

# Kwetsbare ouderen en een gesprek voeren rondom het reanimatiebeleid

Een praktijkgericht onderzoek naar de rol van de verpleegkundige in het besluitvormingsproces van een reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.



Auteurs: Anne Schurgers  
en Julia Wingelaar

Studentennummers: 1828568,  
1800795

Zuyd Hogeschool  
Heerlen  
HBO Verpleegkunde

Praktijkleerplaats:  
Zuyderland Medisch Centrum  
Interne geneeskunde & Interne Oncologie

Groep: VO422

Aantal woorden: 10.000

Werkbegeleiders:  
Michelle de Koster, Yvette Janssen,  
Debby Canton en Tessa Creemers

Docentbegeleider:  
Sabine Pieters

Opdrachtgever:  
Astrid Simonis

Datum praktijkleerperiode:  
08-02-2022 t/m 24-06-2022

Inleverdatum: 23-05-2022

Versie 1

## Voorwoord

Voor U ligt de bachelor thesis 'kwetsbare ouderen en een gesprek voeren rondom het reanimatiebeleid'. Deze thesis is geschreven in het kader van de opleiding tot hbo-verpleegkundige aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Gedurende een periode van 18 weken hebben wij, Julia Wingelaar en Anne Schurgers, in de laatste module 'Afstuderen Advies' stage mogen lopen binnen Zuyderland Medisch Centrum op de verpleegafdeling Interne geneeskunde en Interne Oncologie.

Op deze praktijkleerplaatsen hebben wij een praktijkgericht onderzoek mogen uitvoeren. In dit onderzoek wordt er onderzocht op welke wijze de verpleegkundigen in samenspraak met de artsen mede zorg kunnen dragen aan het regelmatig bespreekbaar maken en beslissingen nemen rondom een reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen. De nadruk van dit onderzoek ligt met name op de rol van de verpleegkundige binnen dit proces. Het beoogde doel is het optimaliseren van het huidige beleid en de rol van de verpleegkundige hierin.

Graag willen wij onze docente Sabine Pieters, onze werkbegeleiders, opdrachtgever en alle betrokken collega's van de afdeling Interne geneeskunde en Interne Oncologie bedanken voor de fijne begeleiding, hun kennis en waardevolle feedback gedurende deze praktijkleerperiode. Ten slotte willen wij elkaar bedanken voor de fijne samenwerking.

Als laatste willen wij onze respondenten bedanken voor de deelname aan dit onderzoek.

Wij wensen U veel leesplezier toe!

## Samenvatting

### Inleiding

Uit de literatuur blijkt dat in het ziekenhuis vaak een reanimatiebeleid bepaald wordt zonder een gedeeld besluitvormingsproces en worden de behandelvoorkeuren van een patiënt ondergewaardeerd, over het hoofd gezien of vindt dit gesprek te laat plaats in het ziekteproces. Wanneer er geen gesprek wordt gevoerd over een reanimatiebeleid kan dit nadelige gevolgen hebben voor de patiënt en verpleegkundigen. Centraal in dit onderzoek staat de onderzoeksvraag: “Op welke wijze kunnen verpleegkundigen in samenspraak met artsen mede zorgdragen aan het regelmatig bespreekbaar maken en initiëren van beslissingen rondom het reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen?”

### Methode

Middels een kwalitatieve onderzoeksbenadering hebben er semi-gestructureerde interviews en focusgroepen plaatsgevonden. De verzamelde data werd geanalyseerd middels een thematische analyse.

### Resultaten

Alle respondenten benadrukken dat het gesprek over een reanimatiebeleid vaak te laat plaatsvindt. Zij geven de voorkeur om dit gesprek aan het begin van een behandeltraject te laten plaatsvinden op de poli. Volgens hen bestaat de rol van de verpleegkundige uit het bieden van opvang, verduidelijking, signaleren en doorgeven aan de arts. De respondenten geven aan dat er meer bewustzijn gecreëerd moet worden over het reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige hierin. Daarnaast is het wenselijk dat de verpleegkundige tijdens een gesprek over het reanimatiebeleid aanwezig is. De samenwerking verloopt volgens de respondenten verschillend per afdeling.

### Discussie & conclusie

Doordat gesprekken te laat plaatsvinden, de rol van de verpleegkundige tot op heden nog niet genoeg vorm krijgt en er een gebrek aan bewustzijn is kan mogelijk het besluitvormingsproces over een reanimatiebeleid nadelige gevolgen hebben. De taken van de verpleegkundige rondom het reanimatiebeleid bestaan uit: het bieden van opvang, verduidelijking naar de patiënt toe, bij het gesprek aanwezig zijn en signaleren en doorgeven aan de arts wanneer er geen beleid aanwezig is of bij twijfels over dit beleid. Als er meer bewustzijn gecreëerd wordt over het reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige hierin kan dit geoptimaliseerd worden.

**Advies & inbedding**

Allereerst wordt er aangeraden meer bewustzijn te creëren over het reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige hierin. Ook wordt er aangeraden om de verpleegkundige aanwezig te laten zijn tijdens het gesprek en het gesprek op de poli aan het begin van een behandeltraject te laten plaatsvinden. Ten slotte is er behoefte aan een DOO waarin het gesprek rondom een reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen wordt geoefend en scholing wordt gegeven over ACP, gesprekstechnieken en voorlichting wordt gegeven door een intensivist.

## Inhoudsopgave

|                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inleiding .....</b>                                                   | <b>7</b>  |
| <b>1 Theoretisch kader .....</b>                                         | <b>10</b> |
| 1.1 Reanimatiebeleid .....                                               | 10        |
| 1.2 Kwetsbare ouderen.....                                               | 11        |
| 1.3 Advance Care Planning .....                                          | 12        |
| 1.4 Shared Decision Making .....                                         | 14        |
| 1.5.1 De huisarts .....                                                  | 15        |
| 1.5.2 De specialist ouderengeneeskunde .....                             | 15        |
| 1.5.3 De hoofdbehandelaar .....                                          | 15        |
| 1.5.4 De verpleegkundigen en verzorgenden.....                           | 16        |
| <b>2 Onderzoeksmethoden .....</b>                                        | <b>17</b> |
| 2.1 Onderzoeksbenadering.....                                            | 17        |
| 2.1.1 Semi-gestructureerde interviews .....                              | 17        |
| 2.1.2 Focusgroepen.....                                                  | 17        |
| 2.3 Dataverzameling .....                                                | 20        |
| 2.3.1 Semi-gestructureerde interviews .....                              | 20        |
| 2.3.2 Focusgroepen.....                                                  | 21        |
| 2.4 Data-analyse.....                                                    | 22        |
| 2.5 Ethische overwegingen .....                                          | 23        |
| <b>3 Resultaten.....</b>                                                 | <b>24</b> |
| 3.1 Onderzoekspopulatie.....                                             | 24        |
| 3.2 Resultaten semi-gestructureerde interviews met verpleegkundigen..... | 25        |
| 3.3 Resultaten semi-gestructureerde interviews met artsen .....          | 26        |
| 3.4 Resultaten duo-interview .....                                       | 28        |
| 3.5 Resultaten focusgroep .....                                          | 29        |
| <b>4 Discussie en conclusie .....</b>                                    | <b>32</b> |
| 4.1 Discussie .....                                                      | 32        |
| 4.2 Sterkte- zwakte analyse.....                                         | 33        |
| 4.3 Implicatie verpleegkundig vakgebied .....                            | 33        |
| 4.4 Implicatie toekomstig onderzoek .....                                | 34        |
| 4.5 Conclusie.....                                                       | 34        |
| <b>5 Advies en inbedding.....</b>                                        | <b>35</b> |
| <b>Literatuurlijst.....</b>                                              | <b>37</b> |

|                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Bijlage .....</b>                                                                      | <b>42</b> |
| Bijlage 1      De zes stappen van ACP.....                                                | 42        |
| Bijlage 2      Topiclijst semi-gestructureerde interview artsen en verpleegkundigen ..... | 43        |
| Bijlage 3      Topiclijst focusgroep.....                                                 | 44        |
| Bijlage 4      Topiclijst duo-interview.....                                              | 45        |
| Bijlage 5      Codeboom semi-gestructureerde interviews verpleegkundigen.....             | 46        |
| Bijlage 6      Codeboom semi-gestructureerde interviews artsen .....                      | 47        |
| Bijlage 7      Codeboom duo-interview.....                                                | 48        |
| Bijlage 8      Codeboom focusgroep.....                                                   | 49        |

## Inleiding

Als ons hart stopt met bloed rondpompen ontstaat er een hartstilstand. Reanimeren is dan van levensbelang. Echter de keuze voor wel of niet reanimeren moet zijn vastgelegd in een beleid (De Nederlandse Hartstichting, z.d.). Een reanimatiebeleid is een besluit waaruit blijkt of een patiënt wel of niet gereanimeerd wil worden in geval van een hartstilstand (Van Delden et al., 2013b). De gemiddelde leeftijd bij een reanimatie is 67 jaar en de overlevingskans bij een hartstilstand is gemiddeld 23%. Uit de multidisciplinaire richtlijn van Verenso (Van Delden et al., 2013b) blijkt dat kwetsbare ouderen een zeer kleine kans hebben om een reanimatie zonder schade te overleven naarmate de leeftijd stijgt. De richtlijn geeft aan dat 11-17% van de 80-plussers het ziekenhuis verlaat na een reanimatie binnen een ziekenhuis en de helft van de 70-plussers die een hartstilstand overleefde ernstige en blijvende neurologische schade hieraan overhoudt. Hoewel het bekend is dat reanimatie blijvende schade kan veroorzaken, blijken 85% van de patiënten die niet in aanmerking komen hiervoor volgens Dignam et al. (2021) toch gereanimeerd worden. Om deze reden is een reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen en beperkte levensverwachting nog belangrijker (Van Delden et al., 2013b).

Volgens You et al. (2019) wordt in het ziekenhuis vaak een reanimatiebeleid vastgelegd zonder een gedeeld besluitvormingsproces. Dignam et al. (2021) geeft aan dat discussies met de patiënt over hun behandelvoorkeuren ondergewaardeerd worden door de artsen, laat in het ziekteproces plaatsvinden of volledig over het hoofd worden gezien. Volgens Kleefstra (2016) ontstaan er misverstanden wanneer het reanimatiebeleid niet zorgvuldig wordt besproken. Als er geen gesprek wordt gevoerd met de arts, patiënt en zijn/haar naasten en verpleegkundigen over het reanimatiebeleid bij opname heeft dit nadelige gevolgen voor de patiënt volgens Van den Hooff (2018). "Sommige kwetsbare ouderen en hun naasten zien een plotselinge circulatiestilstand als een gewenste milde, natuurlijke dood. Als dan toch gereanimeerd wordt, kan dit een verstoord sterf- en rouwproces veroorzaken" (Van Delden et al., 2013b, p. 4). Kwetsbare ouderen kunnen ook onwillig gereanimeerd worden en een lang vervolgtraject ondergaan. Uit het onderzoek van Dignam et al. (2021) blijkt dat 70% van de verpleegkundigen in de Verenigde Staten meermaals verwarring rondom een reanimatiebeleid heeft meegemaakt door gebrek aan rapportage hiervan. Dignam et al. (2021) geeft ook aan dat ongewenste reanimatie psychologisch traumatisch kan zijn voor zowel patiënt, familie als verpleegkundigen en de kosten van het verrichten van een reanimatie en post-reanimatie zorg aanzienlijk zijn.

Huisman et al. (z.d.) geeft aan dat er een opkomende behoefte is aan ondersteuning voor besluitvorming over reanimatie. Op heden vindt er met de behandelend arts, kwetsbare ouderen en zijn/haar naasten een gesprek plaats over het reanimatiebeleid. Dit wordt genoteerd in het medisch dossier. "In veel gevallen worden levensverlengende behandelvoorkeuren niet tijdig met oudere patiënten besproken" (Ermers et al., 2021). Onze opdrachtgever (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 23 februari 2022) bevestigt dit waardoor er soms geen reanimatiebeleid aanwezig is. Ook wordt er bij een veranderende zorgsituatie niet tijdig een gesprek gevoerd met de patiënt en durven patiënten hun wensen vaak niet te bespreken met de arts. Hierdoor worden eventuele wijzigingen van een reanimatiebeleid niet bespreekbaar gemaakt en toegepast. Binnen Zuyderland Medisch Centrum (ZMC) bestaat er geen duidelijk beleid rondom gespreksvoering van een reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige hierin.

Volgens Van den Hooff (2018) dient iedere patiënt in de gelegenheid te worden gesteld om een medische beslissing te nemen nadat de patiënt van de juiste informatie is voorzien. Dijkslag-Kluijver (2017) geeft aan dat het gesprek, over het reanimatiebeleid standaard aan het begin van het zorgtraject moet worden gevoerd, van cruciaal belang is om misverstanden te voorkomen. Volgens Huang et al. (2020) en de richtlijn van Verenso (Van Delden et al., 2013b) is communicatie over reanimatie een belangrijk onderdeel van Advance Care Planning (ACP) waarbij er ook eventuele wensen over de zorg rondom het levenseinde worden besproken. "ACP is een proces waarbij de patiënt met zijn/haar behandelend arts zijn wensen, doelen en voorkeuren van zorg rond het levenseinde bespreekt en eventueel vastlegt" (Guldmond et al., 2017, p. 2). In 't Veld en Ott (2017) geven aan dat een ACP-gesprek bij kwetsbare ouderen noodzakelijk is omdat het beloop bij hen vaak onvoorspelbaar is.

Uit de richtlijn van Verenso (Van Delden et al., 2013b) blijkt dat de meeste patiënten Shared Decision Making (SDM) over reanimatie op prijs stellen en de zorg hierdoor beter afgestemd kan worden. ACP- gesprekken kunnen als moeilijk ervaren worden omdat er bijvoorbeeld vrees is vanuit artsen om dit gesprek te voeren volgens Zwakman en Dees (2020). Volgens Fallahi et al. (2018) kunnen verpleegkundigen een grote hulp zijn bij het nemen van beslissingen over een reanimatiebeleid echter worden zij in dit proces meestal niet betrokken.



Verpleegkundigen kunnen vragen van patiënten of familieleden omtrent reanimatie signaleren en hen stimuleren dit met de arts te bespreken. Ook kunnen zij veranderingen in kwetsbaarheid van de patiënt signaleren, deze doorgeven aan de arts en een rol spelen bij de gespreksvoering. Gespreksvoering over reanimatie kan aan verpleegkundigen worden overgedragen als zij beschikken over gespreksvaardigheden en voldoende kennis over reanimeren (Van Delden et al., 2013b).

In dit onderzoek staat een kwalitatieve onderzoeksbenadering centraal en de volgende onderzoeksvraag: “Op welke wijze kunnen verpleegkundigen in samenspraak met artsen mede zorgdragen aan het regelmatig bespreekbaar maken en initiëren van beslissingen rondom het reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen?”

Dit praktijkgericht onderzoek wordt in de volgende hoofdstukken onderverdeeld. In het eerste hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven. Daarna zal in het tweede hoofdstuk de onderzoeksmethode worden toegelicht. In het derde hoofdstuk zullen vervolgens de resultaten van het onderzoek worden geanalyseerd en beschreven. Daaropvolgend wordt de conclusie en discussie van dit onderzoek gegeven. Tot slot zal er in het vijfde hoofdstuk aanbevelingen worden gedaan naar de praktijk en eventueel verder onderzoek. Aan het eind van dit onderzoek bevinden zich de literatuurlijst en bijlagen.

## 1 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden er verschillende definities over de verbonden begrippen in dit onderzoek toegelicht en beargumenteerd welke definities er worden gehanteerd. Dit hoofdstuk is onderverdeeld in de paragrafen: reanimatiebeleid, kwetsbare ouderen, ACP, SDM en betrokken disciplines.

### 1.1 Reanimatiebeleid

Een reanimatiebeleid wordt volgens de multidisciplinaire richtlijn van Verenso als volgt omschreven: “Een reanimatiebesluit is een individueel anticiperend besluit van de eindverantwoordelijke arts (hoofdbehandelaar) waaruit blijkt of de patiënt wel of niet gereanimeerd moet worden in geval van acuut falen van circulatie en/of ademhaling” (Van Delden et al., 2013b, p.8). Een patiënt kan in overleg met een arts een keuze maken tussen wel of niet reanimeren. Een niet-reanimeren verklaring kan alleen door een arts worden vastgelegd (Jonkers, 2013) en is een arts niet verplicht te reanimeren als deze oordeelt dat reanimatie een medisch zinloze handeling is (Van Delden et al., 2013b). Een niet-reanimatieverklaring houdt in: “Bij acuut falende of ontbrekende bloedcirculatie wordt geen enkele vorm van borstcompressie en/of beademing toegepast gericht op het herstel van spontane circulatie en/of ademhaling” (Van Delden et al., 2013b, p.8). Een niet-reanimeren verklaring wordt ook wel aangegeven als Not To Be Resuscitated (NTBR)-beleid.

Binnen ZMC vindt een gesprek met kwetsbare ouderen en hun naasten omtrent het reanimatiebeleid plaats met de behandelende arts en documenteert het beleid in het medisch dossier. Echter vindt volgens onze opdrachtgever (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 23 februari 2022) dit gesprek niet altijd plaats waardoor er soms geen reanimatiebeleid aanwezig is. Ook wordt er bij een veranderende zorgsituatie niet tijdig een gesprek gevoerd met de patiënt en durven patiënten hun wensen vaak niet te bespreken met de arts. Hierdoor worden eventuele wijzigingen van een reanimatiebeleid niet bespreekbaar gemaakt en toegepast.

Uit onderzoek van Dignam et al. (2021) blijkt dat beslissingen over het levenseinde waaronder reanimatie pas laat in het ziekteproces worden genomen. Om misverstanden te voorkomen is het van cruciaal belang om vroegtijdig een gesprek hierover te voeren (Dijkslag-Kluijver, 2017).

Documentatie van een reanimatiebeleid zou volgens Dignam et al. (2021) een manier zijn om kwetsbare ouderen te beschermen tegen ongewenste en niet effectieve behandelingen. Binnen ZMC (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 14 maart 2022) is er in het kwaliteitsportaal één protocol over het reanimatiebeleid te vinden. Dit protocol genaamd 'NTBR-document aanleggen, wijzigen en verklaring iconen' (Versie 3) bestaat uit een handleiding voor het aanleggen en wijzigen van het reanimatie document. Er wordt hier geen informatie verstrekt over wanneer een reanimatiebeleid besproken dient te worden en door wie. Uit onderzoek van Dignam et al. (2021) blijkt dat artsen het gesprek over reanimatie sneller laten plaatsvinden als er een duidelijker kader voor gespreksvoering rondom reanimatie aanwezig is en wanneer het ziekenhuis het invullen van documenten ondersteunt en aanmoedigt.

Bij een reanimatiebeleid wordt de meerwaarde en belasting van medische handelingen tegen elkaar afgewogen. Bij kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen en een beperkte levensverwachting is dit nog belangrijker (Van Delden et al., 2013b). Daarom is er gekozen voor de doelgroep kwetsbare ouderen.

## 1.2 Kwetsbare ouderen

In de literatuur zijn er verschillende definities gevonden over het begrip kwetsbare ouderen:

1. "Ouderen van overwegend hoge tot zeer hoge leeftijd die veelal chronisch ziek zijn vanwege lichamelijke psychische, communicatieve en/of sociale beperkingen, waardoor zij (tijdelijk) niet in staat zijn zelfstandig te functioneren. Hierbij is vrijwel altijd sprake van multipale pathologie" (Van den Hooff, 2018, p.11).
2. "Een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten" (Verlee et al., 2017, p.2).

In dit onderzoek wordt de definitie van Van den Hooff (2018) aangehouden daar deze het meest recht doet aan de complexiteit van het ziektebeeld en dit in acht genomen moet worden bij een reanimatiebeleid.

Er zijn er verschillende factoren die in combinatie met elkaar ouderen kwetsbaar kunnen maken (Verlee et al., 2017). De verschillende factoren zijn: multimorbiditeit, mobiliteit stoornissen, balansproblemen, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie, geen sociaal netwerk, alleenstaand, lage opleiding, laaggeletterdheid en een recente ziekenhuisopname.

Kwetsbare ouderen kunnen afgebakend worden aan de hand van het Nederlandse kwetsbaarheidsmeetinstrument Groningen Frailty Indicator (GFI). Dent et al. (2016) en Jemshy et al. (2020) geven aan dat de GFI een betrouwbaar meetinstrument is. De GFI wordt geclassificeerd op een schaal van 0 (normale activiteit zonder beperking) tot 15 (volledig uitgeschakeld). Bij een score hoger dan vier wordt kwetsbaarheid bij ouderen vastgesteld (Dent et al., 2016). Binnen ZMC (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 11 april 2022) is er in het kwaliteitsportaal één protocol over kwetsbaarheid genaamd 'Kwetsbaarheidconsulten' (Versie 2). Er wordt in dit protocol vermeldt dat bij opname dat GFI-score moet worden afgenomen bij de verpleegkundige anamnese. De GFI is alleen invulbaar bij patiënten boven de 70 jaar binnen ZMC en wordt standaard ingevuld bij anamnese.

Een kwetsbare patiënt die moet beslissen over een reanimatiebeleid staat voor een belangrijke beslissing (Van den Hooff, 2018). "De manier waarop het gesprek wordt gevoerd, speelt een belangrijke rol voor het begrip van de patiënt en de ethiek van besluitvorming" (Sterie et al., 2021b). Een aantal factoren waaronder sociaal netwerk, eenzaamheid en afhankelijkheid van anderen kunnen een beslissing rondom een reanimatiebeleid beïnvloeden (Van den Hooff, 2018). Uit onderzoek van Dignam et al. (2021) blijkt dat artsen veronderstellen dat patiënten het gesprek over reanimatie niet willen aangaan, echter blijkt dat de meeste patiënten gevraagd willen worden naar hun reanimatiewensen. Veel kwetsbare ouderen stellen het op prijs als de arts hierover een gesprek begint (Van Delden et al., 2013a). Levensverlengende behandelvoorkeuren waaronder een reanimatiebeleid worden vaak niet tijdig met ouderen patiënten besproken. ACP biedt artsen de mogelijkheid om de wensen van de patiënten te bespreken (Erners et al., 2021).

### 1.3 Advance Care Planning

In de literatuur zijn er verschillende definities gevonden over het begrip ACP:

1. De uitgebreide internationale definitie van ACP luidt als: "Advance Care Planning stelt wilsbekwame mensen in staat om voor hen belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van eventuele ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met familie en zorgverleners. Advance Care Planning gaat in op de zorgen van mensen op lichamelijk, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak. Advance Care Planning moedigt mensen aan om een persoonlijke vertegenwoordiger aan te wijzen en om eventuele voorkeuren vast te leggen, en deze indien nodig te herzien.

Op deze wijze kan rekening worden gehouden met iemands voorkeuren op het moment dat diegene zelf niet in staat is om beslissingen te nemen” (Rietjens et al., 2018, p.24).

2. “Advance Care Planning omvat een zorgvuldige en anticiperende besluitvorming over de toekomstige zorg op basis van gezamenlijke besluitvorming over de toekomstige zorg op basis van gezamenlijke gesprekken tussen de patiënt, diens naasten en de zorgverleners” (De Jong & Wolters, 2017, p.22).

De nieuwe benaming voor ACP is proactieve zorgplanning. Proactieve zorgplanning wordt als volgt gedefinieerd: “Proactieve zorgplanning is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past” (Palliaweb, 2020). In dit onderzoek wordt de term ACP aangehouden daar deze zich meer richt op het formuleren van doelen en voorkeuren voor toekomstige behandelingen en zorg op vier verschillende dimensies. Er is gekozen om in dit onderzoek de internationale definitie aan te houden daar deze definitie zich richt op meerdere gebieden.

Tussen 2015 en 2017 is er een onderzoek in een Nederlands ziekenhuis gedaan naar hoe vaak voorkeuren omtrent levensverlengende behandelingen zoals een reanimatiebeleid bekend waren bij ouderen die verwezen werden naar de Spoed Eisende Hulp (SEH). Bij minder dan de helft van de patiënten was op het moment van verwijzing naar de SEH ten minste één voorkeur bekend (Erners et al., 2021). Patiënten betrekken bij beslissingen zoals reanimatie is cruciaal voor het bieden van patiëntgerichte zorg (Sterie et al., 2021a) en het waarborgen van autonomie (Mentzelopoulos et al., 2018).

Beslissingen omtrent reanimatie moeten gebaseerd zijn op de mogelijke voordelen en risico's van de reanimatie, voorkeuren en wensen van de patiënt (Sterie et al., 2021a). Het voeren van ACP-gesprekken waaronder een reanimatiebeleid is erg belangrijk omdat patiënten en hun naasten vaak onnauwkeurige kennis hebben van reanimatie en resultaten hiervan (Gallagher & McElhaney, 2010).

Volgens Rietjens et al. (2018) laat Amerikaans onderzoek zien dat ACP er werkelijk toe leidt dat de zorg gericht is afgestemd op de wensen van de patiënten. ACP kun je onderscheiden in zes stappen (De Jong & Wolters, 2017). Dit is weergegeven in tabel 1 in bijlage 1.

Binnen ZMC is ACP niet geïntegreerd binnen een anamnesegegesprek met de verpleegkundige (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 11 april 2022). Geschikte momenten voor ACP zijn sterke veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt en een ziekenhuisopname. Bij een opname dient vaak de gelegenheid om te vragen naar een reanimatiewens (Van Delden et al, 2013a). ACP is volgens Knight (2019) een onderdeel van SDM.

#### 1.4 Shared Decision Making

In de literatuur zijn er verschillende definities gevonden over het begrip SDM:

1. “Gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt/vertegenwoordiger en arts om samen tot een beleid te komen dat het beste bij de patiënt past. De ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren van de patiënt vormen daarbij het uitgangspunt. Gezamenlijke besluitvorming is een adviserende stijl van communiceren die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, voorkeurs gevoelige beslissingen” (Van Delden et al., 2013b, p.9).
2. “Bij Shared Decision Making werken klinici en patiënten samen om de situatie van de patiënt te begrijpen en te bepalen hoe deze het beste kan worden aangepakt” (Kunneman et al., 2016, p. 1320).

In dit onderzoek wordt de definitie Van Delden et al. (2013b) aangehouden omdat deze de nadruk legt op de voorkeuren van de patiënt.

Volgens van Delden et al. (2013b) bevat goede zorg aan kwetsbare ouderen een gesprek met het SDM-principe over een reanimatiebeleid. In een gesprek over een reanimatiebeleid is het volgens Sterie et al. (2021a) belangrijk om nauwkeurige resultaten over de resultaten en risico's van reanimatie te benoemen. “Bij voorkeur worden, met toestemming van de wilsbekwame patiënt, naasten betrokken bij besluitvorming en in het geval van een wilsonbekwame patiënt moet de vertegenwoordiger betrokken worden” (Van Delden et al., 2013b, p. 5). “Gedeelde besluitvorming omvat een wederzijds begrip van het probleem en de beschikbare opties, de voor- en nadelen van de opties, de doelen en voorkeuren van de patiënt, een aanbeveling van een arts en tot slot de gezamenlijk genomen beslissing” (Gallagher & McElhaney, 2010, p. 218). Gesprekken voeren over een reanimatiebeleid is complex volgens Gallagher en McElhaney (2010). Dignam et al. (2021) geeft aan dat artsen te maken hebben met onervarenheid en angst voor wanpraktijken.

Uit onderzoek van You et al. (2019) blijkt dat het bekijken van een video over reanimatiebeslissingen en het invullen van een blad ter verduidelijking van de waarden effectief is geweest bij de besluitvorming over reanimatie bij chronisch zieke patiënten. De video leidde tot een verbetering van de kennis over reanimatie, een verlaging van beslissingsconflicten en verminderde de prevalentie van medische bevelen voor reanimatie.

### 1.5 Betrokken disciplines

Samenwerking tussen patiënt én hulpverleners onderling is cruciaal (Van Ingen, 2014). Er zijn verschillende disciplines betrokken bij de besluitvorming van een reanimatiebeleid waaronder de hoofdbehandelaar, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en verzorgenden (Van Delden et al., 2013a).

#### 1.5.1 De huisarts

De huisarts kan samen met de praktijkondersteuner een rol spelen in de gespreksvoering en zorg rondom het levenseinde bij kwetsbare ouderen waaronder reanimatie (Van Delden et al., 2013a). Binnen ZMC (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 21 april 2022) wordt er vanuit de huisarts vaak geen reanimatiebeleid overgedragen. Dit wordt door de arts besproken indien er geen beleid bekend is. Mogelijk hebben patiënten een gesprek hiervoor gehad met de huisarts en worden de wensen doorgegeven. De arts documenteert dit beleid en wordt altijd schriftelijke overdracht overgedragen naar de huisarts.

#### 1.5.2 De specialist ouderengeneeskunde

“De specialist ouderengeneeskunde is hoofdbehandelaar van de kwetsbare oudere patiënten en chronisch zieken met complexe problematiek die in een verpleeghuis of verpleeghuisplaats in een verzorgingshuis verblijven” (Van Delden et al., 2013a, p. 5) Binnen ZMC (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 21 april 2022) wordt er bij kwetsbare ouderen vaak een consult gedaan naar het specialisme geriatrie. Zij geven adviezen over het reanimatiebeleid en brengen de cognitie en thuissituatie in kaart. Het beleid wordt echter door het specialisme waarvoor de patiënt is opgenomen gedocumenteerd.

#### 1.5.3 De hoofdbehandelaar

De hoofdbehandelaar van kwetsbare ouderen is verantwoordelijk voor een gesprek over reanimatie en voor de overdracht hiervan naar andere zorgprofessionals (Van Delden et al., 2013b). De arts is altijd de eindverantwoordelijke over het reanimatiebeleid (Van Delden et al., 2013a). Een arts is ook eindverantwoordelijk binnen ZMC dit hoeft niet specifiek de hoofdbehandelaar te zijn (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 21 april 2022).

De arts kan de verpleegkundige benaderen voor meer informatie over de patiënt voor een volledig beeld van de patiënt (Van Delden et al., 2013b).

#### 1.5.4 De verpleegkundigen en verzorgenden

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben veel patiëntencontact en kunnen verandering in kwetsbaarheid signaleren en monitoren. In gesprekken met patiënten kunnen zij vragen van patiënten krijgen rondom reanimatie. Het is van belang dat zij dit doorgeven aan de arts en de patiënt stimuleren om dit kenbaar te maken bij de hoofdbehandelaar. Volgens de richtlijn van Verenso (Van Delden et al., 2013b) en de richtlijn van NHG (Van Delden et al., 2013a) mogen verpleegkundigen, in afstemming met de behandelend arts, een gesprek starten of een rol spelen bij gespreksvoering over reanimatie. Zij moeten wel beschikken over kennis van de uitkomsten van reanimatie en gespreksvaardigheden. De verpleegkundigen kan deze reanimatiewens dan doorgeven aan de arts zodat er een gesprek wordt gepland (Van Delden et al., 2013a). Binnen ZMC (A. Simonis, persoonlijke communicatie, 21 april 2022) is enkel een arts bevoegd om een reanimatiebeleid in het dossier vast te leggen. De verpleegkundigen signaleren wanneer er geen beleid is of bij twijfels van dit beleid. Het reanimatiebeleid wordt niet standaard gevraagd tijdens een verpleegkundige anamnese.

Uit de literatuur blijkt dat kwetsbare ouderen ACP-gesprekken op prijs stellen en gevraagd willen worden naar hun reanimatiewensen. Dit blijkt vaak niet tijdig besproken te worden waardoor er misverstanden ontstaan. Slechte communicatie tussen arts en patiënt is een belangrijke oorzaak van de misverstanden volgens Stupple et al. (2016). Ermers et al. (2021) raden aan om ACP-gesprekken in een niet-acute setting te optimaliseren om meer geschikte, gewenste en persoonlijke zorg te bieden aan ouderen patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis. Verpleegkundigen kunnen een rol spelen bij gespreksvoering over reanimatie echter worden zij in dit proces meestal niet betrokken volgens de literatuur.



## 2 Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode van dit praktijkgericht onderzoek beschreven. Hierbij worden uitgebreid de onderzoeksbenadering, setting en participanten, methode voor dataverzameling, data-analyse en ethische overwegingen beschreven.

### 2.1 Onderzoeksbenadering

In dit onderzoek staat de kwalitatieve onderzoeksbenadering centraal. Hiervoor is gekozen om erachter te komen wat mensen weten, denken en voelen betreffende bepaalde onderwerpen, gebeurtenissen of personen (Baarda et al., 2021). Het onderzoek heeft als doel om aanbevelingen aan de praktijk te geven op basis van theorieën. In dit onderzoek wordt de gefundeerde theoriebenadering ofwel grounded theory gebruikt als benaderingswijze waarbij er vanuit de verzamelde data een theorie komt (Baarda et al., 2021). Er werden zes semi-gestructureerde interviews en twee focusgroepen uitgevoerd.

#### 2.1.1 Semi-gestructureerde interviews

Er is gekozen voor semi-gestructureerde interviews om aangereikte gespreksonderwerpen nauwkeurig uit te diepen zonder dat de respondent beïnvloed wordt door andere respondenten. Er hebben vier semi-gestructureerde interviews plaatsgevonden met twee verpleegkundigen van de Interne geneeskunde en met twee verpleegkundigen van de Interne Oncologie. Er werden twee semi-gestructureerde interviews gedaan met artsen van het specialisme Interne geneeskunde waaronder Interne Oncologie valt. De procedure wordt verder in dit hoofdstuk beschreven.

#### 2.1.2 Focusgroepen

Er is gekozen voor focusgroepen om meerdere meningen en ideeën tegelijk te ontvangen, mogelijke diepgang in resultaten en de interactie tussen respondenten te observeren (Fischer & Julsing, 2019). Per focusgroep waren er twee verpleegkundigen en een arts aanwezig om de rol van de verpleegkundige en de verschillende meningen te onderzoeken. De focusgroepen hebben plaatsgevonden in de vorm van een topicinterview. De procedure wordt verder in dit hoofdstuk beschreven.

## 2.2 Setting en participanten

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen ZMC op de verpleegafdelingen Interne geneeskunde en Interne Oncologie. Dit is een regionaal en topklinisch opleidingsziekenhuis met het oog op verbetering van de kwaliteit van leven (Zuyderland, z.d.). Het reanimatiebeleid is geldend op alle verpleegafdelingen binnen ZMC. Er is gekozen om de afdelingen van de onderzoekers te kiezen voor de werving van respondenten.

In dit onderzoek zijn verpleegkundigen verworven middels een niet-aselecte steekproef in de vorm van een doelgerichte steekproef. De redenen voor een doelgerichte steekproef zijn om gericht personen te benaderen met bepaalde kenmerken, iedere verpleegkundige de kans te geven om deel te nemen aan dit onderzoek onder voorwaarde dat zij bepaalde kenmerken bezitten (Fischer & Julsing, 2019) en respondenten te werven die interesse hebben in dit onderwerp en ervaring hierin hebben. De kenmerken zijn weergegeven in de in- en exclusiecriteria. Naar alle verpleegkundigen van beide afdelingen is er een mail door de onderzoekers verstuurd voor de werving van respondenten met de in- en exclusiecriteria. De artsen zijn verworven middels een niet-aselecte steekproef in de vorm van een sneeuwbalsteekproef. Inhoudend dat er aan de geschikte respondent werd gevraagd of er nog personen zijn die willen deelnemen aan dit onderzoek (Baarda et al., 2021). De eerste, geschikte respondent is verworven middels mondelinge benadering van de onderzoekers wegens persoonlijke en effectieve manier van benadering.

Er zijn in- en exclusiecriteria opgesteld om de onderzoekspopulatie goed af te bakenen (Bakker & van Buuren, 2019). Voor de semi-gestructureerde interviews en focusgroepen met verpleegkundigen is er gekozen voor gediplomeerde hbo- of mbo-verpleegkundigen. Stagiaires vallen in de exclusiecriteria aangezien zij zich bevinden in een leerproces en niet eindverantwoordelijk zijn. Ook werken zij onder begeleiding van een gediplomeerd verpleegkundige. De verpleegkundige moet minimaal één jaar werkzaam zijn op zijn/haar afdeling om de deskundigheid en ervaring te waarborgen. De reden dat er gekozen is voor verpleegkundigen die minimaal 24 uur per week werkzaam en een vast contract hebben op de afdeling is omdat zij voldoende in aanmerking komen met dit onderwerp waardoor de validiteit wordt gewaarborgd. Flexpool-medewerkers vallen buiten de inclusiecriteria daar zij niet vast werkzaam zijn op de afdeling en wellicht te weinig in aanmerking komen met het onderwerp. In onderstaande tabel bevinden zich de in- en exclusiecriteria.

Tabel 1

*In- en exclusiecriteria voor semi-gestructureerde interviews en focusgroep met verpleegkundigen.*

| Inclusie                                                                                                   | Exclusie                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Verpleegkundigen die minimaal één jaar werkzaam zijn binnen hun afdelingen.                                | Verpleegkundigen die minder dan één jaar werkzaam zijn binnen hun afdelingen.                                                                                |
| Gediplomeerde hbo- en mbo-verpleegkundigen op de Interne geneeskunde en Interne Oncologie van ZMC Sittard. | Verpleegkundigen in opleiding, nog niet in het bezit van een diploma en niveau 2 en 3 zorgprofessionals of werkzaam op andere afdelingen en/of ziekenhuizen. |
| Verpleegkundigen die minimaal 24 uur per week werkzaam zijn en een vast contract op de afdeling hebben.    | Verpleegkundigen die minder dan 24 uur per week werkzaam zijn op de afdeling en flexpool-medewerkers.                                                        |

Voor de semi-gestructureerde interviews en de focusgroepen met artsen is er gekozen voor Arts Niet In Opleiding tot Specialist (ANIOS) en Arts In Opleiding tot Specialist (AIOS) van het specialisme Interne geneeskunde aangezien het onderzoek wordt uitgevoerd op deze afdelingen. Om de validiteit van het onderzoek te waarborgen is er gekozen voor ANIOS en AIOS die minimaal één jaar en minimaal 24 uur per week werkzaam zijn binnen Zuyderland daar zij meer kennis en ervaring hebben over het onderwerp en de samenwerking hierbinnen. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om ANIOS en AIOS die minder dan één maand werkzaam zijn binnen het specialisme Interne geneeskunde onder de exclusiecriteria te laten vallen om de kennis en ervaring op een afdeling te waarborgen. In onderstaande tabel bevinden zich de in- en exclusiecriteria.

Tabel 2

*In- en exclusiecriteria voor semigestructureerde interviews en focusgroep met artsen.*

| Inclusie                                                                                       | Exclusie                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANIOS en AIOS van het specialisme Interne geneeskunde.                                         | ANIOS en AIOS van overige afdelingen en landelijke ziekenhuizen.                                 |
| ANIOS en AIOS die minimaal één jaar werkzaam zijn binnen ZMC te Sittard.                       | ANIOS en AIOS die minder dan één jaar werkzaam zijn binnen ZMC te Sittard.                       |
| ANIOS en AIOS die minimaal 24 uur werkzaam zijn binnen ZMC te Sittard.                         | ANIOS en AIOS die minder dan 24 uur per week werkzaam zijn binnen ZMC te Sittard.                |
| ANIOS en AIOS die minimaal één maand werkzaam zijn binnen het specialisme Interne geneeskunde. | ANIOS en AIOS die minder dan één maand werkzaam zijn binnen het specialisme Interne geneeskunde. |

## 2.3 Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats middels face-to-face gesprekken wegens het directe contact met de respondenten, betrouwbaarheid voor de juiste respondent en observatie van de non-verbale gedragen (Fischer & Julsing, 2019).

### 2.3.1 Semi-gestructureerde interviews

Voorafgaande aan de semi-gestructureerde interviews werd er een topiclijst opgesteld. De topiclijst werd geordend door te beginnen met de neutralere topics en hierna de moeilijkere topics. De reden hiervoor is om de respondent eerst zijn/haar voorkennis over de onderwerpen te laten ophalen en vervolgens toe te spitsen op de moeilijkere topics. De topiclijst bevindt zich in bijlage 2. Het doel van deze interviews was om meningen te verzamelen over de topics: reanimatiebeleid, gesprek, ACP en SDM, disciplines, rol van de verpleegkundige en samenwerking.

Gedurende de semi-gestructureerde interviews werd de volgorde van de topics en bijbehorende vragen gehanteerd. Ook hebben de onderzoekers doorgevraagd om antwoorden te verduidelijken of verder uit te diepen. Om de validiteit te waarborgen van de topiclijst is deze onderbouwd middels literatuur en gevalideerd door een specialist vanuit school en de praktijk. De semi-gestructureerde interviews werden door beide onderzoekers uitgevoerd waarbij een onderzoeker de rol als gespreksleider op zich heeft genomen en de vragen heeft gesteld. De andere onderzoeker heeft genotuleerd en de tijdsplanning bewaakt. De interviews werden door audio-opnames opgenomen voor het uitwerken van de transcripten.

### 2.3.2 Focusgroepen

Voorafgaande aan de focusgroepen werd er een topiclijst opgesteld die ook gevalideerd werd door een specialist vanuit school en de praktijk. De topiclijst bevindt zich in bijlage 3. Het doel van de focusgroepen was meerdere meningen te verzamelen over de topics rol van de verpleegkundige, gesprek over het reanimatiebeleid, samenwerking en ideeën en meningen over verbetering hierin.

Tijdens de focusgroepen werden de respondenten gevraagd om onbevooroordeeld na te denken over gestelde vragen en dit in de groep te bespreken. Hierna werden de resultaten van de semi-gestructureerde interviews gedeeld. In de focusgroepen werd er gefocust op de verschillen en verbeterideeën hiertussen met respondenten. Voor de focusgroepen waren er geen nieuwe respondenten verworven daar iedere respondent heeft deelgenomen aan het semi-gestructureerde interview en op deze manier alle respondenten dezelfde voorkennis hadden.

De focusgroepen werden uitgevoerd door beide onderzoekers. Een van de onderzoekers heeft de rol als gespreksleider (moderator) vervuld. De andere onderzoeker vervulde de rol als notulist. De gespreksleider heeft het groepsgesprek in de gaten gehouden, discussie aangemoedigd, zorg ervoor gedragen dat elke respondent aan bod kwam en heeft de tijdsplanning bewaakt. De notulist heeft genotuleerd. Het interview werd opgenomen aan de hand van video- en audio-opname apparatuur. De reden voor video-opname is om de non-verbale communicatie van of tussen respondenten goed te kunnen observeren.

Gedurende de interviews werd er onder gebruik gemaakt van de volgende gespreksvaardigheden: open vragen stellen, luisteren, samenvatten, interpreteren en doorvragen. De interviewtechniek die centraal staat is de directe vraagtechniek waarbij de vragen rechtstreeks worden gesteld (Baarda et al., 2021). Voorafgaande aan alle interviews werd er gecontroleerd of alle toestemmingsverklaringen zijn ondertekend.

Aan de hand van memberchecking, onderzoekerstriangulatie en methodetriangulatie werd de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek gewaarborgd. Nadat de interviews waren afgenomen werden de bevindingen van de onderzoekers voorgelegd aan de respondenten via een e-mail. Hierbij werd er gebruik gemaakt van een membercheck (Baarda et al., 2021). Er is sprake van onderzoekerstriangulatie doordat twee onderzoekers dezelfde vraagstelling en onderzoeksvragen proberen te beantwoorden. Doordat de semi-gestructureerde interviews en focusgroepen met elkaar werden gecombineerd voor de dataverzameling is er sprake van methodetriangulatie (Baarda, 2019).

Ten slotte is er in dit onderzoek een juiste afspiegeling van de daadwerkelijke situatie gemaakt aangezien artsen en verpleegkundigen beide deelnamen en in de praktijk samenwerken.

## 2.4 Data-analyse

Bij kwalitatief onderzoek wisselen dataverzameling en data-analyse zich af en wordt het advies gegeven om eerst interviews af te nemen, die te analyseren en daarna weer een aantal interviews af te nemen (Baarda et al., 2021). De reden hiervoor is om vragen nog scherper te formuleren of op bepaalde momenten meer door te vragen. De analyse van de eerste interviews leverden een inzicht op. Deze kennis is gebruikt voor de laatste interviews om vragen nauwkeuriger te formuleren, beter door te vragen en nieuwe onderwerpen in te brengen in de focusgroep. Er werd na elk interview een transcript gemaakt waarbij aarzelingen en stopwoordjes werden meegenomen. De reden hiervoor is om informatie te geven over de vlotheid of stelligheid waarmee iemand iets beweert (Baarda et al., 202). Bij de data-analyse werd er gebruik gemaakt van computerondersteuning.

Allereerst werden de interviews open gecodeerd. Hierna vond axiaal coderen plaats waarbij open codes werden geordend in categorieën. Als laatste werd er selectief gecodeerd waarbij de categorieën werden onderverdeeld in hoofdcategorieën en verbanden hiertussen gelegd. De data werd met elkaar vergeleken aan de hand van feitelijke en wenselijke zorg.

Bij kwalitatief onderzoek speelt verzadiging ofwel saturatie genoemd een belangrijke rol. "Verzadiging wil zeggen dat je doorgaat met het verzamelen en analyseren van onderzoeksmateriaal tot zich geen nieuwe informatie meer voordoet" (Baarda et al., 2021, p.46). In dit onderzoek zal volledige verzadiging niet worden bereikt wegens de omvang en duur van dit onderzoek. Dit werd opgevangen door een representatieve dwarsdoorsnede van beide afdelingen te onderzoeken. Op de afdeling Interne Oncologie is 14% van de verpleegkundigen een man en neemt er één mannelijke verpleegkundige deel in dit onderzoek. Op de afdeling Interne geneeskunde is 9,5% van de verpleegkundigen een man. Daar deze verpleegkundigen niet aan de in- en exclusiecriteria voldoen namen zij geen deel aan dit onderzoek. De gegevens van respondenten werden gepseudonimiseerd. Dit houdt in dat de gegevens in de dataset niet direct herleidbaar zijn tot een respondent. De respondenten werden als volgt benoemd: interview vpk 1.1 en interview arts 2.1 etc. De gegevens worden minimaal 10 jaar digitaal opgeslagen en bewaard in een beveiligde omgeving binnen Zuyd Hogeschool waartoe alleen het onderzoeksteam toegang tot heeft.

## 2.5 Ethische overwegingen

In dit onderzoek worden patiënten niet benaderd en/of betrokken en brengt het onderzoek geen schadelijke gevolgen voor de patiënt met zich mee. Volgens het stappenplan Praktijkgericht Onderzoek van Zuyd Hogeschool (2021) is toestemming van de Medische Ethische Toetsing Commissie (METC) niet plichtig. Om deze redenen is de METC niet benaderd. Het onderzoek is ook niet-Wet Medisch-Wetenschappelijk (WMO)-plichtig daar dit geen medisch wetenschappelijk onderzoek is en er geen proefpersonen zijn.

Voorafgaande aan de interviews werd verpleegkundigen en artsen een informatiebrief met informed consent toegestuurd. De informatiebrief is opgesteld aan de hand van het formulier 'Deelnemers informatie onderzoek (PIF) + toestemmingsverklaring niet-WMO-plichtig onderzoek' (Zuyd Hogeschool, 2021). Middels ondertekening van deze informatiebrief verklaren respondenten vrijwillig deel te nemen aan dit onderzoek. Beide onderzoekers hebben de verklaringen van gedragscodes ondertekend en het gehele onderzoeksproces nagestreefd.

### 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de semigestructureerde interviews en focusgroepen met artsen en verpleegkundigen beschreven. De resultaten zijn gevalideerd aan de hand van memberchecking door de respondenten.

#### 3.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit vier verpleegkundigen en twee artsen die volgens de opgestelde inclusie- en exclusiecriteria in aanmerking kwamen. Twee verpleegkundigen van de afdeling Interne geneeskunde en twee verpleegkundigen van de afdeling Interne oncologie. Beide artsen zijn werkzaam binnen het specialisme Interne geneeskunde. Deze onderzoekspopulatie bestaat uit een man en vijf vrouwen. Alle respondenten zijn minimaal twee jaar in dienst binnen ZMC en het gemiddelde opleidingsniveau van de verpleegkundigen is hbo-niveau en van de artsen is universitair niveau.

Het duo-interview heeft plaatsgevonden met één arts en één verpleegkundige. De focusgroep heeft plaatsgevonden met één arts en twee verpleegkundigen.

De responsratio op de afdeling Interne geneeskunde is het aantal respondenten (2) gedeeld door het aantal verstuurde uitnodigingen (21) maal 100. Dit is 9,5 %. De responsratio op de afdeling Interne Oncologie is het aantal respondenten (3) gedeeld door het aantal verstuurde uitnodigingen (36) maal 100. Dit is 8,3%. Deze hebben betrekking op de semi-gestructureerde interviews, duo-interview en focusgroep.

De duur van de semi-gestructureerde interviews is gemiddeld 19 minuten en 4 seconden. Het kortste interview duurde 15 minuten en 33 seconden en het langste interview duurde 28 minuten en 21 seconden. De duur van het duo-interview is 47 minuten en 51 seconden. De duur van de focusgroep is 37 minuten en 31 seconden.

De resultaten zijn gevalideerd aan de hand van memberchecking door de respondenten. Er heeft een aanpassing bij een semi-gestructureerde interview plaatsgevonden. De overige memberchecks werden meteen akkoord bevonden. In de bijlagen 5, 6, 7 en 8 bevinden zich de codebomen van de semi-gestructureerde interviews met verpleegkundigen en artsen, duo-interview en de focusgroep.



### 3.2 Resultaten semi-gestructureerde interviews met verpleegkundigen

#### Reanimatiebeleid

Alle respondenten (N=6) gaven aan dat het reanimatiebeleid een beladen onderwerp is. Alle verpleegkundigen (N=4) gaven aan dat er geen eenduidig beleid is binnen ZMC en dat het gesprek rondom een reanimatiebeleid vaak te laat plaatsvindt. Drie verpleegkundigen (N=3) gaven aan behoefte te hebben aan een protocol als houvast wanneer een reanimatiebeleid af te spreken. Het is volgens de verpleegkundige (N=1) wenselijk om meer aandacht vanuit de visite te hebben voor het reanimatiebeleid.

Verpleegkundige 1.3: *“Het wordt vaak ook in situaties besproken als het uh eigenlijk al een beetje te laat is”.*

Verpleegkundige 1.4: *“(...) meer aandacht is vanuit of in de visite om daar uhm ja een soort uhm punt van te maken in de visite”.*

#### Gesprek

Twee verpleegkundigen (N=2) geven aan het belangrijk te vinden dat een verpleegkundige aanwezig is bij een gesprek rondom het reanimatiebeleid. Het is volgens hen (N=2) wenselijk om dit gesprek tijdig in een rustige situatie met meer tijd te laten plaatsvinden. Het meest ideale zou zijn om dit gesprek in het begin van een behandelingsperiode door de hoofdbehandelaar op de poli te laten plaatsvinden.

Verpleegkundige 1.3: *“Dat vind ik vaak een hele grote rol voor de verpleegkundige toch bij dat gesprek aanwezig zijn goed letten op de reactie van de patiënt en eventueel de naasten die erbij zijn en daarop in spelen. Toch een stuk verduidelijking”.*

Verpleegkundige 1.2: *“Ik denk zeker dat daar behoefte aan is dat je het tijdig in een rustige situatie uh waarbij ook bedenktijd is voor de patiënt en familie dat je het bespreekbaar kunt maken. Het meest ideale is dat het in het begin van een behandelingsperiode door de hoofdbehandelaar”.*

#### ACP en SDM

Twee verpleegkundigen (N=2) zijn niet bekend met de definitie van ACP. Volgens drie verpleegkundigen wordt een ACP-gesprek op heden nog niet toegepast (N=3). Alle verpleegkundigen (N=4) zijn bekend met de definitie van SDM en volgens twee van hen (N=2) wordt dit principe toegepast binnen gesprekken rondom het reanimatiebeleid.

## Disciplines

Eén verpleegkundige (N=1) geeft aan dat er buiten de arts en verpleegkundige geen andere disciplines worden betrokken. Drie verpleegkundigen (N=3) geven aan dat de volgende disciplines betrokken kunnen worden bij het opstellen van een reanimatiebeleid: geriatrie, psychiatrie en Transmuraal Ondersteunend Palliatief Advies Team (TOPAT).

## Rol van de verpleegkundige

De rol van de verpleegkundige omvat volgens de verpleegkundigen (N=4) het bieden van opvang, informeren, vragen beantwoorden van patiënten, ondersteuning bieden en het signaleren en doorgeven wanneer er geen reanimatiebeleid aanwezig is of hier twijfels over zijn aan de arts. De rol van de verpleegkundige krijgt op heden volgens drie verpleegkundigen (N=3) nog geen of niet genoeg vorm.

Verpleegkundige 1.3: *"(...) zoiets voorstelt in de visite of zoiets bespreekt in de visite met de arts van is dat uh wordt het niet eens tijd om dat te gaan bespreken. En uh ja dat vind ik wel een grote rol voor de verpleegkundige om dat te doen. En naderhand natuurlijk om ook bij het gesprek te zijn en opvang. Opvang in de zin van uitleg, tijd ervoor nemen"*.

Verpleegkundige 1.4: *"Ik denk dat die rol wel er zal moeten zijn maar dat wij als verpleegkundigen daar weinig leiding in nemen"*.

## Samenwerking

Alle verpleegkundigen (N=4) geven aan dat de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen rondom het reanimatiebeleid goed verloopt waarbij er goed naar hen geluisterd wordt.

Verpleegkundige 1.1: *"Eigenlijk luisteren ze altijd wel naar ons als wij aangeven van moeten we daar nu niet iets mee. (...) Dus eigenlijk uh verloopt dat eigenlijk wel prima"*.

## 3.3 Resultaten semi-gestructureerde interviews met artsen

### Reanimatiebeleid

Beide artsen (N=2) geven aan dat het gesprek vaak te laat plaatsvindt en het wenselijk is om dit vroegtijdiger te laten plaatsvinden. Eén arts (N=1) geeft aan dat er geen protocol en/of beleid aanwezig is.

Arts 2.1: *"Het kan wel vaak eerder afgesproken worden"*.

Volgens een arts (N=1) is er behoefte aan een protocol met name voor beginnende artsen. Een arts (N=1) geeft aan dat er meer bewustzijn gecreëerd moet worden.

Arts 2.2: *"Ik denk dat wel meer mensen zich daarvan bewust moeten zijn dat het besproken moet worden"*.

## **Gesprek**

Volgens beide artsen (N=2) zou het ideaal zijn om dit op de poli te bespreken. Het zou wenselijk zijn om minimaal één keer per opname en één keer per jaar of twee jaar op de poli het reanimatiebeleid te bespreken. Ook mag er kritischer gekeken worden of het beleid nog actueel is.

Arts 2.1: *“Ook denk ik dat er soms nog wel wat kritischer naar gekeken mag worden of het nog altijd actueel is.”*

Arts 2.2: *“Het liefst heb je natuurlijk al besproken op de poli. Uhm idealiter denk ik 1 keer in een opname en het liefste 1 keer in een jaar of twee jaar op de poli. Maar ik denk sowieso 1 keer per opname minimaal.”*

## **ACP en SDM**

De definities van ACP en SDM zijn bij beide artsen (N=2) bekend. SDM wordt, afhankelijk van de situatie en patiënt, toegepast binnen gesprekken rondom het reanimatiebeleid. ACP krijgt nog geen vorm rondom deze gesprekken volgens beide artsen.

## **Disciplines**

Beide artsen (N=2) geven aan dat de volgende disciplines betrokken kunnen worden bij het opstellen van een reanimatiebeleid: geriatrie, intensivist, TOPAT en supervisor.

## **Rol van de verpleegkundige**

Beide artsen (N=2) geven aan dat de rol van de verpleegkundige op heden bestaat uit het attenderen wanneer iemand geen beleid heeft, informeren en rapporteren van wensen van de patiënt. Het zou wenselijk zijn als een verpleegkundige aanwezig is bij een gesprek rondom een reanimatiebeleid (N=1).

Arts 2.2: *“Dat wij erop geattendeerd worden dat iemand geen beleid heeft maar meer denk ik niet. En ik denk sowieso uhm net zoals met slecht nieuwsgesprekken dat het niet verkeerd is als jullie daar eens bijzitten.”*

## **Samenwerking**

Beide artsen (N=2) geven aan op heden geen samenwerking met verpleegkundigen te ervaren rondom het reanimatiebeleid.

Arts 2.2: *“Ik denk dat de samenwerking er nu gewoon nog niet is. Het enige wat we hebben qua samenwerking beetje zit ohja die heeft geen beleid, dat moeten we nog bespreken”.*

### 3.4 Resultaten duo-interview

Het doel van het duo-interview met een arts en een verpleegkundige was om meningen te verzamelen over de topics rol van de verpleegkundige, gesprek over het reanimatiebeleid, samenwerking en ideeën en meningen over verbetering hierin.

#### **Rol van de verpleegkundige**

Het bieden van opvang, geven van informatie en signaleren van geen beleid of een beleid met twijfels en dit bespreekbaar maken in de artsensite zijn taken van de verpleegkundige volgens beide respondenten (N=2). Het is wenselijk om een verpleegkundige aanwezig te laten zijn tijdens het gesprek op de afdeling, op dit gesprek terug te komen en te peilen bij de patiënt of de informatie juist is begrepen. Volgens hen is het van belang om op de hoogte te zijn van kennis over het reanimatiebeleid en een verpleegkundige in staat is om gesprekstechnieken toe te passen.

Arts: *“Met name dat de verpleegkundige een belangrijke taak heeft bij het signaleren, dat opvangen, aansluiten bij een uh bij een als er een moeilijk gesprek is dan aansluiten (...) In moeilijke casussen zou de rol van de verpleegkundige groter kunnen zijn”.*

Verpleegkundige: *“Ik denk het allerbelangrijkste is dat je het gesprek opent en dat je heel goed luistert he en dat je die bepaalde gesprekstechnieken daarvoor in toepast”.*

#### **Verbetering van de rol van de verpleegkundige**

Beide respondenten (N=2) geven aan dat het belangrijk is dat er meer bewustzijn gecreëerd moet worden over het reanimatiebeleid, rol en taken van de verpleegkundige. Een respondent (N=1) geeft aan dat verpleegkundigen op andere afdelingen een reanimatiebeleid een taak vinden van de arts. Een scholing omtrent ACP voor verpleegkundigen is een idee ter verbetering.

Verpleegkundige: *“Heel veel verpleegkundigen op andere afdelingen hebben echt nog niet zoiets van dit is niet mijn pakkie an. (...) En ik denk dat het begint bij een stukje bewustwording he”.*

Verpleegkundige: *“We krijgen steeds meer kwetsbare ouderen dus de toekomst gaat toch brengen dat we daar vaker mee in aanraking moeten mee gaan komen (...) zijn dat we ons dat wel meer moeten gaan realiseren van dat dat wel een taak voor ons ligt”.*

#### **Gesprek over het reanimatiebeleid en verbetering van het gesprek**

Beide respondenten (N=2) geven dat het gesprek omtrent een reanimatiebeleid te laat plaatsvindt.

Zij geven aan dat het wenselijk is als dit gesprek plaatsvindt op de poli en tijdens een opname het reanimatiebeleid eenmaal per week wordt besproken. Het is volgens hen

wenselijk om dit eenmaal per week een agendapunt te maken in de visite wat door de verpleegkundige wordt voorbereid en de verpleegkundige bij dit gesprek aanwezig te laten zijn. Het is wenselijk dat dit wordt vastgelegd in een eenduidig beleid.

Arts: *‘Ik denk dat je misschien wel zou kunnen zeggen, nou iedere grote visite, de eerste grote visite van de week ofzo is er eigenlijk een standaard puntje (...) Het is een puntje dat de verpleegkundige bij het voorbereiden van de visite even dan naar kijkt en denkt ‘is er iets veranderd?’ want soms gaat iets in een hele geleidende schaal achteruit. ’*

### **Samenwerking**

Beide respondenten (N=2) geven aan dat de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen rondom het reanimatiebeleid per afdeling verschilt.

Arts: *“Ik denk uh dat dus op de oncologie afdeling daar dus wel goed verloopt, maar op heel veel andere afdelingen dus niet”.*

### **Verbetering van de samenwerking**

Volgens de respondenten (N=2) kan de samenwerking verbeterd worden door na afloop van het gesprek samen even kort en bondig te evalueren hoe het gesprek verlopen is en, indien nodig, concrete afspraken te maken over de vervolgstappen. De samenwerking kan middels een Discipline Overstijgend Onderwijs (DOO) verbeterd worden (N=1)

Verpleegkundige: *“Uhm daarin elkaar bevindingen, hoe ging het uh uhm wat ging goed uh heb je voldoende op de emoties ingewerkt, heb je voldoende tijd ervoor genomen? (...) Het hoeft niet formeel maar uh he ook een stukje gevoel bespreken van wat heeft het met jezelf gedaan”.*

Arts: *Uh ik denk uh dat daar ook een stukje scholing heel erg belangrijk bij is (...) Ik denk dat je het beste misschien als zo’n DOO kunt doen. (...) Uh en als daar wordt ook een IC-arts uit aansluiten om een klein stukje uitleg te geven. Ik denk dat zo iets dat het beste gewoon ziekenhuis breed. Want ik denk van voor verpleegkundige is het leerzaam maar voor arts-assistenten ook en ik denk als je juist zo’n scholing samen misschien zou moeten doen”.*

## **3.5 Resultaten focusgroep**

### **Rol van de verpleegkundige**

Het bieden van opvang, verduidelijking naar de patiënt toe en signaleren van geen beleid of een beleid met twijfels is volgens alle respondenten (N=3) de rol van de verpleegkundige rondom een reanimatiebeleid.

Verpleegkundige 1.1: *“Inderdaad verduidelijking, vaak voor de patiënten maar ook voor familie. En inderdaad signaleren voor de arts”.*

### **Verbetering van de rol van de verpleegkundige**

Alle respondenten (N=3) geven aan dat er meer bewustzijn over het reanimatiebeleid gecreëerd moet worden. Het is wenselijk dat een verpleegkundige bij het gesprek over het reanimatiebeleid aanwezig is volgens alle respondenten en voornamelijk bij een gesprek op basis van medische gronden (N=3). De taak tijdens het gesprek van de verpleegkundige is volgens de respondenten aanwezig zijn, observeren en luisteren.

Verpleegkundige 1.3: *"Het is heel moeilijk om daar een protocol voor te maken. Het is meer een bewustwording"*.

Arts 2.2: *"Uhm als je daar meer bewustzijn voor wil creëren op de afdeling denk ik dat het bespreken van een beleid bij elke nieuwe patiënt die er ligt boven een bepaalde leeftijd met een bepaalde voorgeschiedenis dat dat als dat in je checklijst staat dat je dan denk ik ook al best wat opvangt. Wat je misschien wel zou kunnen doen is sowieso publiek al wat meer bewust maken ja maar ook publiek, niet zo zeer in het ziekenhuis, maar daarbuiten ook"*.

Verpleegkundige 1.3: *"Ik denk dat je in eerste instantie alleen bij aanwezig bent. Aanwezig zijn, observeren, luisteren (...) Ik denk dat het belangrijk is ook voor de artsen dat een arts ook alert is (...) dat een verpleegkundige erbij is en dat wij er alert op zijn dat er zo'n gesprek plaatsvindt"*.

Arts 2.2: *"Ik denk zeker dat jullie ook uh nuttige aanvulling hebben. Omdat jullie vaker net wat dichterbij de patiënt staan"*.

### **Gesprek over het reanimatiebeleid**

Het is wenselijk om bij nieuwe opnames het reanimatiebeleid in de eerste visite die over deze patiënt gelopen wordt te bespreken volgens drie respondenten. Zij (N=3) geven ook aan dat een reanimatiebeleid een standaardvraag moet worden bij een opname.

Verpleegkundige 1.1: *"Ik denk dat het iets van een standaardvraag zou moeten zijn zal ik maar zeggen"*.

### **Verbetering van het gesprek**

Ook tijdens de focusgroep wordt door alle respondenten (N=3) aangegeven dat er een verpleegkundige bij het gesprek aanwezig moet zijn. Het is wenselijk dit gesprek op de poli of in het begin van een behandeltraject te laten plaatsvinden. Ook is het wenselijk om minimaal één keer per opname het reanimatiebeleid te bespreken in de artsenvisite. Een scholing omtrent gesprekstechnieken zou volgens alle respondenten (N=3) gewenst zijn.

Arts 2.2: *"Iedereen die een voorgeschiedenis heeft (...) dat zouden de mensen zijn die bijvoorbeeld terug kunnen laten komen in de visite (...) en ik denk als je heel lang liggers hebt, dus patiënten die al heel lang liggen, die uh die je verder ziet toegetakeld en waarbij het slechter en slechter gaat en je denkt als hij er nog iets verkrijgt, dat gaat hem niet worden."*

*Dan is het misschien ook nog wel aan de orde om het nog eens te bespreken gezien de nieuwe omstandigheden. Hoe krom dat ook is.”*

Verpleegkundige 1.1: *“Ik denk dat het dan gewoon in zijn algemeenheid he hoe voer je een slechtnieuws gesprek of hoe voor je een gesprek (...) ik denk niet dat het echt op het reanimatiebeleid gespitst hoeft te worden dan”.*

### **Samenwerking**

Een respondent (N=1) geeft aan minimale samenwerking te ervaren in het voeren van gesprekken. Twee respondenten geven aan een goede samenwerking te ervaren tussen artsen en verpleegkundige rondom het reanimatiebeleid.

Arts 2.2: *“Kijk als je het hebt over signalering dan zeg ik goed. Als je het hebt over gesprekken moet ik eerlijk toegeven dat we vaker gesprekken alleen doen (...) ik denk waar het met name waar de samenwerking met name minder loopt is bij wat minder zieke patiënten”.*

### **Verbetering van de samenwerking**

Om de samenwerking te verbeteren zou het volgens alle respondenten (N=3) wenselijk zijn om onderling goed af te stemmen wanneer het gesprek omtrent het reanimatiebeleid plaatsvindt zodat de verpleegkundige hierbij aanwezig kan zijn.

Arts 2.2: *“Uhm ik denk dat het op op beide fronten denk ik wat meer duidelijkheid kan gecreëerd worden van ik ga dat nu bespreken of wanneer ga je dat bespreken”.*

## 4 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk wordt er middels een samenvatting van de belangrijkste resultaten een discussie beschreven, een sterkte-zwakte analyse beschreven en een conclusie geformuleerd die antwoord zal geven op de hoofdvraag.

### 4.1 Discussie

Volgens Dignam et al. (2021) vindt een gesprek over het reanimatiebeleid te laat in het ziekteproces plaats. Alle respondenten gaven in de interviews aan dat dit gesprek vaak te laat plaatsvindt. Op heden wordt er later tijdens de opname een beleid afgesproken. Hierdoor is er soms geen beleid bij patiënten aanwezig op de afdeling. Een eerder gesprek in het zorgtraject over reanimatie is cruciaal om misverstanden te voorkomen (Dijkslag-Kluijver, 2017). Uit de literatuur blijkt ook dat een reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen en beperkte levensverwachting nog belangrijker is (Van Delden et al., 2013b).

Alle respondenten gaven tijdens de interviews aan dat er meer bewustzijn gecreëerd moet worden over het reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige hierin. Uit de literatuur blijkt dat artsen het gesprek over een reanimatiebeleid sneller laten plaatsvinden als er een duidelijker kader voor gespreksvoering aanwezig is en wanneer het ziekenhuis het documenteren hiervan ondersteunt en aanmoedigt (Dignam et al., 2021). Uit de resultaten van de interviews komt er naar voren dat er geen eenduidig beleid is binnen ZMC.

Uit de resultaten van de semi-gestructureerde interviews met de verpleegkundigen kwam naar voren dat de samenwerking met artsen goed verloopt. De artsen gaven aan geen samenwerking te ervaren rondom gesprekken over het reanimatiebeleid. De literatuur geeft aan dat de samenwerking rondom een reanimatiebeleid tussen arts en verpleegkundigen van cruciaal belang is (Van Ingen, 2014).

De meeste verpleegkundigen gaven aan dat de rol van de verpleegkundige op heden nog geen of niet genoeg vorm krijgt. Alle respondenten gaven aan dat de rol van verpleegkundige wenselijk bestaat uit onder andere het signaleren van geen reanimatiebeleid of twijfels over dit beleid, het bieden van opvang en informatie geven aan patiënt en zijn/haar naasten. Beide artsen en de meeste verpleegkundigen geven aan het belangrijk te vinden dat een verpleegkundige aanwezig is bij het gesprek over het reanimatiebeleid. Daarbij zou de verpleegkundige een belangrijke rol kunnen hebben bij de gespreksvoering rondom het reanimatiebeleid (Van Delden et al., 2013a).



Verpleegkundigen zouden hierin als taak hebben: aanwezig zijn, observeren van de patiënt en luisteren. Volgens de literatuur spelen verpleegkundigen een belangrijke rol in het signaleren en monitoren van verandering en kwetsbaarheid bij patiënten rondom het reanimatiebeleid (Van Delden et al., 2013b).

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat niet alle verpleegkundigen op de hoogte zijn van ACP. Dit is voor beide onderzoekers een nieuw inzicht en niet naar verwachting. Het voeren van ACP-gesprekken waaronder een reanimatiebeleid is belangrijk is omdat patiënten en hun naasten vaak onnauwkeurige kennis hebben van reanimatie, resultaten hiervan (Gallagher & McElhaney, 2010) en patiënten gevraagd willen worden naar hun reanimatiewensen (Dignam et al., 2021).

#### 4.2 Sterkte- zwakte analyse

In dit onderzoek zijn een aantal sterke en zwakke punten te benoemen. Wegens omvang van dit onderzoek en de daardoor kleine onderzoekspopulatie is er geen dataverzadiging bereikt. De verzamelde data geeft geen representatieve weergave van het gehele ziekenhuis weer en is dan ook niet generaliseerbaar. Hierdoor is er een lage populatievaliditeit. Een ander zwak punt is dat wegens de kleine onderzoekspopulatie alle interviews open gecodeerd zijn. Er is niet toegekomen aan axiaal en vervolgens selectief coderen. Wegens overmacht heeft er één focusgroep plaatsgevonden. De andere focusgroep werd vervangen door een duo-interview met een arts en een verpleegkundige. De topiclijst van het duo-interview bevindt zich in bijlage 4.

Sterke punten in dit onderzoek zijn dat er gebruik is gemaakt van recente, internationale literatuur en de mate van betrouwbaarheid en validiteit. Er is sprake van meerdere soorten triangulatie waaronder datatriangulatie, methodische- en onderzoekerstriangulatie. Voorbeelden hiervan is het toepassen van verschillende kwalitatieve methoden, het toepassen van memberchecks, valideren van topiclijsten, realistische afspiegeling van de werkelijkheid gecreëerd en is dit onderzoek door twee onderzoekers uitgevoerd.

#### 4.3 Implicatie verpleegkundig vakgebied

De verpleegkundige heeft een belangrijke rol in het signaleren van verandering in wensen van de patiënt en kwetsbaarheid (Van Delden et al., 2013b). De verpleegkundigen zijn 24 uur per dag betrokken bij patiënten waardoor zij mogelijk dichterbij de patiënt staan dan artsen. De verpleegkundige kan daardoor vroegtijdig signaleren wanneer er twijfels over het reanimatiebeleid zijn, patiënten behoefte hebben aan een gesprek hierover en dit terugkoppelen aan de arts. Als de verpleegkundige wekelijks tijdens de visite het reanimatiebeleid aankaart kan dit niet vergeten worden en blijft dit passend en actueel.

Daarbij is het ook belangrijk dat de verpleegkundige aanwezig is bij het gesprek voor verduidelijking, observatie en het bieden van opvang.

#### 4.4 Implicatie toekomstig onderzoek

Beide onderzoekers raden aan om voor vervolgonderzoek binnen ZMC meerdere afdelingen tot het onderzoek te betrekken. Hierdoor kan er een concreter beeld gevormd worden over de rol van de verpleegkundige en de samenwerking rondom het reanimatiebeleid. Daarnaast wordt er aangeraden op de poli binnen ZMC onderzoek te doen naar de integreerbaarheid en haalbaarheid van een gesprek over het reanimatiebeleid. Ook wordt er aangeraden een onderzoek te doen naar de behoefte aan scholing over ACP. Een ander onderzoeksvoorstel is om regionaal onderzoek te doen naar het creëren van bewustzijn rondom het reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige. Deze onderzoeksvoorstellen kunnen uitgevoerd worden door hbo-verpleegkundigen of verpleegkundigen in opleiding.

#### 4.5 Conclusie

De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal staat is: *“Op welke wijze kunnen verpleegkundigen in samenspraak met artsen mede zorgdragen aan het regelmatig bespreekbaar maken en initiëren van beslissingen rondom het reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen?”*

Uit de resultaten komt er naar voren dat er meer bewustzijn gecreëerd moet worden rondom het reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige hierin.

De taken van de verpleegkundige rondom het reanimatiebeleid houdt het volgende in: het bieden van opvang, verduidelijking naar de patiënt toe, aanwezig zijn tijdens het gesprek met de arts en signaleren en doorgeven aan de arts wanneer er geen beleid aanwezig is of er vanuit de verpleegkundige twijfels zijn over een beleid.

De rol van de arts is om het gesprek te voeren en het beleid te documenteren. Door als verpleegkundige aanwezig te zijn bij dit gesprek, hierin de patiënt te observeren en de arts aan te vullen waar nodig kan zij mede zorg dragen aan het initiëren van het reanimatiebeleid. Ook kan zij mede zorgdragen door het reanimatiebeleid wekelijks tijdens de artsensite te bespreken waardoor het beleid passend en actueel blijft.

Uit onderzoek is dus gebleken dat er allereerst meer bewustwording gecreëerd moet worden over het reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige hierin om op deze manier de rol van de verpleegkundige rondom een reanimatiebeleid te optimaliseren.

## 5 Advies en inbedding

In dit hoofdstuk worden verschillende aanbevelingen geformuleerd vanuit de resultaten en de literatuur. Vervolgens wordt omschreven hoe deze aanbevelingen kunnen worden ingebed in de verpleegkundige zorg.

Uit dit onderzoek is gebleken dat er verschillende aspecten verbeterd moeten worden om als verpleegkundige mede zorg te dragen rondom het initiëren en regelmatig bespreekbaar maken van het reanimatiebeleid. Allereerst geven zowel de verpleegkundigen als artsen aan dat er meer bewustzijn gecreëerd moet worden rondom het reanimatiebeleid en de rol van de verpleegkundige hierin. Een aanbeveling naar de verpleegafdelingen van ZMC toe is om het reanimatiebeleid een wekelijks aandachtspunt te maken in de artsenvisite. Dit kan bereikt worden door per afdeling een vaste dag hiervoor aan te wijzen. De verpleegkundige kan dit voorbereiden door te bekijken of het beleid nog passend en actueel is, er een veranderende situatie of toestand is en of er een toename van kwetsbaarheid is.

Ook door aandacht binnen ZMC voor het reanimatiebeleid kan er bewustzijn gecreëerd worden. De onderzoekers gaan aandacht brengen binnen ZMC door een artikel te schrijven in het Verpleegkundig Stafbestuur magazine en in de nieuwsbrieven van beide afdelingen. De onderzoekers zijn nog bezig om een artikel op het intranet te plaatsen.

Een aanbeveling toe naar ZMC is om meer bewustzijn te creëren door per verpleegafdeling een aandachtsvelder 'reanimatiebeleid' aan te stellen. De taken van deze aandachtsvelder zijn gericht op het bewaken van het eenmaal per week bespreken in de visite door collega's, dat de verpleegkundige aanwezig is bij het gesprek en het creëren van bewustzijn. Ook het evalueren van dit proces valt binnen dit takenpakket. Het advies is om eenmaal per maand per afdeling te evalueren en per kwartaal met alle verpleegafdelingen. De reden hiervoor is om te bekijken hoe het per afdeling verloopt, waar afdelingen tegenaan lopen en samen opzoek te gaan naar verbetering hierin. Indicatie van tijd hiervoor is maandelijks ongeveer acht uur welke binnen de contracturen vallen. ZMC neemt deel aan de campagne 'Samen Beslissen'. Een aanbeveling naar ZMC toe is om deze campagne ook te richten op bewustzijn van het reanimatiebeleid. Via de site van Samen Beslissen kan er zelf een folder ontworpen worden die in het ziekenhuis opgehangen kunnen worden. Er zijn geen kosten verbonden aan deze posters.

Ten tweede blijkt uit de verzamelde data dat er een verpleegkundige bij het gesprek rondom een reanimatiebeleid op de afdeling aanwezig moet zijn. Een aanbeveling naar de verpleegafdelingen binnen ZMC toe is om een verpleegkundige bij dit gesprek aanwezig te laten zijn. Taken van de verpleegkundigen in dit gesprek zijn: aanwezig zijn, observeren van de patiënt, luisteren en de arts aanvullen indien dit nodig is. Hiervoor is het vereist dat artsen aangeven wanneer dit gesprek plaatsvindt zodat de verpleegkundige hiervan op de hoogte is. Een aanbeveling naar artsen toe is om aan verpleegkundige door te geven wanneer het gesprek rondom een reanimatiebeleid plaatsvindt. Vervolgens kan er na dit gesprek kort en bonding geëvalueerd worden waarin ruimte is om feedback aan elkaar te geven, emoties te bespreken en indien van toepassing vervolgspraken te maken.

Ten derde geven artsen en verpleegkundigen aan dat het wenselijk is om het gesprek over het reanimatiebeleid op de poli te laten plaatsvinden en in het begin van een behandeltraject. Zodat de patiënt tijdens opname een reanimatiebeleid heeft en dit vroegtijdig besproken wordt. Een aanbeveling naar ZMC is dan ook om het gesprek over het reanimatiebeleid te integreren op de poli, echter is hier eerst verder onderzoek voor nodig om te bekijken of dit haalbaar en integreerbaar is. Een andere aanbeveling is om een eenduidig beleid op te stellen wat aangeeft door wie het wordt besproken, de setting waar het besproken wordt, dat er het liefst een verpleegkundige bij aanwezig is en minimaal één keer per week wordt besproken. Dit beleid kan worden opgesteld door bijvoorbeeld de onderzoekers en respondenten van dit onderzoek en worden herzien door de aandachtsvelders. Dit beleid kan binnen het kwaliteitsportaal worden geüpload en ingezien worden.

Als laatst blijkt uit dit onderzoek dat er behoefte is aan een DOO en scholing over ACP en gesprekstechnieken. ZMC biedt DOO's aan voor AIOS. Een aanbeveling naar ZMC toe is om een DOO te ontwikkelen voor artsen en verpleegkundigen waarin het gesprek rondom reanimatiebeleid bij kwetsbare ouderen geoefend wordt en er tegelijkertijd scholing wordt gegeven over ACP, gesprekstechnieken en voorlichting over een reanimatie door een intensivist. Uit onderzoek blijkt dat een DOO als zeer leerzaam wordt ervaren (Sorgdrager et al., 2014). Er dient ook onderzoek gedaan te worden naar de kosten van een DOO. Deelname aan de DOO kan verplicht worden gesteld zodat iedere verpleegkundige en artsen eenmaal per jaar hieraan deelneemt en zich hiermee verder ontwikkelen in dit onderwerp.

## Literatuurlijst

Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* (3de druk). Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E., & Van der Velden, T. (2021). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (5de druk). Noordhoff Uitgevers.

Bakker, E., Van Buuren, H. (2019). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (3de editie). Noordhoff Uitgevers.

De Jong, S., Wolters, I. (2017). Advance care planning. *Pallium* 19, 22–24.  
<https://doi.org/10.1007/S12479-017-0012-6>

De Nederlandse Hartstichting. (z.d.). *Reanimatie*. Geraadpleegd op 16 februari 2022, van  
<https://www.hartstichting.nl/reanimatie>

Dent, E., Kowal, P., & Hoogendijk, E.O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Intern Medicine*, 31, 3-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.007>

Dignam, C., Brown, M., & Thompson, C.H. (2021). Moving from "Do Not Resuscitate" Orders to Standardized Resuscitation Plans and Shared-Decision Making in Hospital Inpatients. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 1-8.  
<https://doi.org/10.1177/23337214211003431>

Dijkslag-Kluijver, B. (2017). Reanimatiezaak: als ervaring botst met beleid. *Nursing*, 23(11), 10–11. <https://doi.org/10.1007/s41193-017-0165-z>

Ermers, D. J. M., Van Beuningen-van Wijk, M. P. H., Rit, E. P., Stalpers-Konijnenburg, S. C., Taekema, D. G., Bosch, F. H., Engels, Y., & Van Mierlo, P. J. W. B. (2021). Life-sustaining treatment preferences in older patients when referred to the emergency department for acute geriatric assessment: a descriptive study in a Dutch hospital. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-02002-y>

- Fallahi, M., Mahdavian, S., Abdi, A., Borhani, F., Taghizadeh, P., & Hematpoor, B. (2018). Nurses and physicians' viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR). *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 13(20), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40248-018-0133-8>
- Fischer, T., & Julsing, M. (2019). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (3de druk). Noordhoff Uitgevers.
- Gallagher, R., & McElhaney, J. (2010). The resuscitation conversation. *BC Medical Journey*, 52 (4), 218.
- Guldemond, F., Ott, B., & Wind, A. (2017). Toolkit Advance Care Planning mbt het levenseinde. NHG. Geraadpleegd op 12 april 2022, van [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/toolkit\\_acp\\_mbt\\_het\\_levenseindeokt\\_2017.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/toolkit_acp_mbt_het_levenseindeokt_2017.pdf)
- Huang, H. L., Tsai, J. S., Yao, C. A., Cheng, S. Y., Hu, W. Y., & Chiu, T. Y. (2020). Shared decision making with oncologists and palliative care specialists effectively increases the documentation of the preferences for do not resuscitate and artificial nutrition and hydration in patients with advanced cancer: a model testing study. *BMC Palliative Care*, 19(17), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0521-7>
- Huisman, S., Kuijk, J., & Ewals, F. (z.d.). *Anticiperende besluitvorming over reanimatie*. NVAVG. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/diverse-publicaties/addendum-bij-de-handreiking---anticiperende-besluitvorming-over-reanimatie.pdf>
- In 't Veld, C., Ott, B. (2017). Advance(d) care planning of regeeren is vooruitzien. *Bijblijven* 33, 307–312. <https://doi.org/10.1007/S12414-017-0227-9>
- Jemshy, J., Satish, S., Shabaraya, A., R. (2020). Evaluation of Frailty among Geriatric Patients in Residents of Aged Care Homes in District Headquarters Using Groningen Frailty Indicator. *International Journal of Health Sciences*, 10(8), 167-174.
- Jonkers, A. (2013). Reanimatie kwetsbare ouderen: nieuwe richtlijn. *Bijzijn XL*, 6(6), 8–11. <https://doi.org/10.1007/s12632-013-0074-6>

- Kleefstra, S. (2016). Niet reanimeren. *Nursing*, 22(12), 69. <https://doi.org/10.1007/s41193-016-0211-2>
- Knight, K. (2019). Who is the patient? Tensions between advance care planning and shared decision-making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1217–1225. <https://doi.org/10.1111/jep.13149>
- Kunneman, M., Montori, V.M., Castaneda-Guarderas, A., Hess, E.P. (2016) What Is Shared Decision Making? (and What It Is Not). *Academy Emergency Medicine*. 23(12), 1320-1324. <https://doi.org/10.1111/acem.13065>
- Mentzelopoulos, S.D., Slowther, A.M., Fritz, Z., Sandroni, C., Xanthos, T., Callaway, C., Perkins, G.D., Newgard, C., Ischaki, E., Greif, R., Kompanje, E., & Bossaert, L. (2018). Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Medicine* 44, 703-716. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5202-0>
- Palliaweb (2020). *Begrippenkader (een bijlage van het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland)*. Geraadpleegd op 14 maart 2020, van <https://palliaweb.nl/publicaties/begrippenkader-bijlage-bij-kwaliteitskader>
- Rietjens, J., Sudore, R., Deliens, L., Ott, B., Connolly, M., van Delden, J., van der Heide, A., Korfage, I., Drickamer, M.A., Heyland, D.K., Houttekier, D., Janssen, D.J.A., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., & Jox, R.J. (2018). Internationale definitie van advance care planning. *Huisarts Wet* 61, 22-29. <https://doi.org/10.1007/S12445-018-0224-Y>
- Sorgdrager, B., Soethout, M. B. M., & Van Mechelen, W. (2014). Onderwijs over beroepsziekten tijdens de co-assistentenschappen van het VU medisch centrum, Amsterdam. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 21(2), 75–77. <https://doi.org/10.1007/bf03056551>
- Sterie, A. C., Weber, O., Jox, R. J., & Rubli Truchard, E. (2021a). "Do you want us to try to resuscitate?": Conversational practices generating patient decisions regarding cardiopulmonary resuscitation. *Patient education and counseling*, S0738-3991(21)00502-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.042>

- Sterie, A., Jones, L., Jox, R. J., & Rubli Truchard, E. (2021b). 'It's not magic': A qualitative analysis of geriatric physicians' explanations of cardio-pulmonary resuscitation in hospital admissions. *Health Expectations*, 24(3), 790–799.  
<https://doi.org/10.1111/hex.13212>
- Stupple, A., Geocadin, R. G., & Celi, L. A. (2016). Conversation prior to resuscitation: The new CPR. *Resuscitation*, 99, e3. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.12.006>
- Van Delden, H., De Ruiter, C., Van der Endt, R., De Graaf, E., Helle, R., Ikking, H., Kaptein, R., Van Leen, M., & De Vries, L. (2013a, april). Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. NHG. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van [https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-04/LESA\\_Anticiperende%20besluitvorming%20over%20reanimatie%20bij%20kwetsbare%20ouderen.pdf](https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-04/LESA_Anticiperende%20besluitvorming%20over%20reanimatie%20bij%20kwetsbare%20ouderen.pdf)
- Van Delden, J. J. M., Van de Erndt, R. P., De Graaf, E., Helle, R., Ikking, H., Klein Ikkink, A. J., Kaptein, H. V. U., Van Leen, M. W. F., De Vries, L., & De Vrij, P. (2013b). *Multidisciplinaire Richtlijn Besluitvorming over reanimatie: Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 10 februari 2022, van [https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen\\_kwaliteit/richtlijnen/database/VER-003-25Richtlijnreanimatiedeel1DEF.pdf](https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/VER-003-25Richtlijnreanimatiedeel1DEF.pdf)
- Van den Hooff, S. (2018). Kwetsbaarheid bij besluit over reanimatie. *Nurse Academy*, 3, 9–12.
- Van Ingen, Y. G. (2014). Goede levenseindezorg kwetsbare oudere vergt proactieve zorgplanning. *Veranderende samenwerking in de zorg*, 209–216.  
[https://doi.org/10.1007/978-90-313-9973-4\\_33](https://doi.org/10.1007/978-90-313-9973-4_33)
- Verenso. (2017). *Addendum richtlijn Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 17 maart 2022, van [https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen\\_kwaliteit/richtlijnen/database/170607-DEF-tekst-addendum-MDR-anticiperende-besluitvorming-over-reanimatie-bij-kwetsbare-ouderen.pdf](https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/170607-DEF-tekst-addendum-MDR-anticiperende-besluitvorming-over-reanimatie-bij-kwetsbare-ouderen.pdf)
- Verlee, E., Van der Sande, R., Abel, R., Brandon, S., De Groot, J., Quist-Anholts, G.W. L., Rijnbeek, C.M., Van Bruchem-Steen Redeker, H., Wilbrink, N., Wisselink, H., De Bont,



- M., & Vriezen, J.A. (2017). *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd op 23 maart 2022, van [https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/hw06\\_lesa\\_zorg\\_voor\\_kwetsbare\\_ouderen\\_lr\\_1.pdf](https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/hw06_lesa_zorg_voor_kwetsbare_ouderen_lr_1.pdf)
- You, J. J., Jayaraman, D., Swinton, M., Jiang, X., & Heyland, D. K. (2019). Supporting shared decision-making about cardiopulmonary resuscitation using a video-based decision-support intervention in a hospital setting: a multisite before–after pilot study. *CMAJ Open*, 7(4), E630–E637. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190022>
- Zuyderland (z.d.). *Missie, visie & kernwaarden: Zuyderland de zorg van je leven*. Geraadpleegd op 12 april 2022, van <https://www.zuyderland.nl/zuyderland/bestuur-en-organisatie/missie-ambitie/>
- Zuyd Hogeschool. (2021, 3 november). *Stappenplan Praktijkgericht Onderzoek*. Libguides Bibliotheek Zuyd. Geraadpleegd op 12 maart 2022, van <https://libguides.bibliotheek.zuyd.nl/stappenplan/student/planfase>
- Zwakman, M., & Dees, M. (2020). Advance care planning: ervaringen van patiënten en zorgverleners. *Huisarts en wetenschap*, 63(11), 42–44. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0879-z>

## Bijlage

### Bijlage 1 De zes stappen van ACP

Tabel 1

#### *De zes stappen van Advance Care Planning*

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| Stap 1: De wensen, behoeftes en verwachtingen van de patiënt worden besproken. |
| Stap 2: ACP wordt uitgelegd aan de patiënt.                                    |
| Stap 3: De wensen, behoeftes en verwachtingen worden omgezet in doelen.        |
| Stap 4: De zorgdoelen worden vastgelegd in het medisch dossier.                |
| Stap 5: Er wordt gecommuniceerd met verschillende disciplines.                 |
| Stap 6: De zorgdoelen worden geëvalueerd.                                      |

(De jong & Wolters, 2017).

| Topic                      | Vragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Introductie                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorstelronde</li> <li>• Doel en informatie over het onderzoek</li> <li>• Informed consent en opname apparatuur checken</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Reanimatiebeleid           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is volgens U een reanimatiebeleid?</li> <li>• Hoe zit dit beleid in elkaar binnen Zuyderland Medisch Centrum? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: protocol/beleid aanwezig? Behoeft hieraan?)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Gesprek                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe wordt het gesprek rondom een reanimatiebeleid vormgegeven bij kwetsbare ouderen?</li> <li>• Hoe vaak wordt een reanimatiebeleid besproken? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: wisselende situatie? Onderscheid tussen feitelijk en wenselijk en kwetsbare ouderen)</li> </ul> </li> <li>• Wanneer moet volgens U een reanimatiebeleid besproken worden met kwetsbare ouderen? (Rietjens et al., 2018) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: wenselijk en feitelijk)</li> </ul> </li> </ul> |
| ACP en SDM                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is Advance Care Planning volgens U?</li> <li>• Hoe wordt ACP-vorm gegeven tijdens gesprekken rondom het reanimatiebeleid?</li> <li>• Wat is Shared Decision Making volgens U?</li> <li>• Hoe wordt SDM-vorm gegeven tijdens gesprekken rondom het reanimatiebeleid?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                |
| Disciplines                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe en door wie wordt het reanimatiebeleid vastgesteld? (NHG, 2013) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: Wat is de rol van de arts rondom het reanimatiebeleid? (Verenso, 2013) en wie documenteert de afspraken?)</li> </ul> </li> <li>• Welke disciplines zijn er verder nog betrokken bij het opstellen van het reanimatiebeleid? (Verenso, 2013) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: op de rol van de patiënt en eventueel rol van de familie)</li> </ul> </li> </ul>                      |
| Rol van de verpleegkundige | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe kan je als verpleegkundige zorgdragen rondom een reanimatiebeleid? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: wenselijk en feitelijk)</li> <li>◦ (Doorvragen: communicatie, voorlichting, vastleggen van een keuze, kwetsbare ouderen)</li> </ul> </li> <li>• Hoe krijgt de rol van de verpleegkundige op heden vorm? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: wenselijk en feitelijk)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                         |
| Samenwerking               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe verloopt de samenwerking rondom het reanimatiebeleid tussen artsen en verpleegkundigen? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: op communicatie, wat bij conflicten tussen patiënt en zorgverlener? Kwetsbare ouderen?)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Afsluiting                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Member check</li> <li>• Afspraken focusgroep en terugkoppeling onderzoek</li> <li>• Eventuele vragen beantwoorden</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| Topic                                  | Vragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Introductie                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorstelronde</li> <li>• Doel en informatie over het onderzoek</li> <li>• Procedure focusgroep</li> <li>• Informed consent en opnameapparatuur checken</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Rol van de verpleegkundige             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is de rol van de verpleegkundige rondom het reanimatiebeleid? (We vragen respondenten hierover na te denken en hun mening te delen)</li> <li>• Hierna worden de bevindingen van de semi-gestructureerde interviews gedeeld. (Ondersteunende rol, alertheid, waakzaamheid, signaleren en doorgeven, rapporteren, opvang, informeren, gesprek)</li> <li>• Welke rol kan de verpleegkundige innemen tijdens het besluitvormingsproces rondom een reanimatiebeleid?</li> </ul> |
| Verbetering                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe kan volgens jullie de rol van de verpleegkundige verbeterd worden? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: waar zoomen we op in? Voeren van gesprek, voorlichting patiënt/familie, vastleggen van beslissingen, welke taken kunnen vpk op zich nemen?)</li> <li>◦ (Doorvragen: Wat is hiervoor nodig?)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                |
| Gesprek en verbetering van het gesprek | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer is het wenselijk om het reanimatiebeleid te bespreken?</li> <li>• Hoe vaak bespreken (tijdens opname overwegen of dagelijks visite punt) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Wat is hiervoor nodig? (Behoeftte aan scholing?)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |
| Samenwerking                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe verloopt de samenwerking rondom het reanimatiebeleid tussen artsen en verpleegkundigen? (We vragen respondenten hierover na te denken en hun mening te delen)</li> <li>• Hierna worden de bevindingen van de semi-gestructureerde interviews gedeeld.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                           |
| Verbetering                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zouden jullie hierin willen verbeteren? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Doorvragen: wat is er hiervoor nodig? Wenselijk?</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Afsluiting                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stel, jullie zouden 10.000 euro ter beschikking krijgen om het reanimatiebeleid te verbeteren, waar zouden jullie die dan voor inzetten?</li> <li>• Member check</li> <li>• Afspraken focusgroep en terugkoppeling onderzoek</li> <li>• Eventuele vragen beantwoorden</li> </ul>                                                                                                                                                                                               |

| Topic                                  | Vragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Introductie                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorstelronde</li> <li>• Doel en informatie over het onderzoek</li> <li>• Procedure focusgroep</li> <li>• Informed consent en opnameapparatuur checken</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Rol van de verpleegkundige             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is de rol van de verpleegkundige rondom het reanimatiebeleid? (We vragen respondenten hierover na te denken en hun mening te delen)</li> <li>• Hierna worden de bevindingen van de semi-gestructureerde interviews gedeeld. (Ondersteunende rol, alertheid, waakzaamheid, signaleren en doorgeven, rapporteren, opvang, informeren, gesprek)</li> <li>• Welke rol kan de verpleegkundige innemen tijdens het besluitvormingsproces rondom een reanimatiebeleid?</li> </ul> |
| Verbetering                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe kan volgens jullie de rol van de verpleegkundige verbeterd worden? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ (Doorvragen: waar zoomen we op in? Voeren van gesprek, voorlichting patiënt/familie, vastleggen van beslissingen, welke taken kunnen vpk op zich nemen?)</li> <li>◦ (Doorvragen: Wat is hiervoor nodig?)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                |
| Gesprek en verbetering van het gesprek | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer is het wenselijk om het reanimatiebeleid te bespreken?</li> <li>• Hoe vaak bespreken (tijdens opname overwegen of dagelijks visite punt) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Wat is hiervoor nodig? (Behoeft aan scholing?)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                |
| Samenwerking                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe verloopt de samenwerking rondom het reanimatiebeleid tussen artsen en verpleegkundigen? (We vragen respondenten hierover na te denken en hun mening te delen)</li> <li>• Hierna worden de bevindingen van de semi-gestructureerde interviews gedeeld.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                           |
| Verbetering                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zouden jullie hierin willen verbeteren? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Doorvragen: wat is er hiervoor nodig? Wenselijk?</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Afsluiting                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stel, jullie zouden 10.000 euro ter beschikking krijgen om het reanimatiebeleid te verbeteren, waar zouden jullie die dan voor inzetten?</li> <li>• Member check</li> <li>• Afspraken focusgroep en terugkoppeling onderzoek</li> <li>• Eventuele vragen beantwoorden</li> </ul>                                                                                                                                                                                               |









