Schaapman, N. Verweij (2004) *Palliatieve zorg in de laatste levensfase; een handreiking vanuit patiënten/consumentenperspectief*, Helms Consultancy, Eindhoven.
- WHO (2002) *Palliative Care*, World Health Organisation, URL:
<http://www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/>, Laatst gezien op: 13-12-2007
- Wit de M.A.A., M.W.E.P. Broeken (2000) *Coördinatie van zorg; in de verpleegkundige beroepsuitoefening*, Spruyt Van Mantgem & De Does, Leiden
- Wit, J. de, W. Slot, M. van Aken (2004) *Psychologie van de adolescentie*, HB uitgevers Baarn.
- Zwaard, J. van der, A. Francke, C. Gamel (2003) *Informatiebehoeften van patiënten die palliatieve zorg ontvangen en hun naasten*, Verpleegkunde, jaargang 18, nr.1, 8-19

Bijlage 1

Enquêtes

Vragenlijst Zorgvrager

Geslacht ☐ man ☐ vrouw

Leeftijd ☐ < 50 jaar ☐ 50-59 jaar ☐ 60-69 jaar ☐ 70-79 jaar ☐ 80-89 jaar ☐ > 90 jaar

1. Heeft u ervaring met stagiaires? Zo ja, hoe heeft u dit ervaren?

☐ Nee

☐ Ja

2. Welke aspecten vindt u belangrijk met betrekking tot de zorg?

3. Denkt u dat een student u tegemoet kan komen in de aspecten die u belangrijk vindt?

4. U en de (jonge) student bevinden zich mogelijk in verschillende fasen van het leven. Hoe ziet u dat? Denkt u dat dit verschil in fasen van invloed kan zijn op de zorg?

[illegible]

5. Hoe zou u het vinden als studenten de zorg in het hospice, onder begeleiding, op zich zouden nemen?

[illegible]

6. Wat zijn volgens u voor- en nadelen van een hospice waarin studenten de zorg op zich nemen onder deskundige begeleiding?

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings on the page.

7. Kunt u aangeven welke 5 aspecten u het belangrijkste vindt met betrekking tot de zorg?

- ☐ Pijn- en symptoombestrijding
- ☐ Communicatie over pijn- en symptoombestrijding
- ☐ Informatie over het ziekteproces
- ☐ Emotionele steun bij verwerking terminale ziekte
- ☐ Geestelijke begeleiding en rituelen
- ☐ Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde
- ☐ Steun bij dagelijkse levensverrichtingen en zorgtaken
- ☐ Steun bij afscheid
- ☐ Steun bij verliesverwerking
- ☐ Zorg voor rust, privacy en sociale contacten
- ☐ Zorg voor een veilige omgeving
- ☐ Persoonlijke aandacht
- ☐ Aandacht voor comfort
- ☐ Respect voor autonomie en waardigheid (Eigen zaken regelen / beslissingen kunnen nemen)

Vragenlijst Verpleegkundigen

De Christelijke Hogeschool Windesheim is met de Gereformeerde Hogeschool Zwolle een gezamenlijk project gestart. Binnen dit project wordt onderzocht of het mogelijk is om een hospice te starten in de gemeente Zwolle onder verantwoording van de beide hogescholen. In het kader van dit project doen wij een verkennend onderzoek naar de haalbaarheid van dit plan.

Het uitgangspunt van het project is, dat het hospice stageplaatsen zal bieden op niveau 5 voor de beide hogescholen. Binnen het hospice zullen studenten een centrale rol spelen in de zorg voor de terminale zorgvragers, waarbij ze onder deskundige begeleiding staan van docenten van de beide hogescholen en verpleegkundigen in dienst van het hospice. Het hospice zal dan fungeren als een leerafdeling*.

Om de haalbaarheid van dit plan te onderzoeken willen we u vragen een aantal vragen voor ons te beantwoorden. Alvast bedankt voor het invullen.

Met vriendelijke groeten,

Roelien Oosterhuis, Inge Stegeman en Marieke Vos (4^e jaars studenten HBO-V, Windesheim)

* Een leerafdeling is een competentiegerichte stageomgeving waar een groep deelnemers, onder deskundige begeleiding, een afdeling runt. Stagiaires leren zelfstandig te werken en leren van elkaar.

Aantal jaren werkzaam binnen een hospice: _____ jaar

1. Welke aspecten vindt u belangrijk met betrekking tot de zorg voor de terminale zorgvrager?

2. Heeft u ervaring met stagiaires binnen de terminale zorg? Zo ja, hoe heeft u dit ervaren?

☐ Nee

☐ Ja

3a. Welke zorg biedt u de terminale zorgvrager om aan te sluiten bij de zorgbehoefte van de zorgvrager?

Psychosociaal: _____

Verpleegtechnisch: _____

Coördinerend: _____

3b. In hoeverre denkt u dat een student deze aspecten op zich kan nemen?

- Psychosociaal	Goed / Ruim voldoende / Voldoende / Onvoldoende
- Verpleegtechnisch	Goed / Ruim voldoende / Voldoende / Onvoldoende
- Coördinerend	Goed / Ruim voldoende / Voldoende / Onvoldoende

☐ Ja

☐ Nee

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

7. Wilt u hieronder aangeven welke 5 aspecten u het belangrijkste vindt met betrekking tot de zorg voor de terminale zorgvrager?

- ☐ Pijn- en symptoombestrijding
- ☐ Communicatie over pijn- en symptoombestrijding
- ☐ Informatie over het ziekteproces
- ☐ Emotionele steun bij verwerking terminale ziekte
- ☐ Geestelijke begeleiding en rituelen
- ☐ Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde
- ☐ Steun bij dagelijkse levensverrichtingen en zorgtaken
- ☐ Steun bij afscheid
- ☐ Steun bij verliesverwerking
- ☐ Zorg voor rust, privacy en sociale contacten
- ☐ Zorg voor een veilige omgeving
- ☐ Persoonlijke aandacht
- ☐ Aandacht voor comfort
- ☐ Respect voor autonomie en waardigheid (Eigen zaken regelen / beslissingen kunnen nemen)

Opmerkingen:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.

Vragenlijst Docenten

Geachte docent,

De School of Health Care Windesheim is in samenwerking met de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle een gezamenlijk project gestart. Binnen dit project wordt onderzocht of het mogelijk is om een hospice te starten in de gemeente Zwolle, onder de verantwoording van de beide hogescholen. Dit hospice zal dan hoofdzakelijk gerund gaan worden door studenten van de beide hogescholen (in de vorm van een leerafdeling), welke begeleid gaan worden door docenten van zowel de CHW als de GH. Momenteel is er een verkennend onderzoek gestart naar de haalbaarheid van dit plan.

In het kader van dit onderzoek willen we u vragen, om vanuit uw expertise, een aantal vragen voor ons te beantwoorden.

Wilt u de ingevulde vragenlijst retourneren bij Martine Kreuzen of Gerrit van Enk?

Graag voor 16 november

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Roelien Oosterhuis, Inge Stegeman en Marieke Vos, 4^e jaars studenten HBO-V Windesheim

1. Wat is uw aandachtsveld / vakgebied? _____

2. In welke mate denkt u dat de HBO-verpleegkunde student in staat is zorg te verlenen aan de terminale zorgvrager, gekeken naar onderstaande gebieden en naar het studiejaar waarin zij zich bevinden?

	<u>Onvoldoende</u>	<u>Voldoende</u>	<u>Ruim voldoende</u>	<u>Goed</u>
Studiejaar 1:				
- Psychosociaal	☐	☐	☐	☐
- Verpleegtechnisch	☐	☐	☐	☐
- Coördinerend	☐	☐	☐	☐

Toelichting: _____

	<u>Onvoldoende</u>	<u>Voldoende</u>	<u>Ruim voldoende</u>	<u>Goed</u>
Studiejaar 2:				
- Psychosociaal	☐	☐	☐	☐
- Verpleegtechnisch	☐	☐	☐	☐
- Coördinerend	☐	☐	☐	☐

Toelichting: _____

Toelichting: _____

Toelichting: _____

[illegible][illegible]

4a. Studenten en terminale zorgvragers bevinden zich in verschillende levensfasen. In hoeverre denkt u dat dit verschil in levensfasen de zorg kan beïnvloeden?

- ☐ Weinig
- ☐ Veel

4b. Indien 'veel', is dit dan op een positieve op negatieve wijze? ☐ Positief ☐ Negatief

Toelichting: _____

Indien u opmerkingen / tips / adviezen heeft die van belang zijn voor de uitkomst van dit onderzoek, dan kunt u deze hieronder vermelden:

[illegible]

Vragenlijst Studenten

Beste student,

De Christelijke Hogeschool Windesheim is met de Gereformeerde Hogeschool Zwolle een gezamenlijk project gestart. Binnen dit project wordt onderzocht of het mogelijk is om een hospice te starten in de gemeente Zwolle onder verantwoording van de beide hogescholen. Een hospice is een plaats, meestal een [huis](#), met een huiselijke sfeer, die zich in [terminale zorg](#) heeft gespecialiseerd. Patiënten die ongeneeslijk ziek zijn, kunnen hier tot aan hun dood worden verzorgd. Door de huiselijke sfeer wordt dit beter ervaren als een ziekenhuisomgeving, terwijl er toch nog voldoende medisch personeel aanwezig is.

De bedoeling is dat het hospice in Zwolle hoofdzakelijk gerund zal gaan worden door studenten van de beide hogescholen, welke begeleid gaan worden door docenten van zowel Windesheim als de Gereformeerde Hogeschool. Het hospice zal dan fungeren als een leerafdeling*. Om de haalbaarheid van dit plan te onderzoeken willen we je vragen een aantal vragen voor ons te beantwoorden.

Bedankt voor het invullen!

Roelien Oosterhuis, Inge Stegeman en Marieke Vos (4^e jaars studenten HBO-V)

* Een leerafdeling is een competentiegerichte stageomgeving waar een groep deelnemers, onder deskundige begeleiding, een afdeling runt. Stagiaires leren zelfstandig te werken en leren van elkaar

Leeftijd _____ jaar
Studiejaar _____^e jaars

1. Ik kan veel leren van het werken met terminale zorgvragers ☐ Eens ☐ Gedeeltelijk eens ☐ Gedeeltelijk oneens ☐ Oneens ☐ Geen
mening

Toelichting: _____

2. Ik zie het zitten om te gaan werken met terminale zorgvragers ☐ Eens ☐ Gedeeltelijk eens ☐ Gedeeltelijk oneens ☐ Oneens ☐ Geen
mening

Toelichting: _____

3. Ik bezit voldoende kennis / ervaring / vaardigheden om zorg te kunnen verlenen aan een terminale zorgvrager...

... op psychosociaal gebied

mening

(De wijze waarop de zorgvrager zijn ziekte beleeft en de consequenties die dit heeft voor zijn sociale contacten)

☐ Eens ☐ Gedeeltelijk eens ☐ Gedeeltelijk oneens ☐ Oneens

☐ Geen

Toelichting: _____

... op verpleegtechnisch gebied

mening

(bijvoorbeeld: zuurstoftoediening, pijnbestrijding en infusietherapie)

☐ Eens ☐ Gedeeltelijk eens ☐ Gedeeltelijk oneens ☐ Oneens

☐ Geen

Toelichting: _____

... op coördinerend gebied

mening

(bijvoorbeeld: multidisciplinair werken en plannen van zorg)

☐ Eens ☐ Gedeeltelijk eens ☐ Gedeeltelijk oneens ☐ Oneens

☐ Geen

Toelichting: _____

4. Ik denk dat ik goed zorg kan verlenen aan iemand die zich in

de laatste levensfase bevindt (en dus terminaal is)

mening

☐ Eens ☐ Gedeeltelijk eens ☐ Gedeeltelijk oneens ☐ Oneens

☐ Geen

Toelichting: _____

5. In welke mate denk jij te kunnen voorzien in onderstaande aspecten van de behoeften van de terminale zorgvrager?

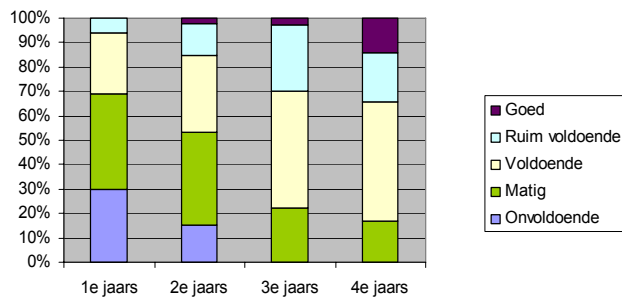
Onvoldoende 1	Matig 2	Voldoende 3	Ruim Voldoende 4	Goed 5	
	1	2	3	4	5
Pijn- en symptoombestrijding	☐	☐	☐	☐	☐
Communicatie over pijn- en symptoombestrijding	☐	☐	☐	☐	☐
Informatie over het ziekteproces	☐	☐	☐	☐	☐
Emotionele steun bij verwerking terminale ziekte	☐	☐	☐	☐	☐
Geestelijke begeleiding en rituelen	☐	☐	☐	☐	☐
Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde	☐	☐	☐	☐	☐
Steun bij dagelijkse levensverrichtingen en zorgtaken	☐	☐	☐	☐	☐
Steun bij afscheid en praktische zaken	☐	☐	☐	☐	☐
Steun bij verliesverwerking	☐	☐	☐	☐	☐
Zorg voor rust, privacy en sociale contacten	☐	☐	☐	☐	☐
Zorg voor een veilige omgeving	☐	☐	☐	☐	☐
Persoonlijke aandacht	☐	☐	☐	☐	☐
Aandacht voor comfort	☐	☐	☐	☐	☐
Respect voor autonomie en waardigheid (Zorgvrager regelt eigen zaken / neemt eigen beslissingen)	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 2

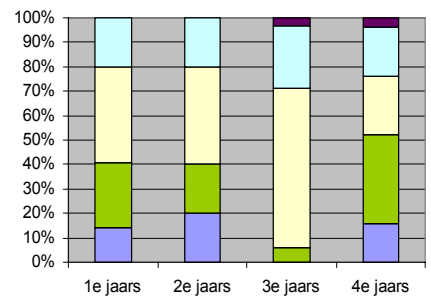
Grafieken vraag 5 uit enquêtes studenten

Studenten CHW

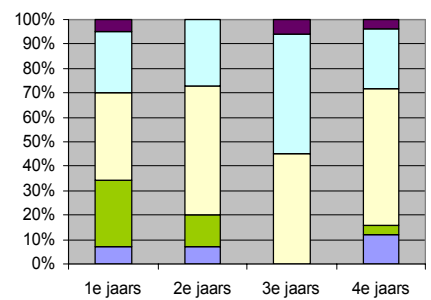
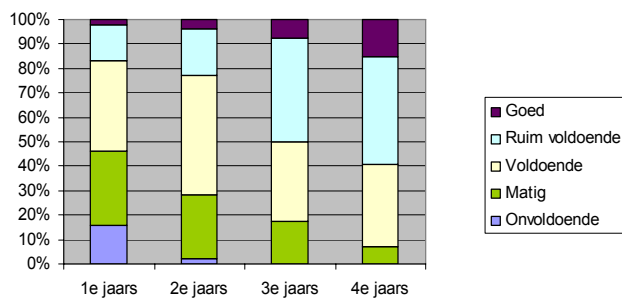
Pijn- en symptoombestrijding



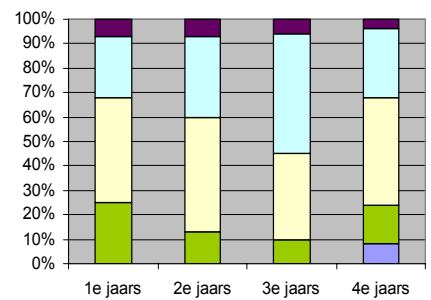
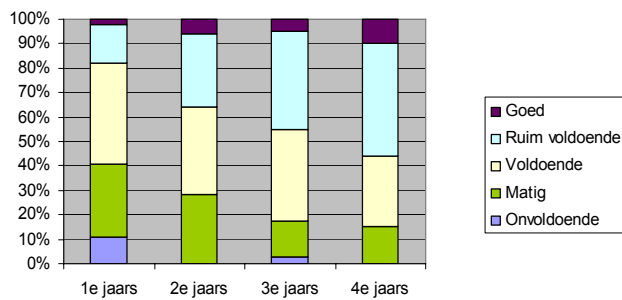
Studenten GH



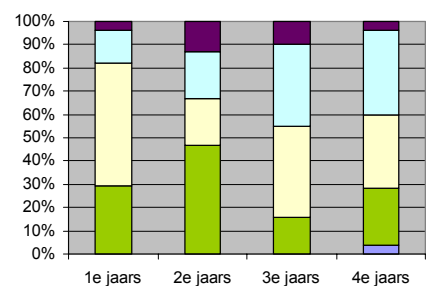
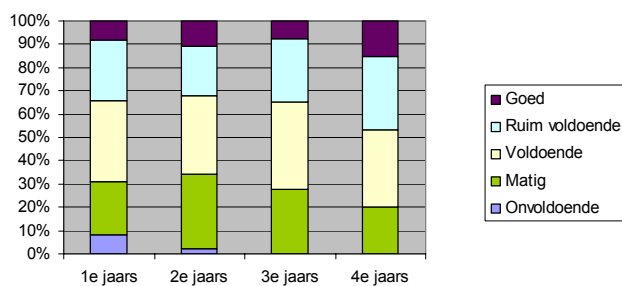
Communicatie over pijn- en symptoombestrijding



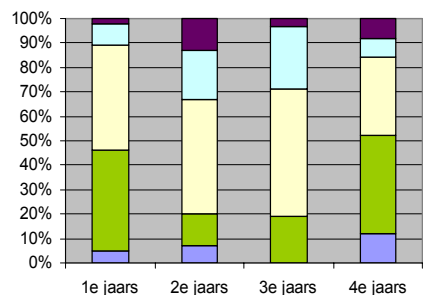
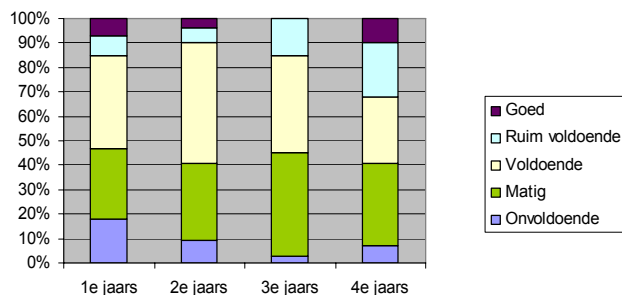
Informatie over het ziekteproces



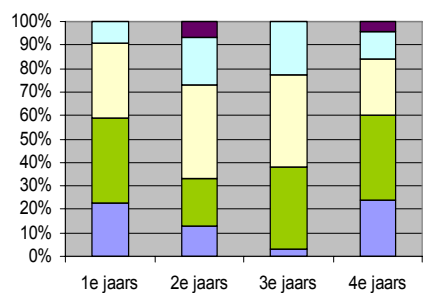
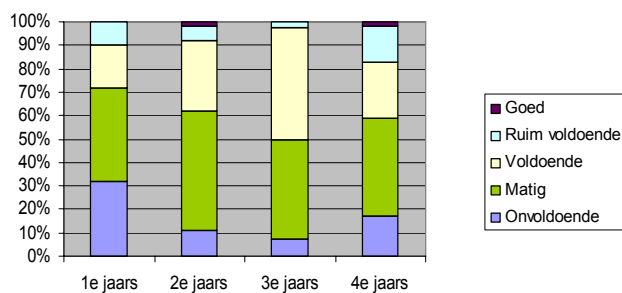
Emotionele steun bij verwerking terminale ziekte



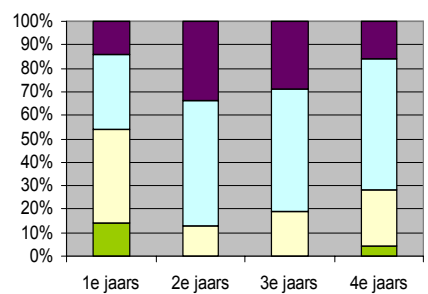
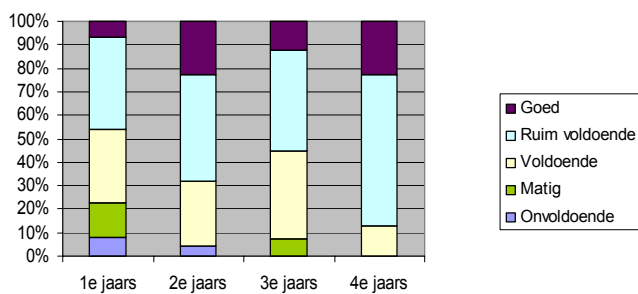
Geestelijke begeleiding en rituelen



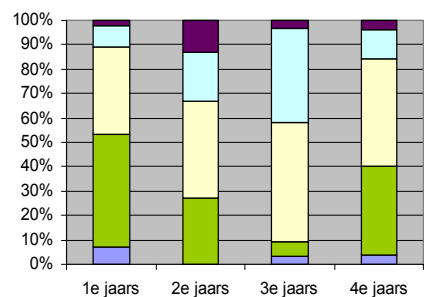
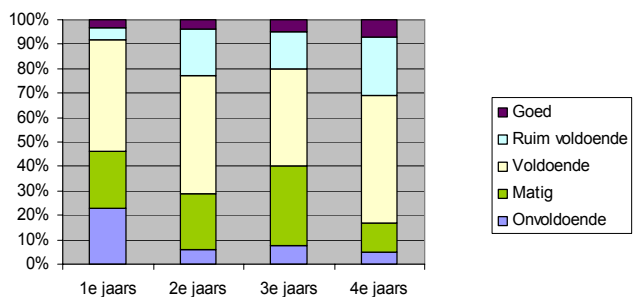
Begeleiding bij beslissingen rondom het levenseinde



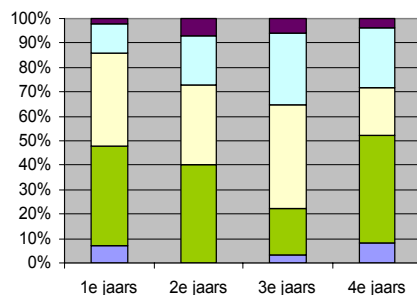
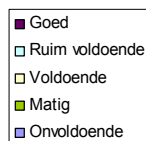
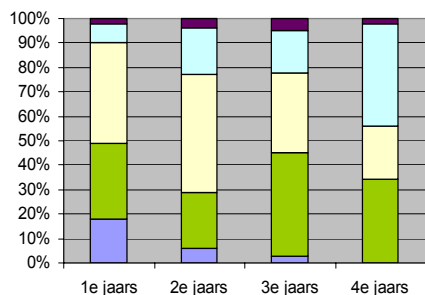
Steun bij dagelijkse levensverrichtingen en zorgtaken



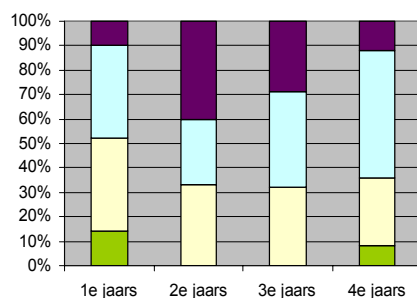
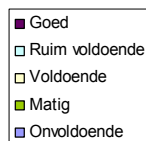
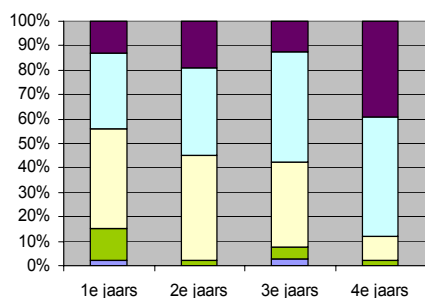
Steun bij afscheid en praktische zaken



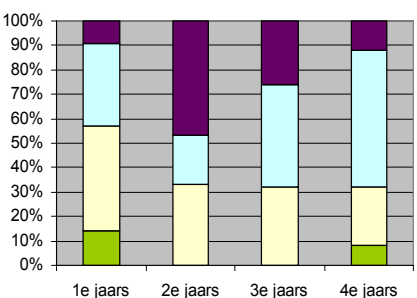
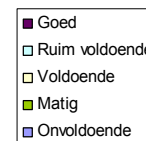
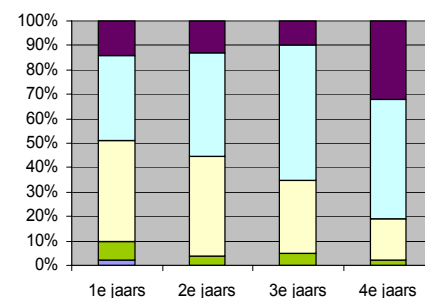
Steun bij verliesverwerking



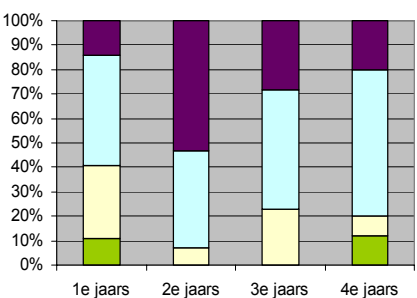
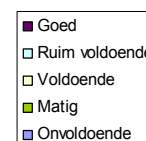
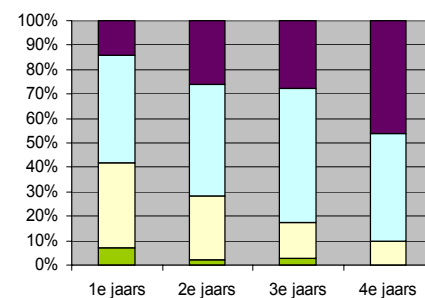
Zorg voor rust, privacy en sociale contacten



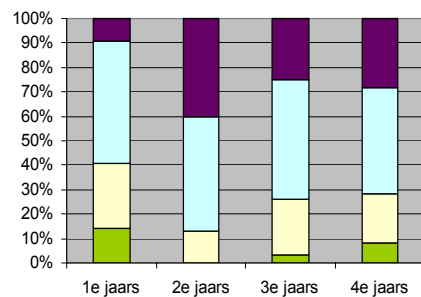
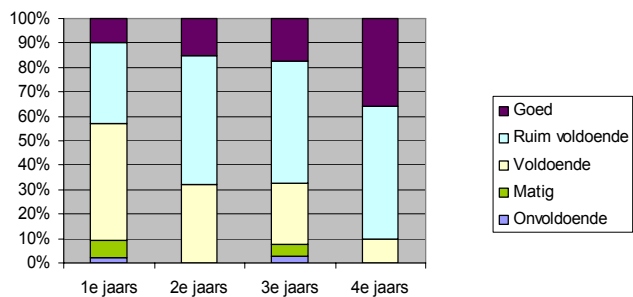
Zorg voor een veilige omgeving



Persoonlijke aandacht



Aandacht voor comfort



Respect voor autonomie en waardigheid

