

# Kwaliteitsproject

## Inventarisatie scholing palliatieve zorg binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland

### Onderzoeksverslag



Kim Hermans (490665)  
Tamara Verstraten (475029)

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Opleiding Verpleegkunde  
Onderwijseenheid: Kwaliteitszorg 3

Docentbegeleider: Dhr. H. Nas  
Opdrachtgevers: Mevr. R. van Boekel & Dhr. R. Nogarede  
Examinator: Mevr. K. van Montfoort

Inleverdatum: 18-01-2016  
Projectnummer: 1516\_1VERPL\_59

Omslagfoto: (Olphen, 2015)

Logo NPZZG: (Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, z.d.)

Logo HAN: (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2015)

---

## Colofon

---

<b>Projectnummer</b>	1516_1VERPL_59
<b>Opdrachtgevers</b>	<u>Mevr. R. van Boekel</u> <i>MSc Epidemioloog en verpleegkundig pijnconsulent Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde Radboudumc Geert Groteplein-Zuid 10 (route 549) 6525 EZ Nijmegen</i>  <i>Opleider Pijn en Palliatieve opleidingen Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Berg en Dalseweg 81 6522 BC Nijmegen</i>  <u>Dhr. R. Nogarede</u> <i>Netwerkcoördinator Palliatieve Zorg in Zuid Gelderland Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland Radboud Universitair Medisch Centrum Huispost (route 717) 6500 HB Nijmegen</i>
<b>Docentbegeleider</b>	<u>Dhr. H. Nas</u> <i>Docent Instituut Verpleegkundige Studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
<b>Examinator</b>	<u>Mevr. K. van Montfoort</u> <i>Docent Instituut Verpleegkundige Studies Hogeschool van Arnhem en Nijmegen</i>
<b>Studentonderzoekers</b>	<u>Kim Hermans [490665]</u> KEH.Hermans@student.han.nl  <u>Tamara Verstraten [475029]</u> TMPG.Verstraten@student.han.nl
<b>Onderwijsinstelling</b>	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen
<b>Opleiding</b>	HBO-Verpleegkunde
<b>Studiejaar</b>	2015-2016
<b>Onderwijseenheid</b>	Kwaliteitszorg 3
<b>Inleverdatum</b>	18 januari 2016
<b>Trefwoorden</b>	Scholing Palliatieve zorg Zorgprofessional

---

## Voorwoord

---

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Inventarisatie scholing palliatieve zorg binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland (NPZZG)'. Dit onderzoeksverslag is opgesteld door Kim Hermans en Tamara Verstraten, vierdejaars studenten aan de opleiding HBO-Verpleegkunde op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) te Nijmegen. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van de onderwijseenheden Kwaliteitszorg 2 en 3 in opdracht van mevr. Rianne van Boekel, MA epidemioloog, verpleegkundig pijnconsulent en docent Pijn en Palliatieve opleidingen, en dhr. René Nogarede, netwerkcoördinator Palliatieve Zorg in de regio Zuid Gelderland. Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen zorgorganisaties die zijn aangesloten bij het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, van november 2015 tot en met januari 2016.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar de opdrachtgevers mevr. Rianne van Boekel en dhr. René Nogarede en naar de docentbegeleider dhr. Harold Nas. We willen hen graag bedanken voor hun betrokkenheid en begeleiding gedurende het hele proces rondom de voorbereiding van het onderzoek, het uitvoeren van het onderzoek en het tot stand komen van dit onderzoeksverslag. We hebben veel geleerd over het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Daarnaast willen we graag de gediplomeerde zorgprofessionals, die hebben meegewerkt aan het onderzoek, bedanken voor hun inzet en actieve houding tijdens de interviews. Daarmee willen we ook de deelnemende zorgorganisaties, binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, bedanken voor het faciliteren van de respondenten en het regelen van de locaties. Tot slot willen we graag de meelezers dhr. Leon Kurvers, dhr. Frank Thijssen en dhr. Tom Verstraten bedanken voor hun kritische blik op het taalgebruik en de structuur van het verslag.

Rest ons niets anders dan u veel leesplezier te wensen.

Kim Hermans & Tamara Verstraten  
Nijmegen, januari 2016

## Samenvatting

---

Deskundigheidsbevordering is een belangrijk aspect in de rol als zorgprofessional. Het is de taak van een zorgprofessional om up-to-date te blijven en continu kennis op te doen. Mogelijkheden hiertoe moeten dan wel aangeboden worden door de zorgorganisaties. Echter blijkt niet altijd sprake te zijn van consequent scholen, binnen zorgorganisaties die onderdeel zijn van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland (NPZZG). Het is daarom van belang dat een regionaal scholingsprogramma opgezet wordt. Om dit mogelijk te maken, is het van belang om te kijken welke scholingsbehoeften de gediplomeerde zorgprofessionals hebben. Deze constatering heeft tot de volgende onderzoeksvraag geleid: “Welke scholingsbehoeften ten aanzien van palliatieve zorg hebben de gediplomeerde zorgprofessionals, die werkzaam zijn binnen het NPZZG”.

In betreffend onderzoek is sprake van een inventariserend kwalitatief onderzoeksdesign. De achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de zorgprofessionals, die werkzaam zijn binnen het NPZZG, staan in dit onderzoek centraal. De dataverzameling heeft plaatsgevonden middels twaalf semi-gestructureerde face-to-face interviews met verzorgenden, verpleegkundigen niveau 4 en 5, gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg. De interviews hebben plaatsgevonden binnen zorgorganisaties die aangesloten zijn bij het NPZZG. De zorgorganisaties zijn in vier zorgsettings verdeeld; ziekenhuis, hospice voorzieningen, thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuizen. Van de interviews zijn audio opnamen gemaakt en deze zijn vervolgens getranscribeerd. Hierop volgend zijn de studentonderzoekers aan de slag gegaan met het uiteenrafelen en coderen van de getranscribeerde teksten. Tevens is een codeboom opgesteld. Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van een inductieve werkwijze.

Aan de hand van de analyse zijn de hoofdthema's; 'ervaringen met scholingen gericht op palliatieve zorg', 'bijdrage van scholingen aan de praktijk', 'scholingsbehoeften' en 'scholingsbehoeften van collega's, volgens gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg' tot stand gekomen.

Gaandeweg het onderzoek is gebleken dat de gediplomeerde zorgprofessionals allen eigen scholingsbehoeften, gericht op palliatieve zorg, hebben. Zo geven zij aan op verschillende manieren gemotiveerd te worden tot het gaan naar een scholing, verschillende werkvormen tijdens een scholing prettig te vinden en heeft ieder verschillende behoeften qua scholingsonderwerpen.

Wanneer de zorgprofessionals worden gevraagd om belangrijke scholingsonderwerpen te benoemen, komen de scholingsbehoeften omtrent kennis en vaardigheden het meest naar voren. De gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg gaven op hun beurt aan dat momenteel veel winst behaald kan worden op het aspect 'attitude' bij de professionals. Daarnaast gaven zij aan dat de scholingsonderwerpen, die nodig zijn voor de overige zorgprofessionals, nauw samenhangen met de functie van de zorgprofessional. De respondenten geven allen aan dat zij graag meer scholing over palliatieve zorg willen, die bovendien met enige regelmaat wordt herhaald. Zij zien graag een scholing met zowel een informatief als interactief gedeelte. Bovendien zien zij graag dat de inhoud van de scholing in verhouding staat met de duur van de scholing.

Op basis van dit onderzoek wordt aan de praktijk geadviseerd een structureel scholingsprogramma op te stellen binnen het NPZZG. Dit is voor de zorgprofessionals prettig, omdat zij dan, indien nodig, een scholing vaker kunnen volgen. Ook wordt aanbevolen om bepaalde scholingsonderwerpen verplicht te stellen per functie. Op deze

manier worden de professionals aangemoedigd om naar scholingen te gaan, die voor hun functie van toegevoegde waarde zijn. Daarnaast worden een aantal vervolgonderzoeken aanbevolen omtrent dit onderwerp. Zowel bredere onderzoeken als specifiekere onderzoeken. Op deze manier kan er een betere generaliseerbaarheid worden verkregen.

---

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	9
1.1 Vraagstelling .....	10
1.2 Doelstelling .....	10
1.3 Leeswijzer .....	10
2. Theoretisch kader .....	12
2.1 Zoekstrategie .....	12
2.2 Palliatieve zorg .....	12
2.2.1 De palliatieve fase .....	12
2.2.2 Waar en door wie wordt palliatieve zorg verleend? .....	13
2.2.3 Zorgbehoeften van de palliatieve cliënt .....	13
2.3 Deskundheidsbevordering .....	13
2.3.1 Wat is bekend over de invloed van deskundigheidsbevordering? .....	14
2.3.2 Wat is het belang van scholing voor zorgprofessionals? .....	14
2.3.3 Hoe ziet het onderwijsaanbod gericht op palliatieve zorg er momenteel uit binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland? .....	14
2.4 Relevantie voor verzorgende en verpleegkundige beroepspraktijk .....	15
3. Methode van onderzoek .....	17
3.1 Onderzoeksdesign .....	17
3.2 Onderzoekspopulatie .....	17
3.3 Werving respondenten .....	18
3.4 Dataverzameling .....	19
3.4.1 Toelichting semi-gestructureerd interview .....	19
3.4.2 Toelichting individuele face-to-face gesprekken .....	20
3.4.3 Toelichting interviewgide .....	20
3.5 Dataverwerking en analyse .....	20
3.6 Zorgvuldigheidseisen .....	21
3.6.1 Geloofwaardigheid .....	21
3.6.2 Verplaatsbaarheid .....	22
3.6.3 Plausibiliteit .....	22
3.6.4 Verifieerbaarheid .....	22
3.6.5 Juridische en ethische aspecten .....	22
3.6.6 Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek .....	22
4. Resultaten .....	24
4.1 Onderzoekspopulatie .....	24
4.2 Contextbeschrijving .....	25
4.3 Beschrijving resultaten .....	25

---

4.3.1 Ervaringen met scholingen gericht op palliatieve zorg .....	26
4.3.2 Bijdrage van scholingen aan de praktijk.....	30
4.3.3 Scholingsbehoeften .....	31
4.3.4 Scholingsbehoeften van collega's, volgens gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg .....	37
5. Discussie .....	40
5.1 Resultaten en literatuur .....	40
5.2 Methodologische discussie .....	41
5.3 Praktische toepasbaarheid.....	41
5.4 Generaliseerbaarheid .....	42
6. Conclusie.....	43
6.1 Deelvragen .....	43
6.2 Vraagstelling .....	44
7. Aanbevelingen.....	45
7.1 Aanbevelingen voor de praktijk .....	45
7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	46
Bronvermelding .....	47
Bijlage 1: Zoekstrategie.....	51
Bijlage 2: Gebruikte zoekopdrachten in Pubmed .....	56
Bijlage 3: Gebruikte zoekopdrachten in CINAHL .....	59
Bijlage 4: Gebruikte zoekopdrachten in Google Scholar.....	61
Bijlage 5: Evidence tabel.....	64
Bijlage 6: Mail aan leidinggevenden .....	68
Bijlage 7: Mail aan respondenten.....	69
Bijlage 8: Informed Consent.....	70
Bijlage 9: Interviewgide .....	71
Bijlage 10: Interviewtechnieken .....	77
Bijlage 11: Codeboom.....	79

---



## 1. Inleiding

*“Palliatieve zorg voegt geen dagen toe aan het leven, maar voegt leven toe aan de dagen”* (Stichting Voorlichting Palliatieve Zorg, 2015).

De Rijksoverheid streeft ernaar om de komende jaren de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren. Dit is dan ook de reden dat wordt geïnvesteerd in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), waarvan ZonMw de uitvoerder is. ZonMw is een Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Het doel van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg is “dat in 2020 iedere burger, als het aan de orde is, verzekerd is van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning” (Rijksoverheid, z.d.; Straaten, 2015).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 2002 een vernieuwde definitie van ‘palliatieve zorg’ geformuleerd. Zij geven aan dat palliatieve zorg een benaderingswijze is waarbij de kwaliteit van leven van cliënten en hun naasten, die te maken hebben met problemen die betrekking hebben op een levensbedreigende aandoening, verbeterd wordt. Dit wordt gedaan door het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering, zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen op lichamelijk, psychosociaal en spiritueel gebied (Achterberg, Bours & Strijbol, 2009; World Health Organisation, 2015). Hierbij heeft de zorgprofessional<sup>1</sup> een belangrijke rol in het respectvol ondersteunen en begeleiden van de cliënt en diens naaste(n), met als doel het inzicht en de onafhankelijkheid van de cliënt te behouden en te bevorderen (Integraal Kankercentrum Nederland, 2010).

Cijfers over omvang, aard en complexiteit van de totale behoefte aan palliatieve zorg in Nederland zijn nu nog niet beschikbaar. Door de vergrijzing, de toename van het aantal chronische zieken en het aantal sterfgevallen zal de vraag naar palliatieve zorg de komende jaren toenemen. Jaarlijks sterven in Nederland ongeveer 135.000 mensen, waarvan 43 procent vrijwel zeker aan kanker of een chronische aandoening (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015; Integraal Kankercentrum Nederland, 2015). Deze 43 procent is de groep waarin vaak behoefte is aan palliatieve zorg. Uit berekening blijkt dat voor Nijmegen en omgeving jaarlijks zeker voor 1.032 mensen palliatieve zorg beschikbaar moet zijn. Er kan echter vanuit worden gegaan dat dit een veel groter aantal is, omdat het moment van palliatieve zorg vaak onmerkbaar voortkomt uit een veel langere ziektegeschiedenis (Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, 2013).

Het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland<sup>2</sup> is een regionaal samenwerkingsverband van vrijwilligers en professionals en richt de aandacht op verschillende bij het netwerk aangesloten zorg- en onderwijsorganisaties in Nijmegen en omgeving. Binnen het netwerk is een belangrijke rol weggelegd voor de vertegenwoordigers vanuit cliënten en mantelzorgers. De netwerkregio omvat de gemeenten Beuningen, Druten, Groesbeek, Heumen, Mook en Middelaar, Nijmegen, West Maas en Waal en Wijchen en telt ongeveer 322.000 inwoners. Het NPZZG gaat uit van vijf netwerkwaarden. Een van deze waarden is dat de cliënt en diens naasten het centrum van het handelen behoren te zijn. Ook wordt er gewerkt vanuit de spreuk: ‘regeren is vooruit zien’. Verder wordt er continu gewerkt aan uitstekende onderlinge verbindingen. Daarnaast wordt er regionaal georganiseerd met behoud van de menselijke maat en slagkracht. Ten slotte wordt ernaar gestreefd om een balans te houden tussen het organiseren van deskundigheid en de huidige stand van kennis (Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, 2014; Straaten, 2015). Om deze waarden te kunnen waarborgen is het

---

<sup>1</sup> Taalkundig gezien vallen onder de benaming ‘zorgprofessionals’ alle professionals in de gezondheidszorg. Omwille van de leesbaarheid wordt deze term gebruikt voor verplegend personeel vanaf het opleidingsniveau van verzorgende.

<sup>2</sup> Gedurende de rest van het verslag zal het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland aangeduid worden met de afkorting NPZZG.

nodig dat de zorgprofessionals weten hoe zij dit kunnen realiseren. Dit kan onder andere door het aanbieden van goede scholing aan de zorgprofessionals.

Om dit waar te kunnen maken, is het belangrijk dat het regionaal bij- en nascholingsaanbod voor professionals, gezamenlijk actueel gehouden wordt. Dit is de voorgaande jaren maar voor een deel gelukt. Uit voorgaand onderzoek is gebleken dat consequent scholen vanuit de nieuwe netwerkwaarden en gebruik maken van onder andere de 'Zorgmodule Palliatieve zorg' nog niet overal wordt toegepast (Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, 2014; Straaten, 2015). Dit zorgt ervoor dat er nog geen eenduidige methode wordt gebruikt voor de scholingen, gericht op palliatieve zorg, binnen het NPZZG. Om die reden is het van belang dat er een regionaal scholingsprogramma wordt opgezet. Een inventarisatie aan welke scholingsonderwerpen zorgprofessionals behoefte hebben, is hiervan een onderdeel. Dit wordt dan ook uitgevoerd gedurende dit onderzoek.

Binnen het NPZZG werken veel professionals uit diverse disciplines. Zo werken er zowel gediplomeerde zorgprofessionals als vrijwillige zorgprofessionals<sup>3</sup>. Er is voor gekozen om bij dit onderzoek de gediplomeerde zorgprofessionals te betrekken. Dit omdat vrijwillige zorgprofessionals geen scholing ontvangen vanuit het NPZZG. Om kwalitatief goede palliatieve zorg te kunnen verlenen, is een goede samenwerking tussen verschillende professionals van belang (Straaten, 2015; Wit, Koelewijn-Vissers, Guldemond-de Jong, 2010). Helpenden krijgen in de meeste organisaties geen scholing gericht op palliatieve zorg, omdat deze bijna niet werkzaam zijn binnen het NPZZG. Deze worden dan ook niet meegenomen in het onderzoek<sup>4</sup>. Dit onderzoek wordt gericht op de verschillende niveaus van gediplomeerde zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen het NPZZG. Hieronder behoren verzorgenden, verpleegkundigen, gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg.

## 1.1 Vraagstelling

Naar aanleiding van bovenstaande gegevens luidt de vraagstelling van dit onderzoek als volgt:

*Welke scholingsbehoeften ten aanzien van palliatieve zorg hebben de gediplomeerde zorgprofessionals, die werkzaam zijn binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland?*

De deelvragen die hierbij horen zijn:

- Welke vaardigheden, kennis en attitude hebben de gediplomeerde zorgprofessionals, werkzaam binnen het NPZZG, nodig bij het uitvoeren van palliatieve zorg?
- Hoe denken gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg over welke onderwerpen van scholing, gericht op palliatieve zorg, nodig zijn voor de overige zorgprofessionals?

## 1.2 Doelstelling

In januari 2016 is in kaart gebracht welke scholingsbehoeften de gediplomeerde zorgprofessionals, die werkzaam zijn binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, hebben.

## 1.3 Leeswijzer

Dit onderzoeksverslag bestaat uit zeven hoofdstukken. In *Hoofdstuk 1* staat de bovenstaande inleiding beschreven. In *Hoofdstuk 2* staat het theoretisch kader uitgewerkt. Hierin worden een aantal belangrijke onderwerpen, die opgesteld zijn aan de hand van de

---

<sup>3</sup> Er wordt gesproken over 'vrijwillige zorgprofessionals'. Vrijwilligers worden normaal gesproken geen zorgprofessionals genoemd, maar de praktijk leert dat zij wel een professionele rol hebben in de zorgverlening. Om die reden wordt gekozen voor de benaming 'vrijwillige zorgprofessionals'.

<sup>4</sup> Verdere verantwoording voor de keuze om helpenden niet mee te nemen in het onderzoek, staat beschreven in *paragraaf 3.2 Onderzoekspopulatie*.

inleiding, beschreven. In *Hoofdstuk 3* staat de methode uitgewerkt die zal worden gebruikt bij het onderzoek. *Hoofdstuk 4* geeft de beschrijving van de resultaten van het onderzoek aan. In *Hoofdstuk 5* staan discussiepunten met betrekking tot de gevonden resultaten en de onderzoeksmethode uitgewerkt. *Hoofdstuk 6* beschrijft de conclusie en in *Hoofdstuk 7* worden ten slotte aanbevelingen gedaan aan de hand van dit onderzoek. Verder zijn elf bijlagen toegevoegd met hierin informatie die voor het onderzoek relevant is.

## 2. Theoretisch kader

*In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de zoekstrategie en worden belangrijke begrippen gedefinieerd en uitgediept. Als laatste wordt de verpleegkundige relevantie van de onderzoeksvraag beschreven.*

### 2.1 Zoekstrategie

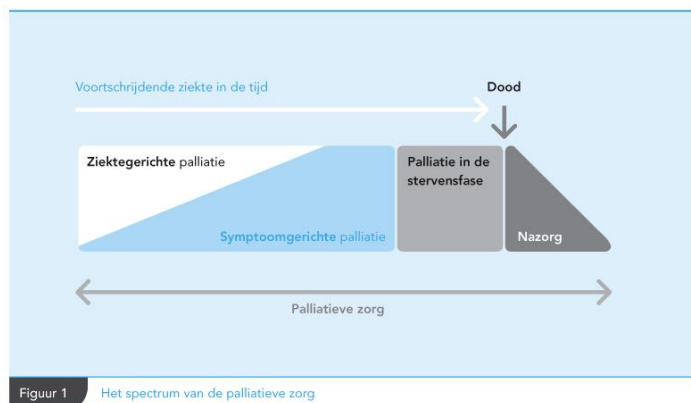
Er is gebruik gemaakt van drie wetenschappelijke databases bij het zoeken van literatuur die betrekking heeft op de onderzoeksvraag. De gebruikte databases zijn: Pubmed, Google Scholar en CINAHL. In deze databases is systematisch gezocht aan de hand van een vooraf opgestelde PICO, die geformuleerd is met behulp van de onderzoeksvraag. Bij het formuleren van zoekopdrachten is gebruik gemaakt van MeSH-termen, waaronder 'Nurses', 'Palliative care' en 'Education' en van de booleaanse operatoren AND, OR en NOT. De zoekstrategie staat uitgewerkt in *bijlage 1*. De gebruikte PICO's en de daaruit voortgekomen artikelen staan weergegeven in *bijlage 2, 3 en 4*. Ook zijn de artikelen allemaal beoordeeld op mate van betrouwbaarheid, waarbij de belangrijkste kenmerken zijn weergegeven. Deze uitwerking staat in *bijlage 5*. Naast het zoeken in wetenschappelijke databases is gebruik gemaakt van de zogenaamde sneeuwbalmethode, waarbij referentielijsten van gevonden artikelen zijn gebruikt om nieuwe artikelen te zoeken. Naast dat gebruik is gemaakt van wetenschappelijke databases, is ook gebruik gemaakt van theorieboeken van de opleiding HBO-Verpleegkunde en overige betrouwbare websites. Op deze manier kan een compleet verhaal geformuleerd worden.

### 2.2 Palliatieve zorg

*Dit onderzoek is gericht op zorgprofessionals in de palliatieve zorg. In deze paragraaf wordt eerst beschreven wat de palliatieve fase inhoudt en waar en door wie palliatieve zorg wordt verleend. Ook wordt daarna beschreven welke zorgbehoeften de palliatieve cliënt heeft.*

#### 2.2.1 De palliatieve fase

Wanneer genezing niet (meer) mogelijk is, begint de palliatieve fase (Integraal Kankercentrum Nederland, 2015). Het is niet goed te voorspellen hoe lang de palliatieve fase duurt. Dit kan namelijk om dagen, maanden, maar ook jaren gaan (Pallialine, 2010). Palliatieve zorg kan onderverdeeld worden in drie verschillende fasen. Doorgaans worden de palliatieve fase, de stervensfase en de nazorgfase onderscheiden. Gedurende de gehele palliatieve fase vindt behandeling plaats om klachten te verminderen. Tijdens het begin van deze fase heerst vaak chaos doordat het slechte nieuws hard aankomt. De laatste paar maanden van leven in de palliatieve fase wordt de terminale fase genoemd. De zorg staat dan vooral in het teken van sterven. De cliënt komt pas in de stervensfase als deze nog een aantal dagen te leven heeft. De fase 'nazorg' vindt plaats na het overlijden van de cliënt en is gericht op de naasten van de overleden cliënt (Integraal Kankercentrum Nederland, 2010; Oncoline, 2012; Pallialine, 2010). Een overzicht van deze fasen staat weergegeven in *Figuur 1* (Pallialine, 2010).



*Opmerking. Overgenomen van Algemene principes van palliatieve zorg door Pallialine, 2010. Copyright Integraal Kankercentrum Nederland.*

Figuur 1 Het spectrum van de palliatieve zorg

### 2.2.2 Waar en door wie wordt palliatieve zorg verleend?

Palliatieve zorg dient volgens het VWS een onderdeel te zijn van de reguliere zorg, waarbij generalistische zorgprofessionals, bijvoorbeeld verpleegkundigen in de thuiszorg en verpleegkundigen in het ziekenhuis, voor advisering terecht kunnen bij specialistische consultatieteams. Binnen deze consultatieteams zijn onder andere gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen werkzaam. Een aantal ziekenhuizen hebben een eigen consultteam. Ook zijn er verpleegkundig specialisten palliatieve zorg. Deze heeft veel kennis en ervaring in de palliatieve zorg en de begeleiding in de laatste levensfase. Hij of zij is op de hoogte van de laatste ontwikkelingen en veranderingen. Ook heeft hij of zij een actueel overzicht van de mogelijkheden wat betreft zorgverlening. Daarnaast heeft de verpleegkundig specialist palliatieve zorg een aanvullende opleiding genoten bovenop de initiële beroepsopleiding. De overheid verwacht dat professionals, die palliatieve zorg verlenen, samenwerken in organisatorische netwerken, waarbij regionaal ondersteuning wordt geboden door integrale kankercentra. Er wordt verwacht dat iedere professional palliatieve zorg kan verlenen, omdat zij bij het consultteam informatie kunnen inwinnen en bijvoorbeeld kunnen vragen om mee te behandelen (Integraal Kankercentrum Nederland, 2014; Netwerk Palliatieve Zorg Eemland, z.d.; Visser, Bilsen & Francke, 2011). Tot de netwerken behoren verschillende organisaties, waardoor zowel intra- als extramuraal palliatieve zorg geboden kan worden. De meeste cliënten willen de palliatieve zorg thuis krijgen. Bij complexe zorgvragen en wanneer de ondersteuningsmogelijkheden ontoereikend zijn, kan dit echter niet altijd gerealiseerd worden. Wanneer het niet mogelijk is om thuis de zorg te verkrijgen, zijn alternatieven voorhanden. De zorg kan verleend worden in een (high care) hospice, bijna-thuis-huis, of een verpleeg- of verzorgingshuis (Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, 1999; Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, z.d.).

### 2.2.3 Zorgbehoeften van de palliatieve cliënt

Zowel cliënten als hun naaste(n) hebben behoefte aan zorg en ondersteuning gedurende de palliatieve fase van de cliënt. Verlichting van pijn en andere lichamelijke klachten zien zowel cliënten als hun naasten als belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van leven (Stichting NIVEL, 2015). Zij geven verder aan het belangrijk te vinden op een juiste manier geïnformeerd te worden over het ziekteproces. Ook waarderen zij het om gedurende het gehele ziekteproces geïnformeerd te worden en niet alle informatie in één keer te ontvangen. Zodoende is het mogelijk om de ontvangen informatie te verwerken en wellicht een plaats te geven (Groot, Francke & Willems, 2000; Teno et al., 2004). Verder krijgen cliënten veelal te maken met hevige emoties als boosheid, verdriet, onzekerheid en angst voor wat gaat komen. Zij hebben over het algemeen dan ook behoefte aan emotionele ondersteuning, gericht op het individu (Borgsteede et al., 2008; Teno et al., 2004). Daarnaast is het van belang om steun te bieden bij de dagelijkse zorgtaken en dat er wordt ingespeeld op de persoonlijke wensen van de cliënt. Het is van belang dat de ondersteuning voldoet aan de verwachtingen van de cliënt en hun naaste(n), zodat zij dit aspect kunnen loslaten (Groot et al. 2000). Gaandeweg het ziekteverloop kunnen veranderingen en/of verslechtingen optreden waarbij bijsturing van zorg nodig kan zijn. Hierdoor is het mogelijk dat de zorgbehoeften van de cliënt kunnen veranderen, waardoor zorgprofessionals de organisatie dienen aan te passen (Spijker & Laarman, 2000). Tot slot zijn beslissingen rondom het levenseinde vaak ingrijpend voor zowel de cliënt als zijn naaste(n). Bijbehorende emoties kunnen hierdoor vaak hoog oplopen. Dit is dan ook de reden dat er continu sprake moet zijn van een goede communicatie tussen alle betrokken partijen (Groot et al. 2000).

## 2.3 Deskundheidsbevordering

*Dit onderzoek gaat over de scholingsvraag van zorgprofessionals versus het scholingsaanbod binnen de scholingen over palliatieve zorg. In deze paragraaf wordt eerst beschreven wat bekend is in de literatuur over de invloed van diverse vormen van onderwijs voor zorgprofessionals, daarna wordt beschreven wat het belang is van deskundigheidsbevordering voor professionals. Ten slotte wordt uitgewerkt hoe de*

*scholingen gericht op palliatieve zorg binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland eruitzien.*

### 2.3.1 Wat is bekend over de invloed van deskundigheidsbevordering?

Uit onderzoek blijkt dat scholing van zorgprofessionals voor een verbetering van onderlinge contacten tussen de professionals zorgt. Daarnaast zorgt het voor een beter zelfvertrouwen bij de deelnemers (Nakazawa et al., 2013). Het is voor de zorgprofessionals alleen mogelijk om op een juiste manier de bijbehorende zorg uit te voeren wanneer zij over de benodigde kennis beschikken. Zonder deze kennis is het lastig om te bepalen wat de behoeften, wensen, doelstellingen en prioriteiten in de zorg voor de cliënt zijn (McCabe, Mellor, Davison, Hallford & Goldhammer, 2012). Mede door de invloed van scholingen is het mogelijk om op een verantwoorde wijze de juiste zorg te leveren.

### 2.3.2 Wat is het belang van scholing voor zorgprofessionals?

Door de snelheid van ontwikkelingen in de zorg is voortdurende investering in kennis door middel van scholingen een vereiste. Op deze manier wordt veroudering van kennis en vaardigheden tegengegaan, waardoor de inzetbaarheid van de zorgprofessionals wordt vergroot. Uit onderzoek blijkt zelfs dat scholing van oudere werknemers de productiviteit meer verhoogt dan die van jongere werknemers. Dit komt doordat er bij scholing sprake is van eigenbelang voor deze werknemer. De werknemer heeft zo namelijk een verkleinde kans op werkloosheid en mogelijk een hoger loon. Daarnaast heeft de werkgever ook eigenbelang in de vorm van een hogere toekomstige productiviteit. Ook is scholing erg goed voor zorgprofessionals die net hun diploma hebben behaald. Uit onderzoek blijkt namelijk dat zij door scholing meer kennis krijgen en een meer waardevolle bijdrage in het team konden leveren. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat de invloed van ervaring en die van het team waarin de zorgprofessional werkt, erg groot is. Zorgprofessionals voelen zich daardoor namelijk meer op hun gemak (Goudswaard & Caminada, 2009; Moir, Roberts, Martz, Perry & Tivis, 2015; Ward & Wright, 2004).

### 2.3.3 Hoe ziet het onderwijsaanbod gericht op palliatieve zorg er momenteel uit binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland?

De studentonderzoekers gaan zich de komende maanden richten op de scholingen binnen de zorgpartijen die aangesloten zijn bij het NPZZG. Dit zijn de volgende zorgpartijen: ZZG Zorggroep; De Waalboog; Kalorama; Zorggroep Maas & Waal; Stichting LuciVer; TVN Zorg; Huisartskring Rijk van Nijmegen; Radboudumc en CWZ (Straaten, 2015). De inhoud van de scholingen gericht op palliatieve zorg verschilt per zorgpartij. De scholing binnen Huisartskring Rijk van Nijmegen zijn echter niet van belang voor het onderzoek, omdat dit om huisartsen gaat. Om deze reden wordt hier niet verder op ingegaan.

- ZZG Zorggroep is een thuiszorgorganisatie en heeft ongeveer 3000 professionals aan zich verbonden, die zijn onderverdeeld in 60 zelfsturende teams. ZZG maakt gebruik van scholingen die op maat zijn gemaakt en worden gegeven door verpleegkundig specialisten. Kijkend naar palliatieve zorg heeft ZZG twee grote scholingen: één voor niveau 3 en één voor niveau 4 en 5. De inhoud van deze scholingen verschilt per niveau. De scholing voor niveau 3 bestaat onder andere uit 'signalering in de palliatieve fase' en 'signalering palliatieve zorg via signaleringsbox'. De scholing voor niveau 4 en 5 bestaat daarentegen onder andere uit 'palliatieve zorg in de eerste lijn', 'palliatief redeneren bij oncologische cliënten' en 'lichamelijke klachten en symptomen' (Straaten, 2015);
- De Waalboog is een organisatie voor zorg welzijn en wonen en bevat een hospice. Het telt ongeveer 100 medewerkers en 400 vrijwilligers, verdeeld over 6 locaties. Zij werken, met betrekking op de scholingen, onder andere vanuit een meerjarig opleidingsplan, gericht op palliatief terminale zorg. De Waalboog ontwikkelt deels zelf de scholingen en maken tevens gebruik van het Scholingsprogramma IKNL en Sterfstijlen. Het Scholingsprogramma IKNL bestaat uit 'stappenplan van de



signaleringskaart', 'het verzamelen van gegevens' en 'informatie over symptomen, en wat er mee te doen'. De inhoud van het programma Sterfstijlen bestaat daarentegen uit informatie over de vijf sterfstijlen (Straaten, 2015);

- Stichting Kalorama is een zorgorganisatie met verschillende verpleeghuizen en een hospice. Het telt plus minus 700 medewerkers en 350 vrijwilligers. Deze zorgpartij maakt tevens gebruik van het Scholingsprogramma IKNL en het Zorgpad Stervensfase (Straaten, 2015);
- Zorggroep Maas & Waal is een zorgorganisatie met verschillende verpleeg- en verzorgingshuiszorg, een hospice en een thuiszorgteam. Het heeft ongeveer 1000 medewerkers, verdeeld over 7 locaties in de regio Maas en Waal. Met betrekking op palliatieve scholing maakt Zorggroep Maas & Waal gebruik van een aantal voorbeelden uit de praktijk. Dit zijn 'Zorgpad Stervensfase', 'Sterven op je eigen manier' en 'Signalering in de palliatieve fase'. Binnen deze zorginstelling hebben 8 medewerkers de training gevolgd en zij zijn dan ook in staat om de overige medewerkers te scholen (Straaten, 2015);
- Stichting LuciVer bestaat uit verpleeg- en/of verzorgingshuizen en een thuiszorgteam. Het beschikt over ongeveer 225 medewerkers, waarvan het grootste deel verzorgenden zijn. De inhoud van de scholingen wordt binnen de organisatie samengesteld. Op het gebied van palliatieve zorg bestaan desbetreffende scholing uit een tweetal scholingen per jaar. Tijdens het samenstellen van de scholingen wordt gekeken naar de behoeften van de medewerkers en naar de actuele ontwikkelingen uit het netwerk van de opleidingsfunctionaris (Straaten, 2015);
- TvN Zorgt is een thuiszorgorganisatie, waarin wordt gewerkt met zowel vaste medewerkers in dienst als zelfstandige zorgprofessionals. Deze Zelfstandigen Zonder Personeel (ZZP'ers) hebben de grootste invloed op de activiteiten van de organisatie, aangezien de scholingen op verzoek van de ZZP'ers worden aangeboden. De inhoud van dergelijke scholingen verschilt dus ook per scholing (Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, 2014).
- In het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) werken vele disciplines en specialismes nauw met elkaar samen. Scholingen gericht op palliatieve zorg zijn bij het CWZ nog volop in ontwikkeling. Het streven is dat dergelijke scholingen in de toekomst nadrukkelijker aanwezig zullen zijn in het scholingsaanbod (Straaten, 2015);
- Tot slot is het ziekenhuis Radboudumc een van de betrokken zorgpartijen binnen het NPZZG. In het Radboudumc vindt op het gebied van scholingen vrijwel geen samenwerking tussen de diverse afdelingen plaats. De afdelingen hebben namelijk de beschikking over een eigen budget die zij kunnen besteden aan scholingen. Ook kunnen zij de invulling van dergelijke scholingen zelf invullen, aan de hand van signaleringen op de werkvloer (Straaten, 2015).

#### 2.4 Relevantie voor verzorgende en verpleegkundige beroepspraktijk

Omdat de verzorgenden en verpleegkundigen veel aan het bed van de cliënt staan, kunnen zij de behoeften van de cliënt en naaste(n) goed observeren en hierop inspelen. Hiervoor is het belangrijk dat zowel de verzorgende als de verpleegkundige proactief kan optreden, maar dit kan alleen met de benodigde kennis. Zonder deze kennis is het moeilijk te achterhalen wat de behoeften, wensen, doelstellingen en prioriteiten zijn in de zorg voor de cliënt. Om die reden is het belangrijk om kennis te behouden en nieuwe kennis op te doen, bijvoorbeeld met behulp van collega's (McCabe, et al., 2012; Morgan, 2008). Om dit te kunnen waarborgen is scholing gericht op palliatieve zorg van belang. Ook kan hieruit worden gehaald dat de verzorgende beroepsrollen en verpleegkundige beroepsrollen hierbij van toepassing zijn (Pool, Pool-Tromp, Veltman-van Vugt & Vogel, 2001). Zowel de rol van zorgverlener als die van regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar komen naar voren. Echter is de rol van ontwerper geen beroepsrol van de verzorgende (Mast & Meerveld, 2004). Zorgverlener komt naar voren bij het verlenen van de zorg aan zowel de

cliënt als de naaste(n); regisseur doordat de verzorgende of verpleegkundige de zorgactiviteiten het beste kan afstemmen, omdat hij/zij weet hoe de situatie ervoor staat; ontwerper omdat de verpleegkundige handelt volgens richtlijn, maar zo nodig ook kan verantwoorden waarom hij/zij hiervan afwijkt; coach omdat de verzorgende of verpleegkundige met behulp van collega's nieuwe kennis krijgt; en beroepsbeoefenaar omdat de verzorgende of verpleegkundige kennis op peil houdt door middel van onderzoek en scholing. Scholing gericht op palliatieve zorg is dus duidelijk relevant voor het verpleegkundig beroep. De verantwoordelijkheid voor het volgen van deze scholingen ligt in principe bij het verplegend personeel zelf. Echter is de zorgorganisatie verantwoordelijk om goede kwaliteit van zorg te bieden aan de cliënten (Schuijt-Nederlof, 2014).



### 3. Methode van onderzoek

*In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Allereerst komen het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie en de werving van de respondenten aan bod. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de dataverzameling, -verwerking en -analyse. Tot slot worden de zorgvuldigheidseisen beschreven.*

#### 3.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is sprake van een kwalitatief design. Kwalitatief onderzoek is gericht op het krijgen van inzicht in hoe de doelgroep de werkelijkheid ervaart, beleeft en betekenis geeft aan een bepaalde situatie (Migchelbrink, 2009). Tijdens dit onderzoek staan de achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de zorgprofessionals, die werkzaam zijn binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, centraal. Dit maakt het onderzoek een inventariserend kwalitatief onderzoek. Migchelbrink (2009) geeft aan dat een inventariserend onderzoek bestaat uit het in beeld brengen, inventariseren en beschrijven van verschijnselen. In dit onderzoek wordt onderzocht hoe zorgprofessionals, werkzaam binnen het NPZZG, denken over de scholingen gericht op palliatieve zorg en welke scholingsbehoeften zij hebben. Tevens past dit onderzoeksdesign bij de deelvraag, waarbij onderzoek wordt gedaan naar hoe gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten denken over welke scholingsonderwerpen nodig zijn voor de overige zorgprofessionals. Hierbij komen namelijk ook de kenmerken van het inventariserend kwalitatief onderzoek aan bod.

#### 3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen de verschillende organisaties van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. Hieronder behoren verzorgenden, verpleegkundigen niveau 4 en 5, verpleegkundig specialisten palliatieve zorg en gespecialiseerd palliatief verpleegkundigen. De zorgprofessionals zijn geselecteerd door middel van een getrapte steekproef. Genoemde steekproef bestaat uit meerdere steekproeftrekkingen. Deze worden in diverse stadia afzonderlijk en in opvolging van elkaar verricht (Baarda, Goede & Teunissen, 2009). De grootte van de steekproef wordt in principe bepaald door saturatie. Dit wil zeggen dat er net zoveel interviews worden afgenomen totdat de onderzoekers er zeker van zijn dat het afnemen van meerdere interviews geen nieuwe informatie zal opleveren (Lucassen & Hartman, 2007). In overleg met de opdrachtgevers is gekozen om het aantal interviews af te bakenen tot maximaal twaalf interviews. De voornaamste reden hierin was de beperkt beschikbare tijd.

De eerste steekproef heeft zowel betrekking op deelvraag 1: "Welke vaardigheden, kennis en attitude hebben de gediplomeerde zorgprofessionals, werkzaam binnen het NPZZG, nodig bij het uitvoeren van palliatieve zorg?" als op deelvraag 2: "Hoe denken gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg over welke onderwerpen van scholing, gericht op palliatieve zorg, nodig zijn voor de overige zorgprofessionals?". De tweede steekproef heeft betrekking op deelvraag 2 en de derde steekproef op deelvraag 1.

De eerste steekproeftrekking bestaat uit een clustersteekproef. Verhoeven (2014) geeft aan dat het bij een clustersteekproef gaat om 'bestaande' groepen die op een aantal kenmerken veel op elkaar lijken. Op grond van de volgende inhoudelijke redeneringen worden in dit geval diverse organisaties geselecteerd. Uit eerder onderzoek is gebleken dat een aantal organisaties binnen NPZZG gebruikmaken van dezelfde scholingen (Straaten, 2015). Denk hierbij aan het scholingsprogramma van IKNL en 'Zorgpad Stervensfase'. Het is ook van belang dat alle verschillende zorgsettingen worden betrokken bij het onderzoek, zodat er vanuit verschillende perspectieven naar de deelvraag wordt gekeken. Deze zorgsettingen zijn ziekenhuizen, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en hospices.

De clustersteekproef is in overleg met de opdrachtgever uitgevoerd. De volgende organisaties zijn benaderd: Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Stichting LuciVer, ZZG Zorggroep, TvN Zorgt, Zorggroep Maas en Waal, Kalorama (Bethlehem en Veste

Brakkenstein) en Stichting De Waalboog (afdeling de Linde). Echter heeft Stichting de Waalboog niet toegestemd in deelname aan het onderzoek in verband met gebrek aan tijd en de kosten voor de afdeling. De overige benaderde organisaties hebben ingestemd met deelname aan het onderzoek.

De tweede steekproeftrekking bestaat uit een selecte steekproef, namelijk de doelgerichte steekproef. Verhoeven (2014) omschrijft dit als een steekproef waarbij sprake is van selectie op basis van bepaalde kenmerken. Bij dit onderzoek houdt dit in dat de studentonderzoekers de namen en functies bekijken van de verkregen lijsten via de leidinggevendenden. Hieruit wordt een selectie gemaakt waarin alleen verpleegkundig specialisten palliatieve zorg en gespecialiseerd palliatief verpleegkundigen voorkomen. Het streven van de studentonderzoekers was om minimaal één zorgprofessional per zorgsetting te benaderen. Dit is dan ook gelukt. Hierna wordt gekeken naar het aantal overgebleven interviews, nadat de verpleegkundig specialisten palliatieve zorg en gespecialiseerd palliatief verpleegkundigen zijn geselecteerd. Vervolgens vond de derde steekproef plaats: een enkelvoudig aselechte steekproef voor de overgebleven aantal interviews. Volgens Verhoeven (2014) houdt deze methode in dat er willekeurig een steekproef wordt getrokken uit een bestand. Deze willekeurige steekproef is gedaan met de namenlijsten die de leidinggevendenden hebben gestuurd. Uit deze lijsten zijn willekeurig zorgprofessionals geselecteerd voor deelname aan het onderzoek. Dit is gedaan door gebruik te maken van loting. Het streven van de studentonderzoekers was om minimaal drie zorgprofessionals per zorgsetting te benaderen.

Er zijn, met betrekking tot de steekproef, een aantal inclusie- en exclusiecriteria gesteld. Deze criteria worden weergegeven in Tabel 1: gestelde inclusie- en exclusiecriteria, gericht op de steekproef. Om een correcte mening te kunnen vormen omtrent de scholingsbehoeften en de palliatieve zorg in het algemeen, zijn de zorgprofessionals geïncludeerd die minimaal één maal per maand palliatieve zorg verlenen. Daarentegen zijn de vrijwilligers, stagiaires en leerlingen uitgesloten van deelname aan het onderzoek, aangezien zij mogelijk geen reëel beeld van de scholingsbehoeften omtrent palliatieve zorg kunnen vormen. Ook zijn helpenden geëxcludeerd omdat dit een kleine groep is onder het personeel binnen NPZZG. Voor deze doelgroep worden binnen het netwerk bijna geen scholingen, betreffende palliatieve zorg, georganiseerd. Hierdoor hebben helpenden geen toegevoegde waarde voor het onderzoek; zij zijn geen representatieve groep. Het plan was om als inclusie criterium te stellen dat de zorgprofessionals in het afgelopen jaar minimaal één scholing omtrent palliatieve zorg hebben bijgewoond, in organisaties binnen het NPZZG. Echter bleek dit niet haalbaar gedurende het onderzoek, doordat bij veel organisaties weinig scholing wordt gegeven.

	<b>Inclusiecriteria</b>	<b>Exclusiecriteria</b>
<b>Zorgprofessionals NPZZG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gediplomeerde zorgprofessionals binnen organisaties van NPZZG;</li> <li>- Minimaal één scholing, gericht op palliatieve zorg tijdens het afgelopen jaar, bijgewoond;</li> <li>- De zorgprofessional in kwestie verleent minstens eenmaal per maand palliatieve zorg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vrijwilligers;</li> <li>- Stagiaires en leerlingen;</li> <li>- Helpenden.</li> </ul>

Tabel 1: Gestelde inclusie- en exclusiecriteria, gericht op de steekproef.

### 3.3 Werving respondenten

Voor de werving van de respondenten hebben de studentonderzoekers een document van de opdrachtgever ontvangen, met daarin een overzicht van zorgorganisaties die aangesloten zijn binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. De betreffende zorgorganisaties

zijn al in een eerder stadium door de opdrachtgever benaderd, namelijk bij onderzoek over de huidige inhoud van de scholingen gericht op palliatieve zorg. De opdrachtgever heeft in eerste instantie de diverse organisaties benaderd, aangezien hij daar al bekend was en kon aangeven dat deelname aan het onderzoek belangrijk is. De werving van de respondenten begon vervolgens middels een e-mail naar de leidinggevenden en/of seniorverpleegkundigen van betreffende zorgorganisatie. In deze mail werd om toestemming gevraagd en werd besproken welke zorgprofessionals aan het onderzoek konden deelnemen. De e-mail is terug te vinden in *bijlage 6*. Vervolgens werden de zorgprofessionals individueel benaderd door middel van een mail. In deze mail werd uitleg gegeven over het onderwerp en doel van het onderzoek, hoe de gegevens zouden worden verzameld en hierin stonden de contactgegevens van de studenten. Zie *bijlage 7* voor een uitwerking van deze mail. Tevens werden de zorgprofessionals individueel benaderd om data en tijdstippen af te spreken voor het afnemen van de interviews. Het is belangrijk om de respondenten voorafgaand aan het onderzoek op de hoogte te stellen van het onderzoeksproces. Op basis hiervan dienen de zorgprofessionals toestemming te geven, ook wel 'informed consent' genoemd (Baarda, 2014). Voordat werd gestart met het afnemen van interviews, gaven de zorgprofessionals (schriftelijk) toestemming met betrekking tot deelname aan het onderzoek, het opnemen van interviews met behulp van audioapparatuur en het verzekeren van privacy. Het informed consent staat in *bijlage 8*. Deze methode van werving van respondenten is bij beide deelvragen toegepast. Dit omdat het bij beide deelvragen van belang is om eerst na te gaan welke zorgprofessionals beschikbaar zijn in de relevante organisaties en daarna om contact te leggen met de respondenten zelf.

### 3.4 Dataverzameling

De dataverzameling heeft mondeling plaatsgevonden door middel van semi-gestructureerde interviews die in een individueel face-to-face gesprek zijn afgenomen. De respondenten mochten zelf aangeven of het interview op de eigen afdeling of op een andere rustige locatie plaats vond. Het is van belang dat de omgeving, waarin het interview wordt gehouden, rustig is. Op deze manier kan het interview ongestoord worden afgenomen. De tijd die voor het houden van een interview moest worden gereserveerd is 60 minuten. In de praktijk was dit vaak korter, maar er moest rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat het uitliep. Tevens werd voor de start van het interview vermeld dat de respondent zich altijd terug mag trekken van deelname aan het onderzoek. Tijdens het houden van de interviews werd gebruik gemaakt van een interviewgide die een aantal gespreksthema's bevat met, per thema, een aantal openings- en voorbeeldvragen. In deze interviewgide is tevens aandacht besteed aan het interview met gespecialiseerd palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg. De interviewgide werd tijdens de interviews gebruikt als leidraad. Het was aan de interviewer zelf om te beslissen of een thema voldoende aan bod is gekomen. Dit werd gedaan door in de interviewgide aantekeningen te maken door middel van steekwoorden of het onderstrepen van onderdelen. Hierdoor wordt duidelijk welke onderwerpen al aan bod gekomen zijn en waarop nog moet worden terug gekomen (Baarda, 2014). Ook werden er tijdens de interviews, na toestemming van de respondent, geluidsopnamen gemaakt. Dit heeft diverse voordelen, namelijk: de aandacht kan onvoorwaardelijk gericht worden op de zorgprofessional, achteraf is er een letterlijke weergave van het gesprek en het kan zo vaak terug worden geluisterd als wenselijk is (Verhoeven, 2014).

#### 3.4.1 Toelichting semi-gestructureerd interview

Bij het semi-gestructureerde interview, ook wel halfopen interview genoemd, gaat het om individuele vraaggesprekken, waarin op een snelle manier veel informatie wordt verzameld. Het verkrijgen van een overzicht van de variaties van een verschijnsel en de omstandigheden die ermee te maken hebben, is het voornaamste doel van dit type interviewonderzoek. Deze onderzoeksvorm is gegrond op de meningen, ervaringen en betekenissen zoals die leven bij de respondenten. Een algemeen kenmerk van dit type

onderzoek is dat in de beginfase nog niet precies duidelijk is wat er speelt in het veld van het onderzoek (Lucassen & Hartman, 2007). Dit alles maakt het semi-gestructureerde interview een geschikt instrument om te gebruiken bij het onderzoek, omdat dit een precieze beschrijving geeft van dit onderzoek.

### 3.4.2 Toelichting individuele face-to-face gesprekken

Er zijn verschillende mogelijkheden om een interview te houden: telefonisch, op papier en face-to-face (Verhoeven, 2014). Om een keuze te maken hebben de studentonderzoekers de voor- en nadelen van de mogelijkheden met elkaar vergeleken. Er is voor gekozen om het interview mondeling uit te voeren, aangezien mondeling meer geschikt is voor open en ingewikkelde vragen, hierbij goede controle van invullen plaats kan vinden en er over het algemeen relatief weinig sprake is van non-response. Er is niet voor een telefonisch interview gekozen, omdat hierbij de non-verbale communicatie niet zichtbaar is. Daardoor bestaat de mogelijkheid dat er geen goed beeld wordt verkregen van hoe de respondent daadwerkelijk denkt (Verhoeven, 2014; Have, 2006). Na vergelijking is gekozen om gebruik te maken van individuele face-to-face gesprekken. De voornaamste reden hiervoor is dat bij groeps gesprekken de mogelijkheid bestaat dat iemand die gemakkelijk spreekt het voortouw neemt, waardoor anderen de neiging kunnen hebben om daarin mee te gaan en zodoende dus niet hun eigen mening geven (Verhoeven, 2014).

### 3.4.3 Toelichting interviewgide

Voor het maken van de interviewgide is gebruik gemaakt van de probleemstelling, het theoretisch kader en de gevonden literatuur. Hierbij werd gekeken naar de thema's die in de literatuur werden beschreven omtrent palliatieve zorg en scholing over palliatieve zorg. De interviewgide is bijgevoegd in *bijlage 9*. De interviewgide is voorgelegd aan de opdrachtgevers, de docentbegeleider en medestudenten. Het is verder belangrijk om juiste interviewtechnieken toe te passen voor het verkrijgen van goede informatie (Migchelbrink, 2009). De studentonderzoekers zijn gaan zoeken in literatuur hoe zij de interviewtechnieken het best kunnen toepassen en waar op gelet moet worden. Dit wordt beschreven in *bijlage 10*. Ook is het belangrijk om te toetsen of er fouten in het interview aanwezig zijn, of de volgorde van de vragen juist is, of de vragen goed 'lopen' en of er nog iets ontbreekt. Dit kan door een keer proef te draaien en wordt ook wel 'pilotinterview' genoemd (Migchelbrink, 2009; Verhoeven, 2014). Er is een pilotinterview afgenomen met een zorgprofessional binnen Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. De keuze hiervoor is gevallen doordat zij binnen de doelgroep valt, waardoor diegene een goede proefpersoon is. Ook wist deze persoon niet te veel van de theorie wat betreft dit onderzoek, zodat zij de vragen niet zelf kan invullen als deze niet duidelijk zijn. Uit het pilotinterview bleek dat het niet nodig was om de interviewgide aan te passen.

## 3.5 Dataverwerking en analyse

De opgenomen interviews zijn getranscribeerd. Dit wil zeggen dat letterlijk is uitgetypt wat in de interviews werd gezegd. Dit is gedaan in het tekstverwerkingsprogramma Microsoft Office Word. Het streven was om het transcriberen te laten plaatsvinden binnen een week na afname van het interview om zodoende te voorkomen dat het werk zich opstapelt (Saunders, Lewis, Thornhill, Booij & Verckens, 2011). Gemaakte notities tijdens het interview zijn ingevoegd in de getranscribeerde teksten door het te plaatsen bij 'opmerking'. De getranscribeerde interviews kunnen op eenvoudige wijze worden teruggevonden, doordat deze onder unieke namen worden opgeslagen. Bij de verwerking zijn de namen van de respondenten vervangen door codes, zodat de anonimiteit gewaarborgd wordt (Baarda, 2014). Na het transcriberen vond member checking plaats. Dit houdt in dat de studentonderzoekers de getranscribeerde interviews door de respondent zelf hebben laten nalezen, om zo te zien of de gegevens klopten en of er iets uit gehaald moest worden (Baarda, 2014). Hierna werden de volgende stappen uitgevoerd die zijn samengesteld aan de hand van literatuur (Baarda, 2014; Migchelbrink, 2009; Verhoeven, 2014):

1. Uiteenrafelen van gegevens: de eerste drie getranscribeerde interviews werden door beide studentonderzoekers ieder apart verdeeld in kleine fragmenten die bij elkaar passen en eventuele niet relevante stukken werden geschraapt.
2. Coderen: het omschrijven van een fragment in één of enkele woorden.  
Fragmenten die gecodeerd zijn, werden in aparte Word documenten gezet. De code werd achter het fragment aangegeven in een bepaalde kleur. Dezelfde codes kregen dezelfde kleur voor een goed overzicht. Niet-relevante stukken zijn verwijderd uit het hoofddocument en in een apart Word document opgeslagen. De wijze van coderen staat aangegeven in *bijlage 11*.
3. Nalezen van gebruikte codes: er werd nagegaan of voor vergelijkbare fragmenten dezelfde codes zijn gebruikt en of dit eventueel aangepast moest worden.
4. Codes onder een categorie plaatsen: er werd gezocht naar codes die iets gemeenschappelijks hebben. Deze werden samengevoegd onder een nieuwe code, ofwel categorie.  
De code werd achter het fragment aangegeven in een bepaalde kleur. Dezelfde codes kregen dezelfde kleur voor een goed overzicht.
5. Rangorde aanbrengen in de categorieën: de categorieën werden op een rij gezet van belangrijk naar minder belangrijk.
6. Beide coderingen van de studentonderzoekers met elkaar vergelijken: op basis van argumenten werd een beslissing gemaakt over de meest geschikte codering.
7. Vaststellen of de codes uit de eerste drie interviews geschikt zijn voor volgende interviews: zonodig werden voorgaande stappen opnieuw doorlopen voor de rest van de interviews.
8. Verbanden en combinaties zoeken tussen de codes en deze in verband brengen met de probleemstelling: er werd gekeken welke categorieën invloed op elkaar hebben. Ook werd er gekeken of er een antwoord kon worden gegeven op de hoofdvraag en deelvragen, door middel van de antwoorden, en of er informatie ontbrak.

### 3.6 Zorgvuldigheidseisen

*De werkwijze, analyse en de conclusies die getrokken worden, moeten juist en controleerbaar zijn. Dit zorgt voor een hogere kwaliteit van het onderzoek en de daaruit volgende conclusies. In deze paragraaf wordt aan de hand van de begrippen geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid beschreven hoe in dit onderzoek de kwaliteit gewaarborgd wordt.*

#### 3.6.1 Geloofwaardigheid

De geloofwaardigheid (credibility) is de mate waarin personen buiten het onderzoek geloof hechten aan de resultaten en conclusies van het onderzoek. Dit hangt af van de kwaliteit van het onderzoek op het vlak van logische samenhang, gebruikte onderzoeksmethoden en -technieken. Punten ter verhoging van de geloofwaardigheid zijn: member checking, zowel open als gerichte aandacht, triangulatie, adequate wijze van vastleggen en bewaren van gegevens en peer-debriefing (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2012; Migchelbrink, 2009). Bij dit onderzoek werd gebruik gemaakt van al deze aspecten. Member checking is toegepast door terugkoppeling na het transcriberen van de interviews naar de respondenten. Zowel open als gerichte aandacht is toegepast doordat er gebruik werd gemaakt van een semi-gestructureerd interview. Ook werd gebruik gemaakt van triangulatie van onderzoekers. Dit is gedaan doordat beide studentonderzoekers apart de interviews hebben geanalyseerd. Een adequate wijze van vastleggen en bewaren van gegevens werd toegepast door een logboek bij te houden. Als laatste werd peer-debriefing toegepast door het meetinstrument voor te leggen aan inhoudsdeskundigen, namelijk aan de opdrachtgevers, de docentbegeleider en medestudenten. Verder werd het toegepast door het voor te leggen aan drie buitenstaande personen. Ook werd dit toegepast door het afnemen van een pilotinterview. De verkregen feedback op het concept is verwerkt.



### 3.6.2 Verplaatsbaarheid

De verplaatsbaarheid (transferability) is de mate waarin de resultaten ook in een andere situatie gebruikt kunnen worden. Om de verplaatsbaarheid te verhogen, dient de onderzoekspopulatie op een dusdanige manier samengesteld te zijn dat het geen betrekking heeft op een klein onderdeel. Er moet een duidelijke beschrijving zijn van de populatie, zodat lezers weten of het toepasbaar is in hun situatie (Cox et al., 2012). Bij dit onderzoek gaat het om resultaten die betrekking hebben op de organisaties binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. Het hoeft dus niet verplaatsbaar te zijn naar andere netwerken en organisaties.

### 3.6.3 Plausibiliteit

De plausibiliteit (dependability) gaat over de mate van samenhang van gegevens en bevindingen. Het onderzoeksproces, de analyses en gemaakte keuzen moeten duidelijk worden beschreven. De plausibiliteit in een onderzoek wordt vergroot door van de interviews geluidsopnamen te maken, om de kans op verlies van gegevens te verkleinen. Daarnaast werden de interviews getranscribeerd en lazen andere onderzoekers, namelijk opdrachtgevers, docentbegeleider, medestudenten en meelezers, het onderzoek waardoor de plausibiliteit ook werd verhoogd. Verder werd de plausibiliteit verhoogd door een pilotinterview af te nemen, een member check uit te voeren en doordat er sprake is van triangulatie van onderzoekers (Cox et al., 2012; Hollands, Hendriks, Ariëns & Verheggen, 2005). In dit onderzoek worden deze onderdelen allemaal toegepast, zoals ook is te lezen in paragraaf 3.4 *Dataverzameling* en paragraaf 3.5 *Dataverwerking en analyse*. Daarnaast wordt de plausibiliteit van het onderzoek positief beïnvloed doordat er gebruik is gemaakt van de COREQ<sup>5</sup> checklist (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). Door deze checklist te gebruiken als handvat bij het schrijven van het verslag wordt de samenhang van gegevens en bevindingen verbeterd.

### 3.6.4 Verifieerbaarheid

De verifieerbaarheid (confirmability) heeft betrekking op de mate waarin de resultaten gebaseerd zijn op de bijdragen van de ondervraagden en niet op de vooringenomen standpunten van de onderzoekers. De technieken die in dit onderzoek zijn gebruikt om de overtuigingskracht te vergroten zijn het bijhouden van een logboek en member checking. Dit staat beschreven in paragraaf 3.5 *Dataverwerking en analyse*.

### 3.6.5 Juridische en ethische aspecten

Er is zorgvuldig met de onderzoeksgegevens, die betrekking hebben op dit onderzoek, omgegaan. Er is toestemming gevraagd aan de zorgprofessionals voor het afnemen en opnemen van de interviews. Dit staat beschreven in paragraaf 3.3 *Werving respondenten*. Ook werd de privacy van de zorgprofessionals bewaakt door de persoonsgegevens alleen voor de studentonderzoekers en opdrachtgevers beschikbaar te laten zijn. De persoonsgegevens komen dan ook niet in het onderzoek naar voren komen. Verder worden de gegevens zorgvuldig bewaard. De gegevens werden namelijk alleen op de computer van de studentonderzoekers opgeslagen. De uiteindelijke eigenaar van de gegevens is de opdrachtgever. Aan het eind van het onderzoek werden de onderzoeksgegevens dan ook overhandigd aan de opdrachtgever. Daarnaast zijn de gegevens, die opgeslagen zijn op de computers van de studentonderzoekers, vernietigd.

### 3.6.6 Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek

In de Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek voor het HBO worden vijf gedragsregels beschreven (Mintjes, 2011). Hieronder wordt aangegeven welke gedragsregels het zijn en hoe daar bij dit onderzoek rekening mee is gehouden. Onderzoekers aan het HBO:

- dienen het professionele en maatschappelijke belang: Met dit onderzoek werd waardevolle

---

<sup>5</sup> De COREQ checklist bevat 32 items om de kwaliteit van een kwalitatief onderzoeksverslag te verhogen.

informatie verkregen over welke scholingsbehoeften zorgprofessionals hebben wat betreft palliatieve zorg en, aan de hand daarvan, waar bij scholing van palliatieve zorg meer aandacht aan moet worden besteedt. Inzicht hierin heeft voordelen voor cliënten (maatschappelijk belang) en zorgprofessionals (professioneel belang).

- zijn respectvol: Tijdens het onderzoek werd rekening gehouden met de privacy van respondenten, zie hiervoor paragraaf 3.6.5 *Juridische en ethische aspecten*. Ook werd rekening gehouden met opvattingen van de zorgprofessionals. Deze werden geaccepteerd en niet beïnvloed.
- zijn zorgvuldig: Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van betrouwbare bronnen, namelijk van wetenschappelijke artikelen, studieboeken, betrouwbare websites en informatie van de opdrachtgevers. Ook werd bij het semi-gestructureerde interview rekening gehouden met de regels die hierop van toepassing zijn.
- zijn integer: De bronvermelding is adequaat volgens de APA-richtlijnen. Daarnaast zijn de studentonderzoekers aanspreekbaar op gedrag, zelfstandig in het analyseren en onpartijdig bij het schrijven van rapportage. Ook werd adequaat omgegaan met gekregen feedback.
- verantwoord hun keuzes en gedrag: De relevantie van het onderzoek wordt weergegeven in hoofdstuk 2. *Theoretisch kader*. Ook worden in het ontwerpplan keuzes onderbouwd met relevante en recente literatuur. Daarnaast staan in het logboek keuzes onderbouwd. Verder werden de geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit en verifieerbaarheid verantwoord, zie hiervoor paragraaf 3.6 *Zorgvuldigheidseisen*.

## 4. Resultaten

*In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Als eerste wordt een korte beschrijving gegeven van de onderzoekspopulatie en de context van het onderzoek. Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek beschreven op basis van de hoofd- en subthema's die naar voren zijn gekomen gedurende de analyse.*

### 4.1 Onderzoekspopulatie

In zijn totaliteit waren negentien zorgprofessionals beschikbaar om deel te nemen aan het onderzoek. Bij twaalf van hen is daadwerkelijk een interview afgenomen, omdat de tijd niet toereikend was voor meer interviews.

Het interview startte met het vragen naar een aantal demografische gegevens, om zo een goed beeld te krijgen van de groep respondenten en om te kunnen vergelijken of deze gegevens invloed hebben op de resultaten.

Van de twaalf respondenten waren er twee werkzaam binnen een ziekenhuis op afdeling Oncologie, één binnen een ziekenhuis in het consultteam palliatieve zorg, drie binnen een thuiszorgorganisatie, drie binnen een verzorgings- of verpleeghuis en drie binnen een hospice. Onder de respondenten waren elf vrouwen en één man, de leeftijd varieerde van 24 tot en met 59 jaar. Van de twaalf respondenten zijn er drie verzorgenden en vier verpleegkundigen van niveau 4. Van de laatste groep is er één gespecialiseerd tot oncologieverpleegkundige en twee tot palliatief verpleegkundige. Ook nemen drie verpleegkundigen van niveau 5 deel aan het onderzoek. Van deze verpleegkundigen is er één gespecialiseerd tot oncologieverpleegkundige. Daarnaast nemen twee verpleegkundig specialisten palliatieve zorg deel aan het onderzoek. Alle respondenten hadden de Nederlandse nationaliteit. Het totale aantal jaren werkervaring van de respondenten varieerden tussen 5,5 en 35 jaar en het aantal jaren werkervaring binnen de palliatieve zorg varieerden tussen 2,5 en 28 jaar. Een overzicht van deze gegevens staan in Tabel 2.

Respondent	Leeftijd	Geslacht	Nationaliteit	Opleiding	Functie	Zorgsetting	Werkervaring in zorg	Werkervaring in palliatieve zorg
1	49	Vrouw	Nederlandse	MDGO-Vz	Verzorgende	Thuiszorg	30 jaar	28 jaar
2	54	Vrouw	Nederlandse	Verpleegkundige A	Gespecialiseerd palliatief verpleegkundige	Verzorgings-/verpleeghuis	35 jaar	15 jaar
3	28	Vrouw	Nederlandse	Master Advanced Nursing Practice	Verpleegkundig specialist palliatieve zorg	Ziekenhuis	11 jaar	11 jaar
4	36	Vrouw	Nederlandse	HBO-v	Oncologie-verpleegkundige	Ziekenhuis	13,5 jaar	13,5 jaar
5	50	Man	Nederlands	Verpleegkundige A	Verpleegkundige	Hospice	12,5 jaar	12,5 jaar
6	34	Vrouw	Nederlandse	HBO-v	Verpleegkundige	Thuiszorg	15 jaar	5 jaar
7	41	Vrouw	Nederlandse	Verpleegkundige A	Oncologie-verpleegkundige	Ziekenhuis	16 jaar	16 jaar
8	24	Vrouw	Nederlandse	HBO-v	Coördinerend verpleegkundige	Verzorgings-/verpleeghuis	5,5 jaar	2,5 jaar
9	59	Vrouw	Nederlandse	Verpleegkundige A	Gespecialiseerd palliatief verpleegkundige	Hospice	25 jaar	20 jaar
10	33	Vrouw	Nederlandse	Master Advanced Nursing Practice	Verpleegkundig specialist palliatieve zorg	Thuiszorg	14 jaar	14 jaar
11	29	Vrouw	Nederlandse	Verzorgende IG	Verzorgende IG	Hospice	13 jaar	5 jaar
12	33	Vrouw	Nederlandse	Verzorgende IG	Verzorgende IG	Verzorgings-/verpleeghuis	13 jaar	6 jaar

Tabel 2: Overzicht van demografische gegevens van de respondenten.



## 4.2 Contextbeschrijving

Nadat de demografische gegevens tijdens het interview aan bod waren gekomen, hebben de studentonderzoekers een aantal vragen gesteld over de algemene werkzaamheden van de respondenten in de palliatieve zorg. Hierbij is gebruik gemaakt van de definitie van palliatieve zorg volgens de WHO. Door middel van de antwoorden konden de studentonderzoekers een beeld vormen van de context waarin de respondenten werkzaam zijn. Met name van de hoedanigheid van palliatieve zorg en de mate waarin dit voorkomt in de verschillende zorgsettingen.

Per zorgsetting bestaat een onmiskenbaar verschil in de mate waarin palliatieve zorg voorkomt. Het verlenen van palliatieve zorg komt onder de respondenten dan ook in verschillende frequenties voor en varieert van enkele keren per maand tot dagelijks. Waar in hospices en in het ziekenhuis op afdeling Oncologie vrijwel dagelijks geïdentificeerde palliatieve cliënten aanwezig zijn, komen deze cliënten bij de thuiszorg met enige regelmaat voorbij. Hier is het verlenen van palliatieve zorg dus vaak geen wekelijkse dan wel dagelijkse bezigheid. In verzorgings- en verpleeghuizen komt palliatieve zorg wel geregeld voor, maar dit is vaak niet dagelijks. Ook blijkt dat de respondenten vanuit hospices en het ziekenhuis vaker in aanraking komen met cliënten die in het terminale stadium van de palliatieve fase zijn, dan de respondenten vanuit de thuiszorg en verzorgings- of verpleeghuizen. Hier zit wel een ontwikkeling in doordat de wet en regelgeving is aangepast. Een respondent vanuit een verpleeghuis gaf namelijk aan dat cliënten nu in een veel later stadium pas bij hen terecht kunnen, doordat de cliënten zo lang mogelijk thuis moeten blijven.

Doorgaans gaven de respondenten aan, dat zij het werken met palliatieve cliënten als mooi en zinvol ervaren en niet zozeer als zwaar. Af en toe is er wel sprake van heftige momenten of van zware dagen, maar ze gaven allen aan het werk met plezier uit te voeren.

*“Ik vind het heel bijzonder werk met hele bijzondere mensen. Het is. Je zit natuurlijk in de meest belangrijke fase of één van de meest belangrijke fases van iemands leven. Waar je. Je kan gewoon heel veel invloed hebben nog zo op het einde en dat is hele mooie zorg. Maar vooral mijn vrienden die zeggen van hoe kan je, hoe kun je.. Dan heb je net een band opgebouwd en dan gaat iemand achteruit. Ja het is niet dat je je compleet daarvoor afsluit, maar omdat je weet dat het gaat gebeuren en dan toch nog heel veel kan betekenen.. Ik vind het niet zwaar.”*

[R.6]

Ondanks het feit dat palliatieve zorg niet bij alle respondenten een even groot aandeel heeft in het dagelijks werk, gaven alle respondenten aan wel in aanraking te komen met scholingen betreffende palliatieve zorg.

## 4.3 Beschrijving resultaten

Aan de hand van de analyse zijn verschillende hoofd- en subthema's naar voren gekomen. De thema's beïnvloeden elkaar onderling en zijn soms met elkaar verweven. In Tabel 3 staat weergegeven voor welke indeling de studentonderzoekers hebben gekozen. Voor deze opzet is gekozen omdat deze indeling het meest duidelijk naar voren kwam.

HOOFDTHEMA'S	SUBTHEMA'S
ERVARINGEN MET SCHOLINGEN GERICHT OP PALLIATIEVE ZORG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aankondiging van huidige scholingen</li> <li>2. Huidige manier van scholing</li> <li>3. Mening over huidige manier van scholing</li> <li>4. Behandelde onderwerpen in huidige scholing</li> </ol>
BIJDRAGE VAN SCHOLINGEN AAN DE PRAKTIJK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aansluiting van huidige scholingen aan de praktijk</li> <li>2. Invloed van scholing op de praktijk</li> </ol>
SCHOLINGSBEHOEFTE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gewenste onderwijsvorm bij scholing</li> <li>2. Gewenste scholingsonderwerpen</li> <li>3. Belangrijkste scholingsonderwerpen</li> <li>4. Motivatie voor scholing</li> <li>5. Belemmerende factoren voor het gaan naar een scholing</li> <li>6. Andere aspecten voor verbetering van scholing</li> </ol>
SCHOLINGSBEHOEFTE VAN COLLEGA'S, VOLGENS GESPECIALISEERDE PALLIATIEF VERPLEEGKUNDIGEN EN VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN PALLIATIEVE ZORG	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gewenste manier van scholing voor collega's</li> <li>2. Gewenste scholingsonderwerpen voor collega's</li> <li>3. Belangrijkste scholingsonderwerpen voor collega's</li> </ol>

Tabel 3: Hoofd- en subthema's onderzoek 'Inventarisatie scholing palliatieve zorg binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland'.

Hieronder staan de resultaten per hoofdthema omschreven. Bij elk hoofdthema staan verschillende citaten van respondenten weergegeven, om een voorbeeld te geven van de resultaten.

#### 4.3.1 Ervaringen met scholingen gericht op palliatieve zorg

Het eerste hoofdthema omschrijft de ervaringen, van de zorgprofessionals, met scholingen gericht op palliatieve zorg. Binnen het hoofdthema zijn een aantal subthema's te herkennen. Deze thema's zijn de huidige manier van scholing, de mening over de huidige manier van scholing en de behandelde onderwerpen in de huidige scholingen.

De **aankondiging van huidige scholingen** verschilt vrijwel niet per zorgsetting. De respondenten gaven namelijk aan dat de aankondiging van een dergelijke scholing in principe plaatsvindt via de mail. Een enkele keer wordt de respondent ook via het prikbord in de teamkamer op de hoogte gebracht. De scholingen worden georganiseerd door de afdeling, het netwerk of opleidingsinstanties. Over het algemeen verstrekt de leidinggevende, gespecialiseerd palliatief verpleegkundige of de verpleegkundig specialist palliatieve zorg deze aankondigingen met informatie omtrent de te volgen scholing. Hierin staan de onderwerpen van de scholing globaal aangegeven. In diverse zorgorganisaties wordt dit vervolgens nogmaals in een teamvergadering mondeling toegelicht en wordt besproken wie aan de scholing gaan deelnemen. Zorgprofessionals kunnen zich aanmelden via een reactie op de mail of het noteren van hun naam onder de aankondiging op het prikbord.

De **huidige manier van scholing** verschilt per zorgsetting. Het merendeel van de respondenten vanuit de hospices, verzorgings-/verpleeghuizen en de thuiszorg gaven aan dat de manier van scholen voornamelijk bestaat uit een combinatie van een informatief en een interactief gedeelte. Vooral een presentatie, een casusbespreking en een klinische les komen hier veelvuldig naar voren.

Enkele respondenten vanuit het verzorgings-/verpleeghuis en het hospice gaven aan dat zij vaak informatie op papier krijgen als scholing. Ze krijgen hier dan niets anders naast. De informatie bestaat voornamelijk uit literatuur over een actueel onderwerp op de afdeling of

informatie over de inhoud van een verpleegtechnische handeling. Op deze manier kunnen zij de ontvangen informatie in hun eigen tempo gaan bestuderen. Tevens gaven enkele respondenten vanuit de thuiszorg aan dat in hun zorgorganisatie met enige regelmaat geschoold wordt aan de hand van skillstraining en simulatiepatiënten. Dit wordt gedaan om zodoende de verpleegtechnische handelingen eigen te maken. Daarnaast gaf een enkele respondent vanuit het hospice aan dat ze vanuit deze zorgorganisatie nog geen specifieke scholing gericht op palliatieve zorg hanteren. Momenteel komen hier enkel de actuele verpleegtechnische handelingen aan bod. Dit wordt vervolgens in de vorm van een toetsing of klinische les behandeld.

Momenteel zijn de scholingen in het ziekenhuis nog volop in ontwikkeling. De respondenten vanuit het ziekenhuis gaven dan ook aan dat ze enkele jaren geleden voor het laatst een scholing over palliatieve zorg hebben gevolgd. Deze scholing bestond destijds uit een presentatie en de specifieke presentatievorm: een lezing. Wel gaf een respondent aan dat de verpleegkundig specialist palliatieve zorg, binnen de zorgorganisatie, zich bezighoudt met het scholen van actuele onderwerpen op verschillende afdelingen. Het gaat hierbij om onderwerpen als 'wetenschappelijk onderzoek'. Wanneer de verpleegkundig specialist wetenschappelijk onderzoek heeft uitgevoerd, wordt vervolgens in de scholing toegelicht waar het wetenschappelijk onderzoek en de mogelijk daaruit gekomen richtlijn, op gebaseerd is. Daarnaast komt het onderwerp 'communicatie tussen verpleegkundigen en artsen' veelvuldig aan bod. Enkele respondenten vanuit het ziekenhuis gaven namelijk aan dat dit een actueel onderwerp is en dat hier nog veel winst te behalen is. Het scholen van dit onderwerp is dan ook nog volop in ontwikkeling.

De **meningen over de huidige manier van scholing** zijn zeer divers. Meerdere respondenten gaven aan dat de ontvangen scholingen helder en duidelijk zijn geweest. Zij zijn dan ook tevreden over de manier van scholen, maar gaven tegelijkertijd aan dat het altijd beter kan. Ook gaven enkele respondenten aan niet tevreden te zijn over de huidige manier van scholen en om die reden dan ook behoefte te hebben aan een structureel scholingsaanbod. Een respondent gaf onder andere aan het prettig te vinden wanneer er een basis is en tevens een module die je daaraan kunt koppelen voor gevorderden. Op deze manier is het niet nodig om telkens iets nieuws te ontwikkelen en bovendien krijgt iedere zorgprofessional dezelfde informatie, aldus de respondent in kwestie. Een enkele respondent gaf aan wel scholingen te volgen, maar dat de zorgorganisatie eigenlijk niet weet waar ze mee bezig zijn.

Het merendeel van de respondenten die een scholing krijgen met een interactief gedeelte gaf aan dat ze dit gedeelte van de scholing als zeer prettig ervaren. De reden hiervan is, volgens hen, dat iedere zorgprofessional op deze manier zijn ervaringen kan delen en tegelijkertijd vragen kan stellen. Er is volgens hen dan namelijk sprake van een open werksfeer.

*“Gewoon om met elkaar rond de tafel van ‘goh, hoe doe, heb jij dat gedaan, hoe zou ik het anders kunnen doen’. Niks is goed, niks is fout, maar je hebt wel eens dingen dat je denkt ‘Oh, dat had ik graag anders willen zien, hoe zouden jullie dat aanpakken’, dus echt rond de tafel met elkaar.”*

[R.12]

Daarnaast gaven enkele respondenten aan dat zij het prettig vinden dat de scholing uit een interactief gedeelte bestaat, maar dat hierin wel de juiste begeleiding uitermate belangrijk is.

Tevens gaven diverse respondenten aan dat zij lezingen alleen als prettig en leerzaam ervaren, mits er een enthousiaste spreker of professional staat te vertellen.

Tijdens het afnemen van de interviews kwam al snel naar voren dat de **behandelde onderwerpen tijdens de huidige scholing** zeer divers zijn. Zo zijn alle respondenten vanuit het verpleeg- en verzorgingshuis het eens dat onderwerpen als ‘pijnmanagement en symptoombestrijding’, ‘palliatieve sedatie en euthanasie’, ‘kwaliteit van zorg’, ‘spirituele zorg’ en ‘handvatten om een juiste invulling te geven aan een implementatietraject’ voldoende tot goed aan bod komen tijdens een huidige scholing. Tevens zijn desbetreffende respondenten het eens dat de definitie van het begrip ‘palliatieve zorg’ op een juiste manier aan bod komt.

*“Ja ik zou bijna zeggen. Dat is het vertrekpunt. De zorg is dan hetgeen wat je doet en dan wordt er gekeken of we kunnen kijken naar pijn, depressie, delier of misselijkheid. Meer dat soort dingen.”*

[R.5]

Daarentegen gaf een enkele respondent vanuit het verzorgings-/ verpleeghuis aan dat het begrip ‘palliatieve zorg’ wel wordt behandeld, maar dat het ook van belang is dat deze herhaald moet blijven worden. Deze mening wordt overigens door meerdere respondenten, vanuit andere zorgsettings, gedeeld. Onderstaand citaat ligt dit nader toe.

*“Ja, die wordt eigenlijk al in de basisopleiding eigenlijk al wel meegenomen. Dat. Voornamelijk, en dat merk ik toch nog steeds, mensen die het niet hebben gehad. Palliatieve fase en echt de stervensfase zeg maar, dat daar degelijk verschil in zit. Maar dat is voor, merk ik hier bij medewerkers, ontzettend moeilijk om daar nog steeds onderscheid in te maken.” “..Of wat is nou terminaal bedoel ik eigenlijk. Wat is terminaal en wat is palliatief.”*

[R.12]

Tevens gaven meerdere respondenten vanuit het verpleeg- en verzorgingshuis aan dat de onderwerpen ‘casusbespreking’, ‘communicatie met cliënten en naasten’ en ‘medisch-ethische en morele beslissingen’ voldoende tot goed aan bod zijn gekomen. Ook onderwerpen als ‘kwaliteit van leven’, ‘zorg voor verplegend personeel’ en ‘het ontwikkelen en versterken van persoonlijke competenties’ kwamen voldoende aan bod, aldus de respondenten. Een enkele respondent gaf aan dat het ‘beoordelen, selecteren en toepassen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten’, ‘dienstverlening en coördinatie op maat’ en ‘kennis en vaardigheden ten aanzien van psychosociale zorg voor cliënten en naasten’ in de huidige scholing aan bod komen. Daarnaast gaf een respondent aan dat ‘palliatief redeneren en klinische besluitvorming’ in de huidige scholing wordt behandeld, maar dat dit, met name voor de verzorgenden, nog een leerproces is. Volgens desbetreffende respondent zijn veel zorgprofessionals binnen het verpleeg- en verzorgingshuis doeners, maar het palliatief redeneren is wel iets wat meer aandacht vraagt. Dit mag beter, aldus de respondent in kwestie.

De behandelde onderwerpen tijdens de huidige scholingen in het hospice zijn zeer divers. Alle respondenten vanuit deze zorgsetting zijn het erover eens dat het onderwerp ‘zorg voor verschillende patiëntencategorieën’ momenteel voldoende tot goed aan bod komt. Zij hebben het dan over oncologische aandoeningen, longziekten, neurologische ziekten, hartfalen en de oudere cliënt. Wanneer geen scholing vanuit het hospice wordt aangeboden, komt dit onderwerp, volgens hen, voldoende aan bod tijdens een teamvergadering of klinische les op de afdeling. Daarnaast gaven diverse respondenten vanuit het hospice aan dat de onderwerpen ‘definitie van palliatieve zorg’, ‘pijnmanagement en symptoombestrijding’, ‘palliatieve sedatie, euthanasie en versterven’, ‘communicatie met cliënt en naasten’, ‘kwaliteit van zorg’, ‘spirituele zorg’ en ‘medisch-ethische en morele beslissingen’ voldoende tot goed aan bod komen. Een enkele respondent gaf aan dat voldoende aandacht wordt besteed aan ‘dienstverlening en coördinatie op maat’, ‘palliatief redeneren en klinische besluitvorming’, consultatie van, advisering aan en communicatie met

collega's', 'kwaliteit van leven' en 'zorg voor verplegend personeel'. Aan het onderwerp 'kennis en vaardigheden ten aanzien van psychosociale zorg voor cliënt en naaste(n)' wordt momenteel wel aandacht besteed, maar hier is nog wel verbetering te behalen, aldus een respondent.

Alle respondenten vanuit het ziekenhuis gaven aan dat de onderwerpen 'pijnmanagement en symptoombestrijding' en 'palliatieve sedatie, euthanasie en versterven' ooit in een scholing, gericht op palliatieve zorg, naar voren zijn gekomen. Daarnaast gaven meerdere respondenten aan dat de onderwerpen 'definitie van palliatieve zorg', 'casusbespreking', 'communicatie met cliënten en naasten', 'palliatief redeneren', 'kennis en vaardigheden ten aanzien van de psychosociale zorg voor cliënt en naasten' en 'zorg voor verschillende patiëntencategorieën' in het verleden voldoende tot goed aan bod zijn gekomen.

*“Ja, daar hebben we het ook over gehad. En de neurologische patiënt en de oncologische ende chronisch zieken. Jawel, dat vond ik wel. Want ik zat heel erg in mijn eigen patiënten en toen kwam ik daar en dacht ik ‘O ja, er zijn ook nog andere mensen die...’. Nee, dat is dus wel behandeld. Hoe afgestompt kun je zijn.”*

[R.7]

Een enkele respondent vanuit het ziekenhuis gaf aan dat er in het verleden voldoende aandacht is besteed aan de onderwerpen 'beoordelen, selecteren en toepassen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten', 'spirituele zorg', 'medisch-ethische en morele beslissingen', 'kwaliteit van zorg', 'kwaliteit van leven', 'vragen en adviseren van collega's' en 'het ontwikkelen en versterken van persoonlijke competenties'.

Daarnaast organiseren enkele respondenten vanuit het ziekenhuis met enige regelmaat zelf afdelingsspecifieke scholingen. Dit omdat zij van mening zijn dat momenteel te weinig scholingen worden gegeven en dat zij toch behoefte hebben aan deskundigheidsbevordering.

*“Als afdeling zelf worden er scholingen georganiseerd, niet specifiek over palliatieve zorg, maar wel over punten die op de afdeling spelen. Streven is om dit drie keer per jaar te doen. Maar vanuit buiten de afdeling zou dat wel beter kunnen. Zou het ... nog wel wat kunnen verbeteren.”*

[R.4]

Net zoals in bovengenoemde zorgsettings, zijn de behandelde onderwerpen ook in de thuiszorg zeer divers. Zo gaven meerdere respondenten aan dat de onderwerpen 'definitie van palliatieve zorg', 'pijnmanagement en symptoombestrijding', 'dienstverlening en coördinatie op maat' voldoende tot goed aan bod komen tijdens de huidige scholingen. Een enkele respondent gaf aan dat de onderwerpen 'palliatieve sedatie, euthanasie en versterven', 'beoordelen, selecteren en toepassen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten', 'palliatief redeneren en klinische besluitvorming' en 'kwaliteit van zorg' voldoende tot goed zijn behandeld tijdens een scholing. Evenals de onderwerpen 'spirituele zorg', 'medisch-ethische en morele beslissingen', 'kwaliteit van leven', 'zorg voor verplegend personeel' en 'het ontwikkelen en versterken van persoonlijke competenties'. Tot slot gaf een respondent aan dat de verpleegtechnische handelingen ook veelvuldig naar voren komen tijdens een scholing.

Uit de afgenomen interviews is tevens gebleken dat momenteel niet bij ieder hospice, ziekenhuis en iedere thuiszorgorganisatie consequent wordt omgegaan met scholingen. Diverse respondenten, vanuit genoemde zorgsettings, gaven namelijk aan dat momenteel niet de juiste aandacht wordt geschonken aan scholingen in het algemeen en dat de

scholingen er dan ook vaak bij inschieten. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn de tekortschietende financiële middelen binnen desbetreffende zorgorganisatie.

*“Maar de laatste tijd ja. Je moet het hebben van elkaar en wat bijna niets kost, want anders is er geen budget voor.”*

[R.4]

Diverse respondenten gaven dan ook aan dat het voor hen al enige tijd is geleden dat zij de laatste scholing, gericht op palliatieve zorg, hebben gevolgd. Dit komt vooral naar voren in het ziekenhuis, waar de scholingen momenteel volop in ontwikkeling zijn.

Verder gaven enkele respondenten aan dat zij de mogelijkheid hebben om hun behoeften, wat betreft het onderwerp van een scholing, kenbaar te maken. Aan de hand daarvan wordt, zo mogelijk, een scholing aangeboden. Wanneer deze scholing daadwerkelijk wordt gegeven, wordt dit door hen als zeer prettig ervaren.

*“Dus naast dat de organisatie inderdaad een aanbod op de mail doet van ‘hé we hebben nog plek voor deze en deze cursussen’, kunnen we ook zelf aangeven ‘hé we lopen hier tegenaan.’*

[R.6]

#### 4.3.2 Bijdrage van scholingen aan de praktijk

Het tweede hoofdthema omschrijft de bijdrage van de huidige scholingen aan de praktijk. Binnen dit thema zijn een paar subthema's te onderscheiden. Deze subthema's zijn aansluiting van huidige scholing aan de praktijk en invloed van scholing op de praktijk.

Wat betreft de **aansluiting van de huidige scholingen aan de praktijk** is de meerderheid van de respondenten het erover eens dat de huidige scholingen voldoende aansluiten op de praktijk. De respondenten in kwestie gaven aan dat de huidige scholingen hun nieuwe inzichten oplevert en verheldering biedt, gericht op de actualiteit van wat er binnen de organisatie speelt.

*“Nou, bijvoorbeeld als er les gegeven wordt over pijn, dan heeft het mij altijd wel veel nieuwe inzichten opgeleverd ja. Van hoe belangrijk inderdaad het overleg is met familie daarin en dat je niet belangeloos lang moet doorgaan met behandelingen, omdat sommige behandelingen ook pijn kunnen genereren.”*

[R.9]

Enkele respondenten vanuit onder andere het hospice gaven daarentegen aan dat ze op dit moment geen concreet beeld hebben of de huidige scholingen daadwerkelijk aansluiten op de praktijk.

*“Dat weet ik niet of dat zo is. Dat is ook wel een beetje jammer hoor. Want ik doe nu natuurlijk wel mee, maar het is zo dat wij heel weinig scholingen krijgen. We krijgen weinig ruimte, omdat ... niet zo veel geld heeft.”*

[R5]

Alle respondenten zijn het erover eens dat de **invloed op de praktijk** van de scholingen, voor zover de desbetreffende organisatie gebruik maakt van dergelijke scholingen, voldoende zichtbaar is. De respondenten gaven aan dat ze, na het bijwonen van een scholing, weer een aandachtspunt hebben. Daarnaast gaven enkele respondenten aan dat de scholing helpt om je, als zorgprofessional, te motiveren en weer bij de les te helpen. Tevens zorgt het voor een stukje bewustwording, aldus de respondenten.

*“Ja, ja. Je blijft wat scherper. Je wordt toch van andere kanten belicht. Je blijft meer geprikkeld. Ook getriggerd om het ook op een andere manier te bekijken.”*

[R.7]

Een verpleegkundig specialist palliatieve zorg, binnen het ziekenhuis, gaf aan dat zij merkt dat de soort consulten die zij krijgt veranderen. In het begin viel het haar op dat er diverse consulten waren die in verhouding niet moeilijk zijn. Naarmate de zorgprofessionals diverse scholingen bijwoonden, zegt de respondent in kwestie te merken dat de niet-complexe consultvragen afnemen en de complexe consultvragen daarentegen toenemen.

#### 4.3.3 Scholingsbehoeften

Het volgende hoofdthema beschrijft de scholingsbehoeften, gericht op palliatieve zorg, van de zorgprofessionals. De subthema's die hier naar voren komen, zijn de gewenste onderwijsvorm bij scholing, de gewenste scholingsonderwerpen, de belangrijkste scholingsonderwerpen, de motivatie voor scholing, de belemmerende factoren voor het gaan naar een scholing en andere aspecten voor verbetering van scholing.

De **gewenste onderwijsvorm bij scholing** wisselt erg per zorgprofessional. Zo zijn er verschillende respondenten die aangaven een scholing, in de vorm van een e-learning, geschikt te vinden. Dit met name wanneer het om kennis gaat. Zij gaven aan dit fijn te vinden, omdat ze het op hun eigen tempo en op hun eigen manier kunnen doen. Daarnaast gaven verschillende respondenten aan dat het voor hen ook minder tijd kost dan andere vormen van scholing. Echter is het, volgens hen, wel een probleem dat veel zorgprofessionals niet goed overweg kunnen met de computer. Voor hen is deze manier van scholing dus niet ideaal.

*“Voor mij zou e-learning iets heel moois zijn, maar ik ben handig met de computer. Maar we hebben ook collega's die echt digibeet zijn. Die uiteindelijk de tablet onder de knie hebben gekregen, dus het is niet voor iedereen handig.”*

[R.1]

Daarnaast gaf een deel van de respondenten aan dat zij het fijn vinden om de scholing in de vorm van een presentatie te krijgen. Sommige gaven de specifieke presentatievormen: lezing en klinische les aan. Dit moet volgens hen dan wel worden gegeven door iemand met veel praktijkervaring wat betreft het onderwerp en vanuit verschillende disciplines en perspectieven. Ook geven de respondenten aan dat zij het prettig vinden om naar iemand te luisteren die vol passie staat te praten.

Enkele respondenten gaven ook aan dat zij toetsing prettig vinden. Op deze manier blijft volgens hen de opgedane kennis beter hangen.

Verder gaven heel veel respondenten aan dat zij scholing in de vorm van casusbesprekingen prettig vinden. Zij gaven dan ook diverse manieren aan om casusbesprekingen te houden, namelijk casusbesprekingen vanuit mantelzorgers, vanuit de zorgprofessionals zelf en vanuit verschillende disciplines in de zorg.

Een aantal respondenten gaven aan dat zij het heel leerzaam vinden om tijdens een scholing gebruik te maken van simulatiepatiënten. Zo wordt voor hen duidelijker hoe zij mensen moeten benaderen. Daarnaast vinden een aantal respondenten skillstraining fijn voor het verduidelijken van handelingen.

Tevens kwam scholing in de vorm van groepsopdrachten een paar keer naar voren. De respondenten gaven aan dit handig te vinden om te kunnen zien of zij de opgedane kennis tijdens de scholing ook in de praktijk kunnen toepassen.

De meeste respondenten gaven aan dat zij het prettig vinden om tijdens een scholing zowel een informatief deel te hebben waarin zij moeten luisteren, als een deel wat interactief is.

Hoe groot die gedeelten volgens de respondenten dan moeten zijn, is erg wisselend. Een enkeling gaf aan het liefst alleen interactieve scholing te krijgen om juist van elkaar veel te leren. Ook gaf een enkeling aan behoefte aan scholing te hebben, waarbij alleen geluisterd moet worden om feiten en duidelijkheid te krijgen.

*“Ja presentatie en dan wel interactief in combinatie met bijvoorbeeld een casus. Een presentatie kun je houden aan de hand van een casusbespreking.”*

[R.4]

Als wordt gekeken naar de gewenste manier van scholing per zorgsetting, kan worden opgemerkt dat dit zeer divers is. Er is dan ook geen verband te leggen tussen de zorgsetting en de gewenste manier van scholing. Ook is er geen verband tussen het opleidingsniveau en de gewenste manier van scholing terug te vinden, doordat de gewenste manier van scholing erg divers is. Dit geldt ook voor een eventueel verband tussen werkervaring, zowel in de algemene zorg als in de palliatieve zorg, en de gewenste manier van scholing.

De **gewenste scholingsonderwerpen** zijn erg divers. Een groot deel van de respondenten, vanuit alle zorgsettings en functies, gaf aan dat zij graag scholing willen over het onderwerp ‘palliatief redeneren en klinische besluitvorming’. Zij gaven aan dat zij het prettig vinden om dit regelmatig te herhalen om de kennis op te frissen.

*“Omdat ik dan denk dat je op een objectiever gegeven komt als je het op die manier bekijkt en dat je dan gemakkelijker naar de arts kunt voor.. dat je wat meer feitelijke gegevens hebt voor zover die er kunnen zijn bij iemand die palliatief.. Het is best moeilijk in te schatten of te verwoorden hoe het voor die persoon is. Jij en jij kunnen in een bedje liggen met hetzelfde probleem, maar het wel anders communiceren. En ik denk met klinisch redeneren.. dan kom je best een heel eind.”*

[R.7]

Een ander onderwerp wat door een groot deel van de respondenten benoemd werd, is ‘pijnmanagement en symptoombestrijding’. Dit omdat hier continue onderzoek naar wordt gedaan, waardoor er steeds nieuwe mogelijkheden zijn. Dit werd in elke zorgsetting genoemd door de verschillende functionarissen, behalve door verpleegkundig specialisten palliatieve zorg. Ook werd het onderwerp ‘medisch-ethische en morele beslissingen’ vaak door de respondenten benoemd tijdens het onderzoek. Zij gaven aan dat zij aan de hand van dit onderwerp graag willen weten hoe ze hierbij iemand moeten begeleiden, zowel cliënten als collega’s. Daarnaast gaven zij aan dat zij graag scholing willen over hoe zij zelf kunnen omgaan met deze beslissingen. Dit onderwerp is gewenst bij alle functies, maar werd niet genoemd in verzorgings-/verpleeghuizen. Een onderwerp dat ook veelvuldig naar voren kwam is ‘zorg voor verschillende patiëntencategorieën’. De respondenten gaven aan dit interessant te vinden en dat dit daarnaast nodig is, omdat iedere ziekte andere symptomen heeft en de cliënten dus andere zorg nodig hebben. Zij denken hierbij aan oncologische aandoeningen, longziekten, neurologische ziekten, hartfalen en de oudere cliënt. Dit onderwerp werd binnen verzorgings-/verpleeghuizen, ziekenhuis en thuiszorg aangegeven door verschillende functionarissen, behalve door verpleegkundigen niveau 4. Het onderwerp ‘kennis en vaardigheden ten aanzien van de psychosociale zorg voor cliënten en naaste(n)’ werd ook regelmatig genoemd door alle functionarissen. Echter werd dit onderwerp niet genoemd door respondenten binnen het ziekenhuis.

De helft van de respondenten gaf aan dat zij de behoefte hebben om scholing te krijgen over het onderwerp ‘palliatieve sedatie, euthanasie en versterven’. Dit om kennis op pijn te houden, ook wanneer deze situaties niet heel vaak voorkomen, zodat de zorgprofessionals er toch op voorbereid zijn. De respondenten gaven aan scholing te willen over hoe zij zelf om kunnen gaan met deze keuze van een cliënt, wanneer zij dit niet hebben zien aankomen. Dit werd genoemd door alle functionarissen, behalve door verpleegkundig specialisten palliatieve zorg. Verder werd het onderwerp ‘kwaliteit van leven’ genoemd door de helft van de respondenten. Ze willen hier graag een verdieping over in plaats van de algemene



informatie. Dit werd ook aangegeven door alle functionarissen, behalve door verpleegkundig specialisten palliatieve zorg. Daarnaast werd het onderwerp 'beoordelen, selecteren en toepassen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten' door de helft van de respondenten genoemd. De respondenten vinden dit belangrijk om zelf aan de gang te kunnen gaan met evidence based practice. Dit onderwerp werd genoemd door alle functionarissen, behalve door verzorgenden. Ook werd 'spirituele zorg', ofwel complementaire zorg, genoemd als gewenst onderwerp door de helft van de respondenten. Dit is volgens hen een lastig onderwerp, omdat het vaak heel onduidelijk is. Toch zouden de zorgprofessionals hier meer mee willen doen. Dit onderwerp werd ook door alle functionarissen benoemd, behalve door verzorgenden. Al deze onderwerpen werden aangegeven binnen alle zorgsettings, behalve binnen verzorgings-/verpleeghuizen.

*"Wat ik heel vaak mis is de complementaire zorg. Dat die.. Daar wordt weinig aandacht aan besteed, vind ik. Terwijl je daar zeker in de terminale fase veel mensen een groot plezier mee kunt doen. Ook richting de naasten. Je kunt naasten daarmee ook iets in handen geven waardoor ze het gevoel hebben dat ze toch iets kunnen doen."*

[R.9]

Verschillende respondenten binnen het ziekenhuis, de thuiszorg en de hospices gaven verder aan dat zij behoefte hebben om scholing te krijgen over hoe zij 'casusbesprekingen' op de afdeling moeten aanpakken. Hoe ze dit op een juiste manier kunnen doen. Ook kwam naar voren dat de zorgprofessionals, binnen de thuiszorg en hospices, behoefte hebben aan scholing over het onderwerp 'kwaliteit van zorg'. Degenen die het aangaven, zeiden dat kwaliteit van zorg altijd beter kan en scholing daarom belangrijk is. 'Zorg voor verplegend personeel' kwam ook als gewenst onderwerp naar voren binnen de thuiszorg, verzorgings-/verpleeghuizen en hospices. Zij gaven aan vooral behoefte te hebben aan scholing over hoe zij zelf kunnen omgaan met de ellende die zij meemaken en over hoe zij nog beter voor hun collega's kunnen zorgen. Verder kwam het onderwerp 'ontwikkelen en versterken van persoonlijke competenties, die bij het professioneel functioneren behoren', naar voren gedurende het onderzoek. Dit onderwerp kwam naar voren bij alle zorgsettings, behalve bij het ziekenhuis. De respondenten willen graag scholing over hoe zij dit kunnen aanpakken. Deze onderwerpen werden aangegeven door verschillende functionarissen, behalve door verpleegkundig specialisten palliatieve zorg.

Ook werd door respondenten aangegeven dat zij behoefte hadden om scholing te krijgen, waarbij zij 'handvatten krijgen om een juiste invulling te geven aan een implementatietraject'. Zij gaven aan dat ze graag willen weten hoe een implementatietraject in zijn werking gaat en hoe een verandering op de afdeling blijft voortbestaan, nadat het volop in de aandacht is geweest. Dit onderwerp werd aangegeven in alle zorgsettings, behalve bij het ziekenhuis en door alle functionarissen, behalve door verpleegkundigen niveau 4.

Verschillende respondenten gaven verder aan graag scholing te willen over het onderwerp 'dienstverlening en coördinatie op maat'. Ze geven aan dat dit vaak wel wordt toegepast, maar dat dit vooral vanuit het hart is en niet vanuit kennis. Er is dus geen duidelijkheid over wanneer zij het goed doen. Dit werd aangegeven binnen de thuiszorg, ziekenhuis en hospices door verzorgenden, verpleegkundigen niveau 4 en gespecialiseerd verpleegkundigen. Ook het onderwerp 'communicatie met cliënten en naaste(n)' werd verschillende keren genoemd binnen alle zorgsettings, behalve het ziekenhuis. De respondenten gaven aan graag gesprekstechnieken te herhalen en te leren, gericht op palliatieve zorg. Dit werd genoemd door zorgprofessionals in de functie van verpleegkundigen niveau 4 en 5 en door gespecialiseerd palliatief verpleegkundigen.

Verder was opvallend dat de gespecialiseerd palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten allen aangaven behoefte te hebben aan scholing over het onderwerp 'consultatie van, advisering aan en communiceren met collega's'. Ook was er een enkele

verpleegkundige van niveau 4 die hier behoefte aan heeft. Dit onderwerp is genoemd door respondenten binnen alle zorgsettingen. Zij willen graag herhaling over hoe ze dit het beste kunnen doen.

*“Ja dat is wel één van onze belangrijkste pijlers ook wat we doen. Dus ik denk dat dat ook hoort onder vaardigheden die je gewoon af en toe, ja moet scholen. Zo van ‘waar sta ik erin, doe ik het nog goed’. Daar moet je kritisch op zijn. Ook hoe je consultatie verricht en welke methode en ja. Dus dat vind ik. Dat is echt een heel belangrijk onderdeel van het vak.”*

[R.10]

Ook werden de onderwerpen ‘definitie van palliatieve zorg’ en ‘werken met richtlijnen en protocollen’ genoemd binnen de thuiszorg en hospice. Deze onderwerpen werden genoemd door verzorgenden. Zij gaven aan dat de definitie van palliatieve zorg voor hen onduidelijk is en dat zij telkens vergeten wat het precies inhoudt en daar dus verduidelijking over willen. Over het werken met richtlijnen en protocollen gaven zij aan dat deze erg lastig beschreven zijn, waardoor zij het moeilijk vinden hiermee te werken. Over deze onderwerpen wensen zij dan ook scholing te krijgen. Onderstaande werd onder andere gezegd over de definitie van palliatieve zorg:

*“Ja, dat is denk ik toch wel goed. Het is toch wel breed. Ik denk dat ook niet iedereen precies weet, ikzelf ook niet hoor.”*

[R.11]

Verder werd het onderwerp ‘tiltechnieken’ genoemd binnen de thuiszorg door een verpleegkundige niveau 5. Er is aangegeven dat binnen dat team erg veel behoefte was om dit te herhalen. Ook is het onderwerp ‘zorg voor jonge mantelzorgers’ genoemd door een verpleegkundige niveau 5 binnen de thuiszorg. Er is aangegeven dat dit niet vaak voor is gekomen en dat het lastig is hiermee om te gaan.

*“We hadden laatst een. Dat waren een jonge mantelzorgers. Echt kinderen die voor hun ouders zorgen.”*

[R.6]

Ook is het onderwerp ‘didactische vaardigheden’ genoemd door een gespecialiseerd palliatief verpleegkundige binnen een verzorgings-/verpleeghuis. De respondent gaf aan te willen weten hoe kennis het beste overgebracht kan worden wanneer diegene zelf een scholing geeft aan de andere zorgprofessionals. Daarnaast is het onderwerp ‘financiering van palliatieve zorg’ genoemd door een gespecialiseerd palliatief verpleegkundige binnen een verzorgings-/verpleeghuis. De respondent zou graag willen weten bij wie diegene, waarvoor moet zijn, wat de regels zijn en hoe de financiering precies in elkaar zit.

De **belangrijkste scholingsonderwerpen** zijn per respondent erg wisselend. Alle bovengenoemde onderwerpen werden minimaal één keer genoemd als belangrijkste onderwerp.

Verder is in het onderzoek naar voren gekomen op welke manieren, volgens de zorgprofessionals, de **motivatie voor scholing** beïnvloed kan worden. Een gedeelte van de respondenten gaf aan dat het voor hen van belang is hoe de inhoud van de scholing er uitziet. Het moet aansluiten bij de praktijk, vernieuwend zijn, waardoor ze er het nut van kunnen inzien. Deze inhoud moet volgens hen dan ook duidelijk naar voren komen in een uitnodiging. Verder is bij de uitnodiging, volgens een enkele respondent, van belang dat deze de aandacht trekt door middel van bijvoorbeeld een bepaalde uitspraak of een filmpje. Zo gaan de zorgverleners alvast nadenken over het onderwerp. Ook is aangegeven dat het prettig wordt gevonden als er voor de scholing een reminder wordt verzonden om geprikkeld te blijven. Daarnaast gaven enkele verzorgenden aan dat de inhoud ook in begrijpelijk taalgebruik moet worden verteld tijdens een dergelijke scholing. Zij gaven aan dat ze vaak

moeten teruglezen in literatuur wat er nou eigenlijk is verteld. Verder gaven enkele respondenten aan dat er een goede verhouding moet zijn tussen de inhoud en de duur van de scholing.

*“Ja en dat gerelateerd aan het onderwerp. Soms heb je bijvoorbeeld. Zoals de oncologiedagen, dat duurt de hele dag, maar daar kan ik soms weinig halen. Op die manier kijk ik ernaar.”*

[R.3]

Beide verpleegkundig specialisten palliatieve zorg gaven aan gemotiveerd te raken om naar een scholing te gaan, wanneer zij er accreditatiepunten voor krijgen. Zij geven aan dit belangrijk te vinden, omdat zij de verplichting hebben om een hoog aantal punten te behalen. Dit terwijl de andere respondenten aangaven deze punten niet belangrijk vinden.

*“Nee, accreditatiepunten vind ik alleen maar onhandig. Wat je daar voor moet doen. Ik laat het tegenwoordig gewoon, ik kom er niet uit. Ik vind het echt een ontzettend onhandig systeem dat ik denk van ‘waarom wordt het niet gewoon automatisch gedaan?’ Daar heb ik dus niet zoveel mee.”*

[R.5]

Verder kwam naar voren dat een deel van de respondenten het als motiverend ervaart als de scholingen tijdens werktijd plaatsvinden en dus niet in eigen tijd. Hierbij moet volgens enkele respondenten dan wel rekening worden gehouden met de hoeveelheid energie en de beschikbaarheid van de zorgprofessionals. Wanneer zij dan de meeste energie hebben, wisselt erg per respondent. Er zijn namelijk verschillende dagdelen genoemd, die dan ook weer vaak tegenstrijdig zijn met wanneer zij beschikbaar zijn. Daarnaast wisselt de beschikbaarheid van de zorgprofessionals. Verder gaf een deel van de respondenten aan dat zij het motiverend vinden, wanneer de scholingen kostenvrij zijn.

*“Dat ik geen tijd heb en dat het inderdaad een paar honderd euro kost. Dat vind ik echt.. dat gaat echt niemand zelf betalen, niemand.”*

[R.7]

Ook is door enkele respondenten aangegeven dat zij het motiverend vinden als bepaalde scholingen verplicht worden gesteld. Dit betekent dat per functie wordt aangegeven wat iemand moet kunnen en weten om te mogen werken bij de zorgorganisatie. Om dit voor elkaar te krijgen, moeten de scholingen dan ook aangeboden worden. Een enkele respondent gaf ook aan het motiverend te vinden wanneer andere collega's leergierig zijn en ook naar scholingen gaan. Wanneer deze scholingen verplicht zijn, heeft dit waarschijnlijk ook effect op de leergierigheid van de zorgprofessionals.

Als laatste gaf een deel van de respondenten aan dat zij niets nodig hadden om zich nog beter te kunnen motiveren tot het deelnemen aan scholingen.

*“Nee daar hoeft je niks voor te doen. Ik ben altijd gemotiveerd.”*

[R.2]

Aan de hand van de motiverende factoren, zijn **belemmerende factoren voor het gaan naar een scholing**, genoemd. Zo kwam in alle zorgsettingen en bij alle functionarissen veelvuldig naar voren dat het een belemmering is dat de zorgprofessionals de scholingen in eigen tijd moeten volgen. Dit is, volgens de respondenten, vaak lastig te combineren met het privéleven. Daarnaast kwam ook in alle zorgsettingen en bij alle functionarissen geregeld naar voren, als belemmerende factor, dat de scholingen voor eigen kosten zijn. De zorgprofessionals vinden het namelijk te duur en niet aan hen om dit te betalen. Het probleem wat verschillende respondenten aangaven is echter dat de zorgorganisaties niet genoeg geld hebben om de scholingen voor hen te betalen.

*“Kijk en alles wat je aan cursussen en klinische les, ja daar gaat zomaar 1,5 à 2 uur inzitten en ze willen eigenlijk dat de klinische les je eigen verantwoordelijkheid is. En dat je het dus ook zelf moet betalen, ja dat ben ik niet van plan want mijn werkgever is wel degene die ervan profiteert. Als hij wil dat ik bekwaam blijf, moeten hun daar ook voor betalen.”*

[R.1]

Daarnaast gaf een enkele respondent aan het een belemmerende factor te vinden wanneer er veel voorbereiding wordt gevraagd voordat een scholing plaatsvindt. Dit omdat het erg veel tijd kost die er, volgens de respondent, niet is. Bovendien wordt de voorbereide stof, volgens de respondent, vaak herhaald in de scholing zelf, waardoor de respondent dit niet als nuttig ervaart.

Naast voorgaande aspecten kwamen ook **andere aspecten voor verbetering van scholing** aan bod gedurende het onderzoek. Vanuit verschillende zorgsettings en functionarissen werd aangegeven dat de zorgprofessionals behoefte hebben aan herhaling van scholingen om de kennis voldoende bij te laten blijven. Hoe vaak een scholing herhaald zou moeten worden, daar wisselen de meningen over per onderwerp en per respondent. De aantal herhalingen wisselen tussen eenmaal per maand en eenmaal per twee jaar. Ook gaven verschillende respondenten aan dat zij het prettig vinden als zij van een scholing een verslag of boek krijgen, zodat zij dit kunnen teruglezen wanneer zij dit willen. Op deze manier kunnen zij hun kennis op pijl houden en is herhaling van scholingen minder snel nodig. Een respondent vanuit het ziekenhuis wil graag zien dat elke maand een PICO<sup>6</sup> behandeld wordt door zorgprofessionals, binnen het team van de afdeling, in de vorm van een scholing. Daarnaast werd door de zorgprofessionals aangegeven dat de scholingen voor alle zorgprofessionals moeten worden aangeboden, dus ook voor helpenden.

*“Wat ik ook wel merk in scholingen is dat heel weinig scholingen zijn voor niveau 2 en niveau 3. Dat vind ik echt een heel groot gemis... met name de zorg in de stervensfase. Er ligt heel veel angst onder de verzorgenden, die vinden dat eng. De fabels rond morfine bijvoorbeeld, die leven daar levensgroot.”*

[R.9]

Een aantal respondenten gaven aan dat ze graag scholingen kregen samen met andere zorgorganisaties binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, bij een organisatie binnen het NPZZG. Op deze manier kunnen de zorgprofessionals sfeer proeven binnen de andere organisaties en kunnen zij onderling kennis uitwisselen.

*“Ik zou heel graag met verpleegkundigen van andere organisaties, want we werken met dezelfde cliëntencategorie. Ik merk gewoon als je met meer monodisciplinair aan tafel zit dat je daar heel veel uit kunt halen.”*

[R.8]

De locatie moet, volgens verschillende respondenten, echter een geschikte ruimte zijn. Dit houdt in dat het geen openbare ruimte is waar mensen constant in en uit kunnen lopen. Daarnaast houdt het volgens hen in dat de ruimte geschikt is voor de hoeveelheid mensen en niet te groot of te klein is. Verder is aangegeven dat de ventilatie goed geregeld moet zijn.

Ook is aangegeven dat de zorgprofessionals wel behoefte hebben aan koffie en thee bij een scholing, maar niet per se aan een uitgebreid assortiment aan catering. Dit omdat zij vinden

---

<sup>6</sup> PICO is een methode om een klinisch probleem te vertalen in een beantwoordbare vraag. Met behulp van deze vraag kan er gezocht worden naar wetenschappelijke artikelen om de vraag te beantwoorden en de resultaten te bespreken binnen het team.

dat hier juist op bezuinigd kan worden, tenzij de scholing plaatsvindt tijdens lunch- of dinertijd. Dan is het, volgens hen, wel van belang om een goed assortiment te hebben aan catering.

Verder is door een enkeling aangegeven dat het belangrijk is de spreker tijdens een scholing te respecteren en er niet doorheen te praten. Dit gebeurt, volgens de respondent, gedurende huidige scholingen regelmatig.

#### 4.3.4 Scholingsbehoeften van collega's, volgens gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg

Het laatste hoofdstuk beschrijft de scholingsbehoeften, gericht op palliatieve zorg, van zorgprofessionals, volgens gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg. Dit hoofdstuk bevat een aantal subthema's. Deze thema's zijn de gewenste manier van scholing voor collega's, de gewenste scholingsonderwerpen voor collega's en de belangrijkste scholingsonderwerpen voor collega's.

De meeste respondenten zijn het eens dat **de gewenste manier van scholing voor collega's** bestaat uit een informatief gedeelte en een interactief gedeelte. Een presentatie, klinische les en een casusbespreking kwamen veelvuldig naar voren. Volgens de respondenten krijgen de zorgprofessionals op deze manier de kennis die zij nodig hebben en is het tevens mogelijk om bij elkaar te zitten om dingen te bespreken. Zodoende is het haalbaar om de kennis in de praktijk toe te passen, aldus diverse respondenten.

*“Zodat zij voor zichzelf een beeld kunnen hebben van iemand waardoor het meer realiteit wordt. Waardoor het hun meer raakt. Ze moeten de vertaling kunnen maken naar zichzelf. Anders is het veraf en dan raakt het hun niet.”*

[R.2]

Tevens gaven enkele respondenten aan dat de manier van scholing afhankelijk is van het onderwerp dat wordt behandeld. Volgens betreffende respondenten is e-learning bijvoorbeeld geschikt als het over verpleegkundig rekenen gaat. Daarnaast is een casusbespreking, volgens hen, wellicht interessant als het over communicatie, spirituele zorg of medisch-ethische en morele beslissingen gaat.

Een enkele respondent gaf aan dat diegene het belangrijk vindt om creatief te zijn in het ontwikkelen van scholingen. Desbetreffende respondent vindt het belangrijk dat er niet alleen sprake moet zijn van “kennis droppen”, maar dat dingen tegelijkertijd ook van een andere kant worden laten zien. Enkele voorbeelden hierin zijn het bezoeken van een mortuarium of het anatomisch museum bezoeken. Zodoende krijgen de zorgprofessionals een beeld van wat er nog meer speelt, aldus de respondent.

Daarnaast gaven enkele respondenten aan dat e-learning en toetsing wellicht een geschikte manier van scholing is. Dit in combinatie met een casusbespreking en/of klinische les. De reden dat deze respondent voor e-learning kiest is dat het voor de respondent in kwestie enerzijds helaas niet haalbaar is om iedereen binnen de zorgorganisatie te scholen. Anderzijds vindt de respondent in kwestie het belangrijk dat de zorgprofessionals de mogelijkheid hebben om onderling van mening te wisselen.

Tot slot gaf een respondent aan dat zij momenteel nog geen concrete mening heeft omtrent de gewenste manier van scholing. De oorzaak is dat zij momenteel zelf binnen de zorgorganisatie aan het bekijken zijn wat op dit moment de gewenste manier van scholen is. Desalniettemin is desbetreffende respondent het er ook over eens dat de manier van scholing afhankelijk is van het onderwerp dat aan bod komt.

De **gewenste scholingsonderwerpen voor collega's**, volgens de gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg, zijn eveneens zeer divers. Zo vinden verschillende respondenten dat de gewenste scholingsonderwerpen nauw samenhangen met de functie en het niveau van de zorgprofessional. Een ander geeft aan dat de gewenste scholingsonderwerpen wisselen per individu.

*“Nee, dat is natuurlijk afhankelijk van het niveau. Net zoals palliatief redeneren, daar hoeft een verzorgende niks mee bijvoorbeeld.” “..Weet je, het hangt zo van de individuele leerlingen af. Want een. Soms weet denk ik een niveau 3 meer dan een niveau 4. Dus, ja. Dat vind ik een moeilijke vraag. Ik denk dat alle onderwerpen gewoon hartstikke zinvol zijn.”*

[R.9]

Enkele respondenten zien de onderwerpen ‘kwaliteit van zorg’, ‘kwaliteit van leven’ ‘palliatief redeneren en klinische besluitvorming’, ‘communicatie met cliënt en naaste(n)’ en ‘spirituele zorg’ graag terug in een scholing. Zij gaven aan dat dit aspecten zijn waar men als zorgprofessional continu mee bezig hoort te zijn. Hier mag dan ook voldoende aandacht aan worden besteed, aangezien het volgens desbetreffende respondenten altijd beter kan. Wat betreft spirituele zorg, gaven meerdere respondenten aan dat hier steeds meer aandacht aan wordt besteed. Hier wil men als zorgorganisatie zijnde in meegroeien. Ook zijn de meeste respondenten het eens dat het zinvol is om het onderwerp ‘communicatie tussen verplegend personeel en artsen’ extra onder de aandacht te brengen.

*“Ik denk dat verpleegkundigen heel goed kunnen signaleren, maar dat nog niet altijd goed kunnen aangeven aan de arts. Op het moment dat ze het wel aangeven, maar dat er niet altijd gehoor aan wordt gegeven, denk ik dat het lastig is om dat juist te beargumenteren.”*

[R.3]

Tevens gaven diverse respondenten aan dat zij het belangrijk vinden dat extra aandacht wordt besteed aan ‘definitie van palliatieve zorg en wat hierin de speerpunten zijn’ en ‘het multidisciplinaire aspect’. Voornamelijk ‘het multidisciplinaire aspect’ komt veelvuldig naar voren. Respondenten gaven aan dat daar nog veel winst te behalen is. Het doel hiervan is dat zorgprofessionals op de hoogte zijn welke disciplines zij kunnen benaderen om zodoende het hoogst haalbare uit de zorg te halen. Ook gaven meerdere respondenten aan dat zij van mening zijn dat er winst kan worden behaald in het stukje ‘houding en attitude’.

*“Maar dat zijn allemaal dingen, katheter inbrengen, kun je allemaal leren zijn allemaal kunstjes. Maar doe het op de juiste manier, met de juiste attitude naar de cliënt toe. Dat vind ik het allerbelangrijkst. Ik denk ook dat ze niet onthouden dat jij hem ingebracht hebt, maar wel dat het geen pijn deed, dat je rustig was dat je lief was. Dat is heel belangrijk.”*

[R.2]

Daarnaast gaven enkele respondenten aan dat zij de onderwerpen ‘het signaleren van palliatieve verpleegproblemen met behulp van meetinstrumenten’, ‘veelvoorkomende verpleegtechnische handelingen’, ‘verpleegkundig rekenen’ en ‘zorg voor verplegend personeel’ graag in een scholing terugzien. Dit omdat desbetreffende respondenten in de praktijk zien dat hier vaak onvoldoende aandacht aan wordt besteed en dat verbetering hierbij gewenst is. Hier kan dus nog veel winst worden behaald volgens hen. Zodoende blijven de zorgprofessionals zich bewust van het handelen.

Als **belangrijkste scholingsonderwerp voor collega's** komt met name ‘communicatie’ naar voren. Dit geldt zowel voor ‘communicatie tussen verplegend personeel en artsen’ als voor

'communicatie met cliënt en naaste(n)'. Communicatie is volgens de respondenten van belang voor elke functionaris, binnen elke zorgsetting. Ook gaf een enkele respondent aan dat diegene het onderwerp 'palliatief redeneren en klinische besluitvorming' het belangrijkste scholingsonderwerp voor collega's vindt.

## 5. Discussie

*In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek bekritiseerd in een bredere wetenschappelijke en praktische context. Eerst wordt een korte samenvatting beschreven en worden de resultaten vergeleken met de literatuur. Vervolgens worden de sterke en zwakke kanten van het uitgevoerde onderzoek uitgesproken. Daarna wordt de praktische toepasbaarheid besproken en ten slotte wordt de generaliseerbaarheid van de resultaten besproken.*

### 5.1 Resultaten en literatuur

De studentonderzoekers zijn erin geslaagd een beeld te krijgen van de scholingsbehoeften, gericht op palliatieve zorg, van gediplomeerde zorgprofessionals, die werkzaam zijn binnen zorgorganisaties die behoren tot het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. De thema's die daarbij naar voren zijn gekomen, hebben betrekking op de ervaringen en bijdrage aan de praktijk van huidige scholingen, scholingsbehoeften volgens de gediplomeerde zorgprofessionals zelf en scholingsbehoeften volgens gespecialiseerd palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg.

Zoals beschreven in het theoretisch kader, kan de financiering van scholingen tot een probleem leiden. Dit komt doordat werkgevers over het algemeen niet snel geneigd zijn om in scholingen te investeren (Goudswaard & Caminada, 2009). Dit is dan ook duidelijk terug te zien binnen de deelnemende zorgorganisaties van dit onderzoek. Verschillende respondenten gaven namelijk aan dat zij gedurende verschillende jaren geen scholing meer hebben gehad vanuit de organisatie zelf. Een aantal respondenten hebben dan wel extern scholingen gevolgd, van buiten het NPZZG. Dit kan invloed hebben op de resultaten van het onderzoek, doordat sommige respondenten aangaven niet meer goed te weten welke scholingsonderwerpen bij welke scholingen zijn gegeven. Wel konden zij, door het summiere scholingsaanbod, duidelijk aangeven waar zij behoeften aan hebben.

In het artikel van Nakazawa, et al. (2013) komt naar voren dat het gedrag en vertrouwen, van deelnemers, na het volgen van een scholing positief worden beïnvloed. Dit gaven de respondenten van dit onderzoek ook duidelijk aan. Ze gaven aan zich zekerder te voelen over de kennis die zij beschikken, waardoor zij beter konden reageren op cliënten en naasten. Dit geeft hen dan ook weer motivatie om zich verder te verdiepen in het onderwerp. Op deze manier voelen zij zich ook waardevoller voor het team waarin zij werken. Dit komt dan ook overeen met het artikel van Ward & Wright (2004). Ook blijkt uit het onderzoek dat gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg het meest comfortabel zijn met betrekking tot de communicatie met cliënten en naasten. De gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen geven echter wel aan dat zij behoefte hebben aan herhaling van dit onderwerp in een scholing. Dit komt overeen met het artikel van Moir, et al. (2015). In dit onderzoeksartikel kwam daarnaast naar voren dat het aantal jaren ervaring van de gediplomeerde zorgprofessional duidelijk invloed heeft op de communicatie met cliënten en naasten. Echter hebben wij hier geen verband mee gevonden met dit onderzoek.

In het artikel van Teno, et al. (2004) kwam naar voren dat een groot deel van de onderzochte cliënten geen correcte pijn- en symptoombestrijding heeft ontvangen. Dit is dan ook een onderwerp waarvan veel respondenten aangaven dat zij dit terug wilden zien in een scholing die regelmatig terugkomt. Hetzelfde geldt voor psychosociale zorg voor cliënten en naasten, waarvoor volgens het artikel te weinig aandacht is.

Het blijft een lastig punt bij wie de verantwoordelijkheid, om de scholingen te volgen, ligt. Volgens Schuijt-Nederlof (2014) zijn de zorgprofessionals zelf verantwoordelijk voor het verlenen van zorg op basis van kennis en ervaring. Echter dragen de zorgorganisaties de verantwoordelijkheid over de kwaliteit van zorg voor hun cliënten. Zij moeten er dan ook op kunnen vertrouwen dat de zorgprofessionals bij- en nascholingen volgen. In dit onderzoek



kwam dan ook naar voren dat de zorgprofessionals verschillend dachten over bij wie de verantwoordelijkheid tot het volgen van scholingen ligt.

## 5.2 Methodologische discussie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen vier verschillende zorgsettings, waaronder één ziekenhuis, drie thuiszorgorganisaties, twee verzorgings-/ verpleeghuizen en twee hospices. Hierdoor is de kans dat de resultaten sterk werden beïnvloed door de behoeften van bepaalde zorgsettings geminimaliseerd. Vanuit de verschillende afdelingen kwam daarnaast een grote diversiteit aan respondenten qua functie, leeftijd en werkervaring. Hierdoor is de representativiteit van de steekproeven relatief hoog. Echter was er geen grote diversiteit in geslacht en nationaliteit. Het zou dus kunnen dat de resultaten anders zijn wanneer er meer mannelijke respondenten zijn en wanneer er respondenten zijn met andere nationaliteiten dan de Nederlandse nationaliteit. Dit zijn dan ook beperkingen van het onderzoek.

Door de studentonderzoekers is bewust gekozen voor een inductieve werkwijze in plaats van een deductieve werkwijze. Door op deze manier te analyseren is tegengegaan dat er mogelijk waardevolle informatie verloren zou gaan of belangrijke resultaten over het hoofd zouden worden gezien. De studentonderzoekers zijn gedurende het gehele onderzoek zo zorgvuldig mogelijk te werk gegaan. Dit is onder andere te zien aan de manier waarop de interviewgids samen is gesteld, getest, aangepast en geëvalueerd. Ook aan het analyseren van de interviews door beide studentonderzoekers apart. Daarnaast is er door de studentonderzoekers gebruik gemaakt van de COREQ checklist (Tong, et al., 2007). Zij hebben de items uit deze checklist gebruikt als handvat bij het schrijven van het verslag, om zo de kwaliteit te verhogen.

De doelgerichte steekproef in de tweede trap en de enkelvoudig aselechte steekproef in de derde trap van de steekproef had tot gevolg dat gediplomeerde zorgprofessionals zelf konden aangeven of zij wilden participeren aan het onderzoek. Hierdoor zou er sprake geweest kunnen zijn van een positieve selectie, omdat zorgprofessionals die scholingen, gericht op palliatieve zorg, niet interessant of belangrijk vinden, zich waarschijnlijk niet hebben aangemeld. Het is dus mogelijk dat de resultaten hierdoor een ander beeld geven van de scholingsbehoeften dan in werkelijkheid het geval is. De vraag werd daarnaast ook gesteld via de leidinggevende. Het is voor de studentonderzoekers niet duidelijk op basis van welke criteria zij de zorgprofessionals hebben geselecteerd.

Bij verschillende interviews kwamen nieuwe scholingsbehoeften aan bod. Daardoor kan volgens de studentonderzoekers dan ook nog niet worden gesproken van saturatie. Hoogst waarschijnlijk hadden extra interviews nog tot aanvullende informatie geleid.

Verder waren de studentonderzoekers onervaren op het gebied van onderzoeken en interviews. Dit betekent dat de mogelijkheid bestaat dat de interviews niet altijd op de meest doeltreffende wijze werden uitgevoerd. Tijdens enkele interviews was er daarnaast sprake van tijdsdruk vanuit de respondenten in verband met hun andere werkzaamheden. Doordat de respondent hierdoor nogal vluchtig kan zijn, zou het kunnen dat niet alle informatie is verkregen gedurende het interview. Daarnaast is het mogelijk dat de manier van vragen door de studentonderzoekers is beïnvloed door de opgedane kennis bij de literatuurstudie en voorgaande interviews. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat er richting is gegeven aan de antwoorden van de respondenten.

Na bestudering van de sterke punten en beperkingen van dit onderzoek, is het denkbaar dat niet alle scholingsbehoeften, ten aanzien van palliatieve zorg, naar voren zijn gekomen.

## 5.3 Praktische toepasbaarheid

Binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland is er niet eerder onderzoek gedaan naar de scholingsbehoeften van gediplomeerde zorgprofessionals, die werken met

palliatieve cliënten. Het NPZZG wil graag een regionaal scholingsprogramma opzetten die in trek is bij de gediplomeerde zorgprofessionals. Dit onderzoek is dan ook een stap in de goede richting voor het ontwikkelen van een regionaal scholingsprogramma.

De resultaten van het onderzoek geven duidelijke handvatten aan het NPZZG om gediplomeerde zorgprofessionals te motiveren voor het volgen van, op palliatieve zorg gerichte, scholingsactiviteit(en). Daarnaast geven de resultaten handvatten om, voor de zorgprofessionals, geschikte scholingsonderwerpen aan bod te kunnen laten komen met behulp van een geschikte manier van scholing. Ook wordt duidelijk aangegeven wat de belemmeringen zijn voor de zorgprofessionals om naar een scholing te gaan en welke andere aspecten verbeterd moeten worden, volgens hen. Hier kan zo aandacht aan worden geschonken. Met behulp van de resultaten van dit onderzoek kan een geschikt regionaal scholingsprogramma worden opgezet.

Tevens zullen de zorgprofessionals het prettig vinden dat zij zelf inspraak hebben gehad, in het nog op te zetten scholingsprogramma, waardoor zij meer gemotiveerd zullen zijn om hier naartoe te gaan.

#### 5.4 Generaliseerbaarheid

De mate van generaliseerbaarheid van dit onderzoek is beperkt. In principe is het onderzoek te generaliseren naar alle onderzochte zorgsettings, die te maken hebben met palliatieve zorg en daar dus scholing over dienen te geven. Hierbij dient wel rekening te worden gehouden met cultuurverschillen binnen regio's, zorgorganisaties en afdelingen of teams. Binnen de onderzoekspopulatie van dit onderzoek waren de scholingsbehoeften namelijk al erg wisselend per individu. Om het onderzoek te kunnen generaliseren naar zorgorganisaties buiten het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland, is dan ook meer onderzoek nodig.

Het generaliseren van scholingsbehoeften, van de verschillende functionarissen, is ook in beperkte mate toepasbaar. Dit komt doordat bij dit onderzoek twaalf respondenten zijn betrokken. Hiervan namen maar enkele respondenten per functie deel. Ook is er geen saturatie bereikt met het onderzoek. Hierdoor is niet te bepalen dat de scholingsbehoeften, van alle gediplomeerde zorgprofessionals, aan bod komen in de resultaten en conclusie van dit onderzoek.

## 6. Conclusie

*In dit hoofdstuk wordt de conclusie van het onderzoek aangegeven. Dit wil zeggen dat er antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag aan de hand van de resultaten en de deelvragen.*

### 6.1 Deelvragen

*“Welke vaardigheden, kennis en attitude hebben de gediplomeerde zorgprofessionals, werkzaam binnen het NPZZG, nodig bij het uitvoeren van palliatieve zorg?”*

De gediplomeerde zorgprofessionals merken over het algemeen dat zij niet altijd voldoende kennis hebben over het uitvoeren van palliatieve zorg. Wanneer er wordt gevraagd naar welke vaardigheden, kennis en attitude zij nodig hebben, blijkt dat zij dit duidelijk kunnen aangeven.

Hetgene wat de professionals vooral nodig zeggen te hebben, gaat om onderwerpen omtrent kennis, namelijk ‘palliatief redeneren en klinische besluitvorming’, ‘pijnmanagement en symptoombestrijding’, ‘medisch-ethische en morele beslissingen’, ‘zorg voor verschillende patiëntencategoriën’, ‘kennis ten aanzien van de psychosociale zorg voor cliënten en naaste(n)’, ‘kwaliteit van leven’, ‘spirituele zorg’, ‘zorg voor verplegend personeel’, ‘dienstverlening en coördinatie op maat’, ‘definitie van palliatieve zorg’ en ‘financiering van palliatieve zorg’.

De vaardigheden die de zorgprofessionals nodig blijken te hebben, zijn vaardigheden ten aanzien van ‘de psychosociale zorg voor cliënten en naaste(n)’, ‘beoordelen, selecteren en toepassen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten’, ‘casusbesprekingen’, ‘kwaliteit van zorg’, ‘ontwikkelen en versterken van persoonlijke competenties, die bij het professioneel functioneren behoren’, ‘handvatten krijgen om een juiste invulling te geven aan een implementatietraject’, ‘werken met richtlijnen en protocollen’, ‘tiltechnieken’ en ‘didactische vaardigheden’. Vaardigheden komen dus ook vaak naar voren.

Verder geven de professionals aan dat zij het nodig hebben om scholing te krijgen over hoe zij een professionele attitude kunnen hebben wat betreft ‘palliatieve sedatie, euthanasie en versterven’, ‘communicatie met cliënten en naaste(n)’, ‘consultatie van, advisering aan en communiceren met collega’s’ en ‘zorg voor jonge mantelzorgers’. Attitude wordt door hen het minst aangegeven.

Bij geen enkel van de bovenstaande scholingsonderwerpen is een verband te leggen tussen de werkervaring en de scholingsbehoefte. De zorgprofessionals geven over het algemeen aan dat zij het meest behoefte hebben aan scholingsonderwerpen omtrent kennis en vaardigheden. Minder komt naar voren dat zij behoefte hebben aan scholing omtrent attitude.

*“Hoe denken gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg over welke onderwerpen van scholing, gericht op palliatieve zorg, nodig zijn voor de overige zorgprofessionals?”*

De gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg, geven aan dat de scholingsonderwerpen, die nodig zijn voor de zorgprofessionals, afhankelijk zijn van de functie van de zorgprofessional.

Wel werden de volgende onderwerpen omtrent kennis specifiek benoemd: ‘kwaliteit van leven’, ‘palliatief redeneren en klinische besluitvorming’, ‘spirituele zorg’, ‘definitie van palliatieve zorg’, ‘zorg voor verplegend personeel’ en het ‘multidisciplinaire aspect’. Met name het laatste onderwerp vinden zij erg belangrijk en van toepassing voor alle gediplomeerde zorgprofessionals.

Daarnaast werden de volgende onderwerpen omtrent vaardigheden specifiek benoemd: ‘kwaliteit van zorg’, ‘signaleren van palliatieve verpleegproblemen met behulp van meetinstrumenten’, ‘veelvoorkomende verpleegtechnische vaardigheden’ en ‘verpleegkundig rekenen’.

Opvallend is dat de gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig

specialisten palliatieve zorg juist scholingsonderwerpen omtrent attitude heel belangrijk vinden in tegenstelling tot de zorgprofessionals zelf. Dit gaat dan om een juiste houding en attitude bij het verlenen van palliatieve zorg met betrekking tot 'communicatie met cliënt en naaste(n)', maar ook bij 'communicatie tussen verplegend personeel en artsen'. Dit aspect is, volgens hen, dan ook van toepassing op alle gediplomeerde zorgprofessionals.

## 6.2 Vraagstelling

*“Welke scholingsbehoeften ten aanzien van palliatieve zorg hebben de gediplomeerde zorgprofessionals, die werkzaam zijn binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland?”*

De gediplomeerde zorgprofessionals hebben allen eigen scholingsbehoeften wat betreft palliatieve zorg. Ze geven over het algemeen aan dat zij het meest behoefte hebben aan scholingsonderwerpen omtrent kennis en vaardigheden. Minder komt naar voren dat zij behoefte hebben aan scholing omtrent attitude. Dit in tegenstelling tot wat de gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg aangeven. Zij geven scholing omtrent attitude juist aan als het belangrijkste aspect van scholing voor de zorgprofessionals.

De gediplomeerde zorgprofessionals geven wel aan dat zij graag meer scholingen willen, die regelmatig herhaald worden. Zij willen binnen die scholingen zowel een informatief als een interactief gedeelte en de inhoud moet in verhouding staan met de duur van de scholing. Op deze manier doen zij de meeste kennis op, aldus de respondenten. Uit de afgenomen interviews is gebleken dat er, met betrekking tot de diverse functies binnen de zorgorganisaties, geen onderscheid wordt gemaakt wat betreft de gehanteerde werkvormen tijdens een scholing. In het onderzoek kwam ook niet naar voren dat hier behoefte aan is. Om naar de scholingen te gaan, moeten de professionals wel gemotiveerd worden door middel van een aankondiging via e-mail of een prikbord in de teamkamer. Ook moeten er accreditatiepunten worden toegekend aan het volgen van een scholing, om de verpleegkundig specialisten naar een scholing te laten komen. De professionals raken het meest gemotiveerd om naar scholingen te gaan, wanneer deze plaatsvinden binnen werktijd en daarmee bekostigd worden door de zorgorganisatie. Ze willen voor een scholing dan ook niet te veel tijd kwijt zijn aan de voorbereiding. Daarnaast motiveert het hen als de scholingen verplicht zijn om te volgen, om vervolgens te mogen werken binnen de zorgorganisatie.

Verder willen de zorgprofessionals dat de scholingen plaatsvinden op een locatie binnen één van de zorgorganisaties, die behoren tot het NPZZG.

De catering moet geschikt zijn voor het tijdstip wanneer de scholingen plaatsvinden.

Wanneer het buiten tijden van maaltijden valt, is het voldoende wanneer de deelnemers worden voorzien van koffie en thee.

Er zijn dus een aantal manieren om zorgprofessionals te motiveren voor het deelnemen aan scholingen. Echter is er geen verband te leggen tussen de zorgsetting en de gewenste manier van scholing. Hetzelfde geldt voor een eventueel verband tussen werkervaring, zowel in de algemene zorg als in de palliatieve zorg, en de motivatie voor het gaan naar een scholing.

## 7. Aanbevelingen

*In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gegeven aan de hand van de resultaten en conclusies van dit onderzoek. De discussiepunten zijn hierbij in overweging genomen.*

### 7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Uit de resultaten is gebleken dat de huidige scholingen, gericht op palliatieve zorg, binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland op diverse punten kan worden verbeterd.

Al snel kwam naar voren dat de zorgprofessionals het prettig vinden wanneer er op structurele wijze aandacht wordt besteed aan het onderwerp. Op deze manier blijft het onderwerp actueel en worden de zorgprofessionals continu geprikkeld. Door een structureel scholingsprogramma aan te bieden, krijgen de zorgprofessionals bovendien de mogelijkheid om ervaringen te delen, vragen te stellen en zodoende de kennis te verbreden. Met een 'structureel scholingsprogramma' wordt een steeds terugkerend scholingsprogramma bedoeld. Het moet voor de zorgprofessionals mogelijk zijn om, wanneer zij daar behoefte aan hebben, de scholing nogmaals te volgen.

Aan de hand van de resultaten wordt aanbevolen om de inhoud van een scholing concreet in een uitnodiging weer te geven. Op deze manier is direct duidelijk waar de scholing uit bestaat en of het van toegevoegde waarde is voor hen. Tevens wordt geadviseerd dat er voor een dergelijke scholing nogmaals een reminder wordt verzonden, zodat de zorgprofessionals geprikkeld worden. Wanneer een scholing vervolgens heeft plaatsgevonden, wordt aanbevolen om de deelnemers een verslag van de inhoud mee te geven. Zodoende krijgen de deelnemers de mogelijkheid om de verkregen informatie terug te lezen wanneer zij hier behoefte aan hebben.

Daarnaast wordt geadviseerd om de voorbereiding van een scholing te beperken. Volgens de respondenten kost dit namelijk veel tijd, naast alle andere werkzaamheden. Bovendien wordt de desbetreffende stof vaak letterlijk herhaald in een scholing waardoor het voor de zorgprofessionals niet nuttig is, aldus de respondenten. Een feit is echter dat voorbereiding op een scholing een positieve bijdrage aan een scholing kan leveren, mits dit van toegevoegde waarde is. Om die reden wordt aanbevolen wel voorbereiding op een scholing te geven, maar in beperkte mate. Wanneer een deelnemer op een juiste manier is voorbereid, laat diegene zien dat hij op een professionele manier met het beroep bezig is. Bovendien is eenieder verantwoordelijk voor zijn eigen kennis en beroepsmatig functioneren.

Ook wordt aanbevolen dat bepaalde scholingen verplicht worden gesteld vanuit de zorgorganisaties zelf. Het idee hierachter dat is er per functie aangegeven wordt over welke kennis en vaardigheden men moet beschikken om de functie te mogen vervullen. Daarmee wordt bepaald welke scholingen een professional moet volgen. Tevens zal dit de leergierigheid van de zorgprofessionals bevorderen.

Om te realiseren dat verpleegkundig specialisten deelnemen aan een scholing, wordt geadviseerd dat er accreditatiepunten aan een scholing worden toegekend. De oorzaak hiervan is dat desbetreffende zorgprofessionals de verplichting hebben om een hoog aantal accreditatiepunten te behalen.

Tot slot wordt geadviseerd dat de scholingen plaatsvinden binnen één van de zorgorganisaties die behoren tot het NPZZG. Daarnaast is het zinvol om een scholing samen met andere zorgorganisaties binnen het NPZZG te organiseren. Deze adviezen worden gegeven omdat de zorgprofessionals aangaven het prettig te vinden wanneer de deelnemers

sfeer kunnen proeven binnen andere organisaties. Daarnaast hebben zij op die manier de mogelijkheid om onderling kennis uit te wisselen.

## 7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Om een hogere mate van generaliseerbaarheid te verkrijgen, is het raadzaam om een groter onderzoek op te zetten binnen het NPZZG. De reden hiervan is dat uit de resultaten af te leiden is dat de meningen van de geïnterviewde zorgprofessionals zeer divers zijn. In dit vervolgonderzoek zou dan ook een groot aantal respondenten moeten worden opgenomen. Tevens kunnen hierin respondenten met verschillend geslacht en verschillende nationaliteit opgenomen worden, om te kijken naar een eventueel verband tussen deze aspecten en de scholingsbehoeften. Daarnaast kan gekeken worden of werkervaring inderdaad geen invloed heeft op de scholingsbehoeften, of dat dit komt door het beperkte aantal respondenten in dit onderzoek.

Ook is het aan te bevelen dat de scholingsbehoeften van de functie 'helpende' worden onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat de gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg vinden dat zij, indien zij binnen de zorgorganisatie werkzaam zijn, ook scholing gericht op palliatieve zorg moeten krijgen. Dit is volgens hen hard nodig, omdat de helpenden vaak angstig zijn om met palliatieve zorg in aanraking te komen.

Verder is te adviseren om een onderzoek op te zetten dat een blik werpt op de manier waarop en welke scholingsonderwerpen er binnen andere Netwerken Palliatieve Zorg scholingen worden gegeven. Dit onderzoek geeft wellicht handvatten voor hoe er binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland omgegaan kan worden met scholing gericht op palliatieve zorg.



## Bronvermelding

Achterberg, Th. van, Bours, G.J.J.W., & Strijbol, N.C.M. (2009). *Effectief Verplegen 3: Handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen*. Dwingeloo: Kavanah.

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (2<sup>e</sup> druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers BV.

Borgsteede, S., Graafland-Riedstra, C., Deliëns, L., Francke, A., Eijk, J. van, & Willems, D. (2008). Goede zorg in de laatste levensfase volgens patiënten en hun huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 5(3), 120-124.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). *Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht*. Geraadpleegd op 21 september 2015, van [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7052\\_95&D1=a&D2=a&D3=0&D4=0,41,51,I&HDR=G2,G1,G3&STB=T&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=7052_95&D1=a&D2=a&D3=0&D4=0,41,51,I&HDR=G2,G1,G3&STB=T&VW=T)

Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: Methodiek en toepassing*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Goudswaard, K.P., & Caminada C.L.J. (2009). Het belang van scholing. *Tijdschrift voor Openbare Financien*, 41(1), 45-71.

Groot, A. de, Franck, A. L., & Willems, D.L. (2000). Kwaliteit van palliatieve zorg: behoeften van terminale patiënten en naasten. *Verpleegkunde*, 15(2), 91-103.

Have, E.C.M. ten. (2006). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen: De patiënt centraal* (2<sup>e</sup> druk). Doetinchem: Reed Business.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2015). *Hanintro* [Online afbeelding]. Gedownload op 17 september 2015, van <http://www.han.nl/>

Hoop, A. de. (2015). Studiehandleiding Kwaliteitszorg 2: *Onderwijseenheid VKWZ2, Voltijd, instroomDuaal & Toproute*. Reader 4304. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Hollands, L., Hendriks, L., Ariëns, H., & Verheggen, F. (2005). *Elementen van kwaliteitszorg: Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.

Integraal Kankercentrum Nederland. (2010, 10 september). *Algemene inleiding richtlijnen palliatieve zorg: Landelijke richtlijn, Versie: 2.0*. Gedownload op 28 september 2015, van <http://www.iknl.nl/docs/default-source/Palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen/algemene-inleiding-richtlijnen-palliatieve-zorg.pdf?sfvrsn=0>

Integraal Kankercentrum Nederland. (2010). *Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg*. Gedownload op 21 september 2015, van <https://www.iknl.nl/docs/default-source/Palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen/competentiebeschrijving-voor-de-verpleegkundige-in-de-palliatieve-zorg-v-vn-pv-2010.pdf?sfvrsn=0>

Integraal Kankercentrum Nederland. (2015). *Over palliatieve zorg*. Geraadpleegd op 28 september 2015, van <https://iknl.nl/palliatieve-zorg/over-palliatieve-zorg>

Integraal Kankercentrum Nederland. (2015). *Samenvatting beleidsplan palliatieve zorg 2013 - 2015*. Gedownload op 21 september 2015, van

<http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/22/IKNL%20Samenvatting%20beleidsplan%20PZ%202013-2015.pdf>

Kalf, H., & Beer, J. de. (2011). *Evidencebased logopedie: Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lucassen, P.L.B.J., & Hartman, T.C. olde. (2007). *Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor in de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Mast, J., & Meerveld, J. (2004). *Competentiebeschrijvingen voor verzorgenden in de thuiszorg, werkzaam op mbo-niveau: Module bij het handboek In de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg*. Meppel: Krips.

McCabe, M.P., Mellor, D., Davison, T.E., Hallford, D.J., & Goldhammer, D.L. (2011). Detecting and Managing Depressed Patients: Palliative Care Nurses' Self-Efficacy and Perceived Barriers to Care. *Journal of Palliative Medicine*, 15(4), 463-467.

Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Mintjes, J. (2011, 26 juli). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek hbo*. Geraadpleegd op 7 oktober 2015, van <http://blog.han.nl/acute-intensieve-zorg/2011/07/26/gedragscode-praktijkgericht-onderzoek-hbo/>

Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L.J. (2015). Communicating with Patients and Their Families About Palliative and End-of-Life Care: Comfort and Educational Needs of Nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112.

Morgan, J. (2008). End-of-life care in UK critical care units – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 152-161.

Nakazawa, Y., Kizawa, Y., Hashizume, T., Morita, T., Sasahara, T., & Miyashita, M. (2013). One-year Follow-up of an Educational Intervention for Palliative Care Consultation Teams. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44, 172-179.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg. (1999). *Palliatieve terminale zorg: een richtgevend kader vanuit verpleeghuizen*. Utrecht: NVVz.

Netwerk Palliatieve Zorg Eemland. (z.d.). *Gespecialiseerd verpleegkundigen Palliatieve zorg*. Geraadpleegd op 2 oktober 2015, van <http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/eemland/Pati%C3%ABntenennaasten/Hulpenzorg/tabid/8770/ctl/Details/ArticleID/10079/mid/13951/Gespecialiseerd-verpleegkundigen-Palliatieve-zorg.aspx>

Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. (2014). *Jaarverslag 2014*. Gedownload op 21 september 2015, van [http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/44/documenten/Jaarverslag%202014%20\(def\).pdf](http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/44/documenten/Jaarverslag%202014%20(def).pdf)

Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. (2013). *Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland; een continuüm van vertrouwen*. Gedownload op 25 november 2015, van <http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/44/documenten/Palliatieve%20Zorg%20een%20continuu%CC%88m%20van%20vertrouwen%20%20definitief%2020-08-13.pdf>



Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. (z.d.). *Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland* [Online afbeelding]. Gedownload op 17 september 2015, van <http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/zuidgelderland/Home.aspx>

Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. (z.d.). *Zorg in een palliatieve zorgvoorziening*. Geraadpleegd op 28 september 2015, van <http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/zuidgelderland/Pati%C3%ABntenennaasten/Zorgineenpalliatievezorgvoorziening.aspx>

Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland. (z.d.). *Zorg Thuis*. Geraadpleegd op 28 september 2015, van <http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/zuidgelderland/Pati%C3%ABntenennaasten/Zorgthuis.aspx>

Olphen, B. van. (2015, 31 juli). *Fsmantelzorg* [Online afbeelding]. Gedownload op 17 september 2015, van <http://www.joustercourant.nl/nieuws/40303/stand-by-fryslan-zoekt-vrijwilligers-in-fryske-marren/>

Oncoline. (2012, 29 februari). *Palliatieve zorg*. Geraadpleegd op 28 september 2015, van [http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=35055&richtlijn\\_id=835](http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=35055&richtlijn_id=835)

Pallialine. (2010, 10 september). *Algemene principes van palliatieve zorg: Landelijke richtlijn, Versie: 2.0*. Gedownload op 28 september 2015, van <https://www.iknl.nl/docs/default-source/Palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen/algemene-principes-richtlijnen-palliatieve-zorg.pdf?sfvrsn=0>

Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F., & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst*. Utrecht: Vilans.

Rijksoverheid. (z.d.). *Levens einde en euthanasie*. Geraadpleegd op 19 september 2015, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levens-einde-en-euthanasie/inhoud/palliatieve-zorg>

Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J.P. (2011). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.

Schuijt-Nederlof, I. (2014). *Aan de slag met het kwaliteitsregister V&V in uw zorginstelling*. Geraadpleegd op 12 januari 2016, van <http://kwaliteitsregister.venvn.nl/Over-het-register/Zorgorganisaties>

Spijker, G.J.H., & Laarman, M.J.B. (2000). *De praktijk van palliatieve zorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Stichting NIVEL. (2015). *Wat is de aard van de zorgbehoefte?* Geraadpleegd op 6 oktober 2015, van <https://www.nivel.nl/dossier/wat-is-de-aard-van-de-zorgbehoefte>

Stichting Voorlichting Palliatieve Zorg. (2015). *Verlichting van klachten*. Geraadpleegd op 18 september 2015, van [http://www.palliatievezorg.nl/page\\_816.html](http://www.palliatievezorg.nl/page_816.html)

Straaten, D. van. (2015). *Eindrapport 'Samen werken aan Deskundigheid'*. Projectverslag NPZZG. Nijmegen: Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland.

Teno, J.M., Clarridge, B.R., Casey, V., Welch, L.C., Wetle, T., Shield, R., & Mor, V. (2004). Family Perspectives on End-of-Life Care at the Last Place of Care [Online publicatie]. *The Journal of the American Medical Association*. Gedownload op 27 september 2015, van <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=197944#METHODS>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken* (5<sup>e</sup> druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Visser, A.Ph., Bilsen, J.J.R., & Francke, A.L. (2011). *Palliatieve zorg door verpleegkundigen*. Amsterdam: Reed Business.

Ward, C., & Wright M. (2004, 23 maart). Fast-track palliative care training to bridge the theory-practice gap [Online publicatie]. *Clinical Research & Development*. Gedownload op 28 september 2015, van <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/11/30/v/x/r/040323Fast-track-palliative-care-training--to-bridge-the-theory-practice-gap.pdf>

Wit, A. de, Koelewijn-Vissers, M.C., & Guldmond-de Jong, A. (2010). *Competentiebeschrijving voor de verpleegkundige in de palliatieve zorg*. Gedownload op 21 september 2015, van <https://www.iknl.nl/docs/default-source/Palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen/competentiebeschrijving-voor-de-verpleegkundige-in-de-palliatieve-zorg-v-vn-pv-2010.pdf?sfvrsn=0>

World Health Organisation. (2015). *WHO Definition of Palliative Care*. Geraadpleegd op 22 september 2015, van <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## Bijlage 1: Zoekstrategie

*In deze bijlage staat de zoekstrategie systematisch weergegeven. Hierbij is het "Format voor schriftelijke rapportage van een zoekstrategie" gebruikt, dat werd aangeleverd vanuit de planningsgroep KWZ 2 (Hoop, 2015). De zoekstrategie die hieronder staat beschreven is die gebruikt is in de database Pubmed. In andere databases is op gelijke systematische wijze naar literatuur gezocht. Om die reden staat dit één keer uitgewerkt.*

ZOEKSTRATEGIE (Uitleg)	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE (Hier de uitwerking zetten)
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp (invullen)	<b>Stap 1:</b> <i>Welke scholingsbehoeften ten aanzien van palliatieve zorg hebben de gediplomeerde zorgprofessionals, die werkzaam zijn binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland?</i>
Stap 2: PICO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	<b>Stap 2:</b> <b>Patient:</b> gediplomeerde zorgprofessionals <b>Intervention:</b> scholing gericht op palliatieve zorg <b>Comparison:</b> / <b>Outcome:</b> behoeften
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de PICO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc) 5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc) PS: niet afbakenen op free-full text! 6. Bouw de search per zoekterm op	<b>Stap 3:</b> <b>3.1 + 3.2</b> <b>P:</b> - Verpleegkundige (Nurse), - Verpleegkundigen (Nurses), - Palliatief verpleegkundige (Palliative nurse), - Palliatief consulent (Palliative adviser), - Palliatief consultatie team (Palliative care consultation team). <b>I:</b> - Scholing (Education, Training, Instruction), - Palliatieve zorg (Palliative care, End-of-life care), - Palliatief (Palliative). <b>C:</b> / <b>O:</b> - Behoeften (Needs). <b>Overige zoektermen:</b> - Behoeften van naasten (Family needs), - Effectiviteit (Effectiveness, Effectivity), - Ervaringen (Experiences), - Relevantie (Relevance).

	<p><b>Zoektermen voor exclusiecriteria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terminale zorg (Terminal care).</li> </ul> <p><b>3.3</b></p> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nurse (+ Nurses) → “Nurses” [MeSH]: Professionals qualified by graduation from an accredited school of nursing and by passage of a national licensing examination to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health.</li> <li>- Palliative nurse (+ Palliative adviser) → “Hospice and palliative care nursing” [MeSH]: A nursing specialty concerned with care of patients facing serious or life-threatening illnesses. The goal of palliative nursing is to prevent and relieve suffering, and to support the best possible quality of life for patients and their families. Hospice nursing is palliative care for people in their final stages of life.</li> <li>- Palliative care consultation team → Levert geen geschikte MeSH-term op.</li> </ul> <p><b>I:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Education (+ Training) → “Education” [MeSH]: Acquisition of knowledge as a result of instruction in a formal course of study.</li> <li>- Instruction → “Teaching” [MeSH]: The educational process of instructing.</li> <li>- Palliative care (+ Palliative) → “Palliative care” [MeSH]: Care alleviating symptoms without curing the underlying disease.</li> <li>- End-of-life care → “Hospice care” [MeSH]: Specialized health care, supportive in nature, provided to a dying person. A holistic approach is often taken, providing patients and their families with legal, financial, emotional, or spiritual counseling in addition to meeting patients’ immediate physical needs. Care may be provided in the home, in the hospital, in specialized facilities (HOSPICES), or in specially designated areas of long-term care facilities. The concept also includes bereavement care for family.</li> </ul> <p><b>C:</b></p> <p>/</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Needs → “Needs Assessment” [MeSH]: Systematic identification of a population’s needs or the assessment of individuals to determine the proper level of services needed.</li> </ul>
--	--

	<p><b>Overige MeSH-term:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectiveness → “Comparative Effectiveness Research” [MeSH]: Conduct and synthesis of systematic research comparing interventions and strategies to prevent, diagnose, treat, and monitor health conditions. The purpose of this research is to inform patients, providers, and decision-makers, responding to their expressed needs, about which interventions are most effective for which patients under specific circumstances.</li> </ul> <p><b>MeSH-term voor exclusiecriteria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terminal care → “Terminal care” [MeSH]: Medical and nursing care of patients in the terminal stage of an illness.</li> </ul> <p><b>Overige vrije termen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectivity</li> <li>- End-of-Life Care</li> <li>- Experiences</li> <li>- Family needs</li> <li>- Palliative care consultation team</li> <li>- Relevance</li> </ul> <p><b>3.4</b></p> <p>Tijdens het zoeken naar relevante artikelen is er gebruik gemaakt van de booleaanse operatoren OR, AND en NOT op verschillende manieren. In bijlagen 2,3 en 4 zijn deze combinaties terug te vinden.</p> <p><b>3.5</b></p> <p>Er zijn per zoekopdracht verschillende limits toegepast. De gebruikte limits zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Article type: clinical trial,</li> <li>- Article type: review,</li> <li>- Publication dates: 5 years,</li> <li>- Publication dates: 10 years,</li> <li>- Species: humans.</li> </ul> <p>In bijlage 2 is per zoekopdracht aangegeven welke limit er is of zijn toegepast.</p> <p><b>3.6</b></p> <p>Zie hiervoor bijlagen 2, 3 en 4: Gebruikte PICO-modellen in Pubmed, Google Scholar en CINAHL.</p>
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4A: SEARCH PUBMED  Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per	<p><b><u>Stap 4A: search PubMed:</u></b></p> <p>Aantal hits per MeSH-term:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nurses” [MeSH]: #72.420</li> <li>- “Hospice and palliative care nursing” [MeSH]: #143</li> </ul>

<p>search (gebruik hiervoor de history)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Education" [MeSH]: #643.711</li> <li>- "Teaching" [MeSH]: #69.507</li> <li>- "Palliative care" [MeSH]: #42.429</li> <li>- "Hospice care" [MeSH]: #4.887</li> <li>- "Needs Assessment" [MeSH]: #23.587</li> <li>- "Validation studies as topic" [MeSH]: #1.551</li> </ul> <p>In bijlage 2 wordt weergegeven hoe verschillende combinaties van bovenstaande termen gebruikt zijn met de booleaanse operatoren om tot diverse zoekopdrachten te komen. Ook wordt hierin het aantal gevonden resultaten per zoekopdracht aangegeven.</p>
<p><b>Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS</b></p> <p>Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest</p>	<p><b><u>Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS</u></b></p> <p><b>Inclusiecriteria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In de titel moet staan dat het gaat over palliatieve zorg;</li> <li>- In de abstract moet aangegeven worden dat het artikel gaat over verplegend personeel en/of palliatief consulenten;</li> <li>- In de abstract staat aangegeven dat het om scholing gaat;</li> <li>- In de abstract staat dat er wordt gekeken naar ervaringen van zorgprofessionals of cliënten en naasten;</li> <li>- Engels- of Nederlandstalige artikelen.</li> </ul> <p><b>Exclusiecriteria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terminale zorg;</li> <li>- Artikelen die gaan over dieren;</li> <li>- Artikelen met resultaten uit een hele andere cultuur.</li> </ul>
<p><b>Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS</b></p> <p>Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in- en exclusiecriteria</p>	<p><b><u>Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS</u></b></p> <p>Na selectie op basis van titel, abstract en de in- en exclusiecriteria zijn 2 artikelen van Pubmed geschikt om te gebruiken voor onze onderzoeksvraag.</p> <p>Artikelen die gaan over terminale zorg zijn ongeschikt, omdat deze gaan over de terminale fase. Dit is niet hetzelfde als de palliatieve fase, maar een onderdeel hiervan. Ook zijn de artikelen die gaan over onderzoek over specifieke onderwerpen in andere culturen geëxcludeerd. Dit omdat deze niet representatief zijn voor de Westerse cultuur. Er kan namelijk sprake zijn van verschillen in wetten en in de organisatie van palliatieve zorg.</p>

<p>Stap 4D: FULL-TEXT</p> <p>Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn</p>	<p><b><u>Stap 4D: FULL-TEXT</u></b></p> <p>Allebei de artikelen zijn full-text beschikbaar.</p>
<p>Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN?</p> <p>Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze</p>	<p><b><u>Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN?</u></b></p> <p>De gebruikte artikelen staan beschreven in bijlage 2. Alle gebruikte artikelen met een uitwerking van de belangrijkste kenmerken staan daarnaast ook in bijlage 5: Evidence tabel.</p>

## Bijlage 2: Gebruikte zoekopdrachten in Pubmed

Er is gebruik gemaakt van de database Pubmed, omdat deze gemakkelijk toegankelijk is. Deze database bevat wetenschappelijke literatuur van medische aard, dus is ook van toepassing op het onderzoek.

### **PICO:**

**P:** gediplomeerde zorgprofessionals

**I:** scholing gericht op palliatieve zorg

**C:** /

**O:** behoeften

### **Zoekopdracht 1: Patient**

- "Nurses" [MeSH]

- "Hospice and palliative care nursing" [MeSH]

((("Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh])) OR "Nurses"[Mesh])

Aantal hits: #72.561

### **Zoekopdracht 2: Intervention**

- "Education" [MeSH]

- "Teaching" [MeSH]

- "Palliative care" [MeSH]

- "Hospice care" [MeSH]

((("Hospice Care"[Mesh]) OR "Palliative Care"[Mesh]) OR "Teaching"[Mesh]) OR "Education"[Mesh]

Aantal hits: #686.430

### **Zoekopdracht 3: Outcome**

- "Needs Assessment" [MeSH]

"Needs Assessment"[Mesh]

Aantal hits: #23.587

### **Zoekopdracht 4: Combinatie P AND I AND O**

((("Needs Assessment"[Mesh]) AND (((("Hospice Care"[Mesh]) OR "Palliative Care"[Mesh]) OR "Teaching"[Mesh]) OR "Education"[Mesh])) AND (((("Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh])) OR "Nurses"[Mesh]))

Aantal hits: #1.265

### **Zoekopdracht 5: Beperken aantal hits**

Om het aantal resultaten te beperken, is de volgende term in combinatie met de booleaanse operator NOT opgenomen in de zoekopdracht:

- "Terminal care" [MeSH]

Aantal hits: #1.239

*Verantwoording keuze "Terminal care" [MeSH] bij NOT: Artikelen die gaan over terminale zorg zijn ongeschikt, omdat deze gaan over de terminale fase. Dit is niet hetzelfde als de palliatieve fase, maar een onderdeel hiervan.*

Om het aantal resultaten nog verder te beperken, worden filters toegepast:

- Published in the last 10 years

Aantal hits: #466



*Verantwoording keuze filter "Published in the last 10 years": het is van belang recente artikelen te gebruiken die een goed beeld geven van wat er al wel of niet bekend is wat het onderwerp betreft.*

Omdat deze zoekopdracht te veel hits oplevert om op titel te doorzoeken, word de filter aangepast:

- Published in the last 5 years

Aantal hits: #105

*Verantwoording keuze filter "Published in the last 5 years": naast dat het van belang is om recent onderzoek te gebruiken, zorgt het ook voor minder hits.*

Ook deze zoekopdracht levert te veel hits op. Daarom wordt de volgende filter toegevoegd:

- Species humans

Aantal hits: #100

*Verantwoording keuze filter "Species humans": de artikelen die van belang zijn voor het onderzoek moeten gaan over resultaten waarbij het om mensen gaat.*

Deze zoekopdracht levert ook te veel hits op. Daarom is de volgende filter toegevoegd:

- Article type clinical trial

Aantal hits: #5

*Verantwoording keuze filter "Article type clinical trial": deze onderzoeken behoren tot een hoog level of evidence. Daarnaast zorgt de filter voor minder hits.*

Dit geeft juist te weinig hits. Om die reden wordt de filter toegevoegd:

- Article type review

Aantal hits: #12

*Verantwoording keuze filter "Article type review": dit soort onderzoek behoort tot een hoog level of evidence. Daarnaast zorgt het ervoor dat het aantal hits hoger is.*

Deze zoekopdracht levert geen relevante artikelen op. Dit zal komen doordat er te veel termen zijn toegevoegd. Om die reden wordt de zoekopdracht aangepast. Er is gekozen om alleen de algemene MeSH-term "Nurses" te pakken met daarbij de MeSH-term "Education", omdat het om scholing van verpleegkundigen gaat. Als toevoeging wordt de MeSH-term "Palliative Care" toegevoegd, omdat het om scholing van palliatieve zorg gaat. Er wordt gekozen om ook de MeSH-term "Hospice Care" te gebruiken, omdat dit een andere term is wat om palliatieve zorg gaat. Er wordt dan ook gebruik gemaakt van de booleaanse operator OR tussen de laatste twee termen.

### **Zoekopdracht 6**

((("Palliative Care"[Mesh]) OR "Hospice Care"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]) AND "Education"[Mesh]

Aantal hits: #130

### **Zoekopdracht 7**

Om het aantal hits te beperken is de volgende term in combinatie met de booleaanse operator NOT opgenomen in de zoekopdracht:

- "Terminal care" [MeSH]

(((((("Palliative Care"[Mesh]) OR "Hospice Care"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]) AND "Education"[Mesh])) NOT "Terminal Care"[Mesh])

Aantal hits: #94

Om het aantal hits te verminderen, worden er opnieuw filters ingeschakeld. De volgende filter wordt toegepast:

- Published in the last 10 years

Aantal hits: #56

Ondanks dat het aantal hits aan de hoge kant is, worden de artikelen toch doorzocht op titel. Artikelen waarin een onderwerp wordt behandeld in een hele andere cultuur, worden uitgesloten. Dit omdat deze niet representatief zijn voor de Westerse cultuur. Er kan namelijk sprake zijn van verschillen in wetten en in de organisatie van palliatieve zorg.

#### **Relevant gevonden artikelen:**

- McCabe, M.P., Mellor, D., Davison, T.E., Halford, D.J. & Goldhammer, D.L. (2011). Detecting and Managing Depressed Patients: Palliative Care Nurses' Self-Efficacy and Perceived Barriers to Care. *Journal of Palliative Medicine*, 15(4), 463-467.
- Nakazawa, Y., Kizawa, Y., Hashizume, T., Morita, T., Sasahara, T., & Miyashita, M. (2013). One-year Follow-up of an Educational Intervention for Palliative Care Consultation Teams. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44, 172-179.

*N.B.: Het artikel van Nakazawa et al. (2013) is geschreven in een Oosterse cultuur. Echter heeft dit geen invloed op de voor dit onderzoek belangrijke resultaten. Daarom is dit artikel, ondanks de exclusiecriteria, opgenomen in dit onderzoek.*

#### **Sneeuwbalmethode:**

Ook is er, naast het zoeken van artikelen in online databases, gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Dit houdt in dat er in de gevonden relevante artikelen wordt gekeken naar de referentielijst om te kijken of hier artikelen staan vermeld die betrekking hebben op het onderzoeksonderwerp (Baarda, 2014). Met behulp van deze methode is het volgende artikel gevonden met betrekking tot de onderzoeksvraag:

- Ward, C. & Wright M. (2004, 23 maart). Fast-track palliative care training to bridge the theory-practice gap [Online publicatie]. Clinical Research & Development. Gedownload op 28 september 2015, van <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/11/30/v/x/r/040323Fast-track-palliative-care-training--to-bridge-the-theory-practice-gap.pdf>

## Bijlage 3: Gebruikte zoekopdrachten in CINAHL

CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) is een database die referenties uit Engelstalige verpleegkundige tijdschriften en een aantal tijdschriften uit verwante vakgebieden, zoals fysio- en ergotherapie, revalidatiegeneeskunde en logopedie, bevat. Omdat dit onderzoek gericht is op verpleegkundigen, is het een logische keuze geweest om gebruik te maken van deze database. In CINAHL wordt gebruik gemaakt van 'CINAHL headings'. Deze zijn vergelijkbaar met MeSH-termen in Pubmed. Voor het zoeken naar literatuur zijn dan ook MeSH-termen gebruikt. Per zoekopdracht is aangegeven hoeveel hits het oplevert.

### **PICO:**

**P:** gediplomeerde zorgprofessionals

**I:** scholing gericht op palliatieve zorg

**C:** /

**O:** behoeften

### **Zoekopdracht 1: Patient**

- "Nurses": #260.431

- "Hospice and palliative care nursing": #413

(Nurses OR Hospice and palliative care nursing)

Aantal hits: #260.656

### **Zoekopdracht 2: Intervention**

- "Education": #460.114

- "Teaching": #69.165

- "Palliative care": #27.293

- "Hospice care": #8.654

(Education OR Teaching OR Palliative care OR Hospice care)

Aantal hits: #509.906

### **Zoekopdracht 3: Outcome**

- "Needs Assessment": #13.684

### **Zoekopdracht 4: Combinatie P AND I AND O**

(Nurses OR Hospice and palliative care nursing) AND (Education OR Teaching OR Palliative care OR Hospice care) AND Needs Assessment

Aantal hits: #906

### **Zoekopdracht 5: Beperken aantal hits**

Om het aantal resultaten nog te beperken, wordt de volgende beperking toegepast:

- Publicatiedatum 2005 tot en met 2015

Aantal hits: #447

*Verantwoording keuze beperking: het is van belang recente artikelen te gebruiken die een goed beeld geven van wat er al wel of niet bekend is wat het onderwerp betreft.*

Ondanks dat het aantal hits hoog is, wordt een gedeelte van de artikelen toch doorzocht op titel. Artikelen waarin een onderwerp wordt behandeld in een hele andere cultuur, worden uitgesloten. Dit omdat deze niet representatief zijn voor de Westerse cultuur. Er kan namelijk sprake zijn van verschillen in wetten en in de organisatie van palliatieve zorg.

**Relevant gevonden artikel:**

- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L.J. (2015). Communicating with Patients and Their Families About Palliative and End-of-Life Care: Comfort and Educational Needs of Nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112.

**Zoekopdracht 6**

Omdat dit een groot aantal hits oplevert, wordt de zoekopdracht veranderd, waarbij de volgende termen worden gebruikt: 'End-of-Life Care' en 'Relevance'. Omdat 'End-of-Life Care' een ander woord is voor 'Palliative care', wordt deze toegevoegd aan de zoekopdracht. 'Relevance' wordt toegevoegd, omdat de studentonderzoekers specifiek willen weten wat de verpleegkundige relevantie is van de onderzoeksvraag. Deze worden gecombineerd met de termen 'Palliative care' en 'Nurses'

- "End-of-Life Care": #6.603

- "Relevance": #

(Palliative care OR End-of-Life Care) AND relevance AND nurses

Aantal hits: #98

Om het aantal resultaten nog te beperken, wordt de volgende beperking toegepast:

- Publicatiedatum 2005 tot en met 2015

Aantal hits: #84

*Verantwoording keuze beperking: het is van belang recente artikelen te gebruiken die een goed beeld geven van wat er al wel of niet bekend is wat het onderwerp betreft.*

Ondanks dat het aantal hits redelijk groot is, worden de artikelen toch doorzocht op titel. Artikelen waarin een onderwerp wordt behandeld in een hele andere cultuur, worden uitgesloten. Dit omdat deze niet representatief zijn voor de Westerse cultuur. Er kan namelijk sprake zijn van verschillen in wetten en in de organisatie van palliatieve zorg.

**Relevant gevonden artikel:**

- Morgan, J. (2008). End-of-life care in UK critical care units – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 152-161.

## Bijlage 4: Gebruikte zoekopdrachten in Google Scholar

Google Scholar is een database waarin op een eenvoudige manier gezocht kan worden naar wetenschappelijke literatuur. In deze database staat literatuur over de meest uiteenlopende disciplines. Deze database is gebruikt vanwege de gemakkelijke toegankelijkheid. In Google Scholar wordt gebruik gemaakt van zoektermen. Als zoekterm kan gekozen worden voor MeSH-termen die in Pubmed worden gebruikt, om zo de meest relevante artikelen te zoeken. Bij het zoeken naar geschikte artikelen in deze database zijn over het algemeen dezelfde termen gebruikt als in Pubmed. De hoeveelheid hits staan aangegeven achter de term of zoekopdracht.

### **PICO:**

**P:** gediplomeerde zorgprofessionals

**I:** scholing gericht op palliatieve zorg

**C:** /

**O:** behoeften

Bij alle zoekopdrachten zijn de volgende limits toegepast:

- Exclusief patenten
- Exclusief citaten

*Verantwoording keuze limits exclusief patenten en citaten: wanneer het inclusief patenten en citaten is, komt er een groter aantal hits. Dit terwijl de patenten en citaten niet relevant zijn voor het onderzoek. Voor het onderzoek zijn wetenschappelijke artikelen nodig die verspreid mogen worden.*

### **Zoekopdracht 1: Patient**

- "Nurses": #2.430.000
- "Hospice and palliative care nursing": #50.600

### **Zoekopdracht 2: Intervention**

- "Education": #4.650.000
- "Teaching": #4.010.000
- "Palliative care": #601.000
- "Hospice care": #167.000

### **Zoekopdracht 3: Outcome**

- "Needs Assessment": #4.090.000

### **Zoekopdracht 4**

In de database Google Scholar kan geen gebruik worden gemaakt van de booleaanse operator OR. Om die reden is ervoor gekozen om te zoeken met combinaties van één zoekterm per onderdeel van de PICO. Omdat de studentonderzoekers behoefte hebben aan literatuur over behoeften van cliënten die palliatieve zorg verkrijgen van verplegend personeel, is ervoor gekozen om de zoektermen "Nurses", "Palliative care" en "Needs Assessment" te combineren.

Nurses AND Palliative care AND Needs Assessment

Aantal hits: #96.500

Om het aantal hits te verminderen is er een aangepast bereik toegepast. Het volgende bereik wordt toegepast:

- Vanaf 2000 tot en met 2015

Aantal hits: #82.100

*Verantwoording keuze aanpassing bereik 'Vanaf 2000 tot en met 2015': het is van belang recente artikelen te gebruiken die een goed beeld geven van wat er al wel of niet bekend is wat het onderwerp betreft. Daarnaast zorgt deze limit ervoor dat er minder hits zullen zijn.*

### **Zoekopdracht 5**

Vanwege het grote aantal hits is er gekozen om extra zoektermen toe te voegen aan de zoekopdracht. Omdat 'End-of-Life Care' een ander woord is voor 'Palliative care', wordt deze ook toegevoegd aan de zoekopdracht. Daarnaast is het belangrijk om te kijken naar de behoeften van de cliënt die palliatieve zorg verkrijgt, maar ook aan de behoeften van de naaste(n). Om die reden wordt ook de zoekterm 'Family needs' toegevoegd.

- "End-of-Life Care": #389.000
- "Family needs": #4.510.000

Nurses AND Palliative care AND Needs Assessment AND Family Needs AND End of Life Care

Aantal hits: #56.600

Om het aantal hits te verminderen is er een aangepast bereik toegepast. Het volgende bereik wordt toegepast:

- Vanaf 2000 tot en met 2015

Aantal hits: #51.000

*Verantwoording keuze aanpassing bereik 'Vanaf 2000 tot en met 2015': het is van belang recente artikelen te gebruiken die een goed beeld geven van wat er al wel of niet bekend is wat het onderwerp betreft. Daarnaast zorgt deze limit ervoor dat er minder hits zullen zijn.*

Ondanks dat het aantal hits erg groot is, wordt een gedeelte van de artikelen toch doorzocht op titel. Dit omdat er in één oogopslag een artikel uit de zoekopdracht is gekomen, die van toepassing is op de onderzoeksvraag. Ook is het zo dat in deze database literatuur staat over de meest uiteenlopende disciplines, hierdoor is het dan ook vrij lastig relevante literatuur te vinden. Artikelen waarin een onderwerp wordt behandeld in een hele andere cultuur, worden uitgesloten. Dit omdat deze niet representatief zijn voor de Westerse cultuur. Er kan namelijk sprake zijn van verschillen in wetten en in de organisatie van palliatieve zorg.

### **Relevant gevonden artikel:**

- Teno, J.M., Clarridge, B.R., Casey, V., Welch, L.C., Wetle, T., Shield, R., & Mor, V. (2004). Family Perspectives on End-of-Life Care at the Last Place of Care [Online publicatie]. *The Journal of the American Medical Association*. Gedownload op 27 september 2015, van <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=197944#METHODS>

### **Zoekopdracht 6**

Omdat de studentonderzoekers behoefte hebben aan meer relevante literatuur, is ervoor gekozen om apart naar Nederlandse artikelen te zoeken. Hierbij worden de zoektermen in het Nederlands in de zoekopdracht vermeld. De studentonderzoekers zijn geïnteresseerd in de behoeften van patiënten bij palliatieve zorg. Om die reden wordt er gezocht aan de hand van de zoektermen: 'palliatieve zorg', 'patiënten' en 'ervaringen'.

- "palliatieve zorg": #3.960
- "patiënten": #124.000
- "ervaringen": #55.000

Palliatieve zorg EN Patiënten EN Ervaringen

Aantal hits: #1.800

Om het aantal hits te verminderen is er een aangepast bereik toegepast. Het volgende bereik wordt toegepast:

- Vanaf 2000 tot en met 2015

Aantal hits: #1.630

*Verantwoording keuze aanpassing bereik 'Vanaf 2000 tot en met 2015': het is van belang recente artikelen te gebruiken die een goed beeld geven van wat er al wel of niet bekend is wat het onderwerp betreft. Daarnaast zorgt deze limit ervoor dat er minder hits zullen zijn.*

Ondanks dat het aantal hits groot is, wordt een gedeelte van de artikelen toch doorzocht op titel. Dit omdat het zo is dat in deze database literatuur staat over de meest uiteenlopende disciplines, hierdoor is het dan ook vrij lastig relevante literatuur te vinden. Artikelen waarin een onderwerp wordt behandeld in een hele andere cultuur, worden uitgesloten. Dit omdat deze niet representatief zijn voor de Westerse cultuur. Er kan namelijk sprake zijn van verschillen in wetten en in de organisatie van palliatieve zorg.

#### **Relevant gevonden artikel:**

- Borgsteede, S., Graafland-Riedstra, C., Deliëns, L., Francke, A., Eijk, J. van, & Willems, D. (2008). Goede zorg in de laatste levensfase volgens patiënten en hun huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 5(3), 120-124.

#### **Zoekopdracht 7**

Omdat de studentonderzoekers behoefte hebben aan meer relevante literatuur over het belang van scholing en de effectiviteit hiervan, is ervoor gekozen hier apart op te gaan zoeken. Hierbij worden de zoektermen in het Nederlands in de zoekopdracht vermeld. De zoektermen zijn als volgt geformuleerd: 'scholing', 'belang' en 'effectiviteit'.

- "Scholing": #19.300

- "Belang": #278.000

- "Effectiviteit": #36.400

Scholing EN Belang EN Effectiviteit

Aantal hits: #6.240

Om het aantal hits te verminderen is er een aangepast bereik toegepast. Het volgende bereik wordt toegepast:

- Vanaf 2000 tot en met 2015

Aantal hits: #5.570

*Verantwoording keuze aanpassing bereik 'Vanaf 2000 tot en met 2015': het is van belang recente artikelen te gebruiken die een goed beeld geven van wat er al wel of niet bekend is wat het onderwerp betreft. Daarnaast zorgt deze limit ervoor dat er minder hits zullen zijn.*

Ondanks dat het aantal hits erg groot is, wordt een gedeelte van de artikelen toch doorzocht op titel. Dit omdat er in één oogopslag een artikel uit de zoekopdracht is gekomen, die van toepassing is op de onderzoeksvraag. Artikelen die gaan over scholing van dieren, worden geëxcludeerd. Deze zijn namelijk niet van belang voor het onderzoek.

#### **Relevant gevonden artikel:**

- Goudswaard, K.P. & Caminada C.L.J. (2009). Het belang van scholing. *Tijdschrift voor Openbare Financiën*, 41(1), 45-71.

## Bijlage 5: Evidence tabel

*De gebruikte artikelen voor dit onderzoek worden op alfabetische volgorde beschreven in de evidence tabel. Hierin staat per artikel vermeld wanneer het geschreven is, hoe de populatie eruitzag en wat de belangrijkste resultaten en conclusies van het artikel zijn. Ook zijn de artikelen beoordeeld op mate van betrouwbaarheid, waarbij gebruik is gemaakt van de volgende indeling (Kalf & Beer, 2011):*

- A1:** Systematisch review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
- A2:** Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van voldoende kwaliteit.
- B:** Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2.
- C:** Niet-vergelijkend onderzoek.
- D:** Mening van deskundigen.

Auteur	Jaar	Design	Mate van bewijs	Populatie/ Literatuur search	Resultaten / Conclusie
Borgsteede, et al.	2008	Kwalitatief explorerend onderzoek.	C	In Nederland zijn 20 huisartsen en 30 van hun patiënten ondervraagd aan de hand van kwalitatieve, semigestructureerde interviews. De patiënten, die leden aan kanker, hartfalen of COPD, hadden een levensverwachting van minder dan 6 maanden.	Uit het onderzoek blijkt dat de ontwikkelingen in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg invloed hebben op de vier kernwaarden van de zorg in de palliatieve fase. De vier kernwaarden zijn: beschikbaarheid van de huisarts voor huisbezoeken, medische vaardigheid en samenwerking met andere professionals, aandacht en continuïteit van zorg. Dergelijke ontwikkelingen kunnen onder andere tot minder tijd voor huisbezoeken leiden. Daarnaast komt de zorg buiten kantooruren steeds meer in handen van de huisartsenposten en komen er meer parttime werkenden.
Goudswaard & Caminada	2009	Literatuurstudie.	B	Er is in databases gezocht naar in hoeverre de economische theorie aanknopingspunten biedt voor overheidsbeleid op het terrein van	Uit onderzoek blijkt dat het optreden van externe effecten op het geven van scholingen een vorm van marktfalen is, waardoor er te weinig wordt geïnvesteerd in het ontwikkelen



				<p>scholing in Nederland. Ook is er gekeken naar de cijfers van het CBS over deelname aan scholing in Nederland. Deze cijfers werden vergeleken met cijfers van over de wereld. Daarnaast is er gekeken naar literatuur over instrumenten om scholing te financieren en te stimuleren. Verder werd er gezocht naar literatuur over empirisch onderzoek op het terrein van effecten van scholing. Er staat nergens vermeld hoeveel relevante artikelen zijn gevonden.</p>	<p>van scholingen. Tevens kan de financiering van scholingen tot een probleem leiden, aangezien werkgevers over het algemeen niet snel geneigd zijn om in scholingen te investeren. Daarentegen laten diverse empirische onderzoeken zien dat scholing positieve effecten heeft op de productiviteit, het loon en de arbeidsmarktpositie van de zorgprofessionals.</p>
Moir, et al.	2015	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek.	B	<p>60 intramurale verpleegkundigen van een ziekenhuis in Idaho (VS) hebben de scholing 'End of Life Professional Caregiver Survey' gevolgd. Hierin werden drie domeinen getoetst: communicatie waarbij cliënt en familie centraal staan, culturele en ethische waarden en effectieve zorgverlening.</p>	<p>Het aantal jaren ervaring van de verpleegkundigen en de afdeling waarop zij werken heeft een duidelijke invloed op hun comfort om palliatieve zorg te bespreken met cliënten en hun naaste(n). Dit geldt voor alle drie de domeinen. Gespecialiseerde verpleegkundigen zijn het meest comfortabel met betrekking tot de communicatie waarbij cliënt en familie centraal staan.</p>
Morgan	2008	Review.	A1	<p>Er is in medische en verpleegkundige databases gezocht naar literatuur over palliatieve zorg, intensieve zorg en kritieke zorg. Dit zorgde voor een handje vol resultaten. Het zoeken is verbreed met de termen 'goede dood' en 'staken van behandeling'. Dit onderzoek vond plaats in Engeland.</p>	<p>Uit de literatuur blijkt dat er een verschuiving is wat betreft palliatieve zorg. Het nieuwe uitgangspunt is een humanistische benadering. Om als verpleegkundige competent te zijn, is organisatorische en educatieve ondersteuning op lokaal en nationaal niveau nodig.</p>
McCabe, et al.	2011	Kwantitatief explorierend onderzoek.	C	<p>Er zijn enquêtes gehouden met 69 verpleegkundigen van 21 tot 65 jaar. Deze waren werkzaam in drie verschillende regionale gezondheidsinstellingen, voor palliatieve</p>	<p>Bevindingen tonen aan dat voor het effectief detecteren van depressie bij een palliatieve cliënt, scholing nodig is voor zorgprofessionals.</p>

				zorg, in Australië. Het gemiddelde was 9.14 jaar ervaring in de palliatieve zorg.	
Nakazawa et al.	2013	Kwantitatief verkennend onderzoek.	C	De populatie van het onderzoek bestaat uit vrijwillige deelnemers van een scholing voor het palliatieve zorg consultatie team in Japan. Dit onderzoek heeft vier keer plaatgevonden van december 2008 tot augustus 2009: voor de scholing en 3, 6 en 12 maanden erna. Aan de deelnemers werd in deze perioden gevraagd of zij een enquête wilde invullen.	Uit onderzoek blijkt dat het gedrag en het vertrouwen van de deelnemers positief worden beïnvloedt na het volgen van de scholing.
Teno, et al.	2004	Follow-back studie.	C	Naasten en derden via naasten, die 1578 overledenen representeren, zijn gebruikt voor het inschatten van de ervaringen met palliatieve zorg. Via de telefoon werd gevraagd naar de ervaring van de overledene en van de naasten. Dit onderzoek vond plaats in de VS.	Voor 67,1% van de overledenen was een instelling hun laatste verblijfplaats. 32,9% van de overledenen stierf thuis. 38,2% van de overledenen heeft geen verpleegkundige zorg ontvangen. 12,5% van de overledenen had thuiszorg en 49,3% had thuis hospice diensten. Ongeveer een kwart van de cliënten met pijn of kortademigheid heeft geen adequate behandeling ontvangen. Meer dan een derde van de cliënten verzorgd door thuiszorg, geeft aan onvoldoende emotionele ondersteuning voor cliënt en familie ervaren te hebben. Van hospice thuis diensten geldt dit voor ongeveer een vijfde deel. Verpleeghuisbewoners waren minder tevreden over het met respect handelen op het einde van het leven, dan cliënten in het ziekenhuis en bij hospice thuis diensten. Familieleden van cliënten die hospice zorg hebben gehad, waren meer tevreden met de algehele kwaliteit van zorg vergeleken met familie van cliënten instellingen en geholpen door thuiszorg.

Ward & Wright	2004	Kwalitatieve casestudie.	C	In Engeland is een fast-track scholingsprogramma opgezet. Dit programma bestaat uit een vier weken durende detachering voor verpleegkunde studenten bij palliatieve zorginstellingen en een project uitgevoerd op de werkplek om verandering in de praktijk teweeg te brengen.	De afdelingen waar de studenten behoren, gaven aan dat de kennis van palliatieve zorg was toegenomen door het scholingsprogramma. Daarnaast gaven zij aan dat de studenten nu een meer waardevolle rol hebben binnen het team. Ook gaf de scholing motivatie om zich verder te specialiseren. Er is ook een informatiepakket voor nabestaanden in de praktijk gebracht. Het programma heeft geleid tot veel tastbare veranderingen en tot het verbeteren van de zorg voor cliënten die palliatieve zorg behoren te krijgen en diens naaste(n).
---------------	------	--------------------------	---	--	--

## Bijlage 6: Mail aan leidinggevenden

Betreft: Onderzoek om scholingen, gericht op palliatieve zorg, meer in te richten naar wensen van de zorgprofessionals

Beste heer/mevrouw,

Onlangs heeft de netwerkcoördinator van het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland (NPZZG), dhr. R. Nogarede, contact met u opgenomen omtrent het onderzoek 'Inventarisatie scholing palliatieve zorg binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland'. Dit onderzoek gaat over het inventariseren naar de scholingsbehoeften, gericht op palliatieve zorg, van de zorgprofessionals. Wij zijn op zoek naar diverse zorgprofessionals binnen de organisatie waar u werkt, om zodoende het voorgaande te onderzoeken. Ons verzoek is om met deze zorgprofessionals in contact te komen via u.

In een eerder stadium is onderzoek gedaan naar de onderwerpen die aan bod komen in de actuele scholingen. Het vervolg hierop is dat wij gaan kijken of dit aansluit op de scholingsbehoeften, om uiteindelijk te komen tot een goed scholingsprogramma waarbij rekening wordt gehouden met wensen van de zorgprofessional. Dit onderzoek gaan we uitvoeren door gebruik te maken van individuele mondelinge interviews met twaalf zorgprofessionals, binnen het gehele NPZZG, die werkzaam zijn op een afdeling waar regelmatig palliatieve zorg voorkomt. Het afnemen van het interview kan plaatsvinden binnen de instelling of een andere rustige plek naar keuze van de geïnterviewde. Deze interviews zullen maximaal een uur duren. Naar verwachting zullen de interviews plaatsvinden tussen 23 november en 20 december aanstaande.

Wij richten ons op gediplomeerde verzorgenden, verpleegkundigen niveau 4 en 5, verpleegkundig specialisten palliatieve zorg en gespecialiseerd palliatief verpleegkundigen. Hieronder behoren dus geen vrijwilligers, stagiaires, studenten en helpenden. De zorgprofessionals moeten in het afgelopen jaar minimaal één scholing, gericht op palliatieve zorg, hebben bijgewoond en minstens eenmaal per maand palliatieve zorg verlenen. Graag ontvangen wij een lijst waarop naam, functie, telefoonnummer en mailadres van de desbetreffende personen staan vermeld. Op deze manier kunnen wij hen contacteren.

We hopen op veel positieve reacties en zien uw reactie dan ook graag tegemoet. Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, horen wij dat graag.

Met vriendelijke groet,

Kim Hermans & Tamara Verstraten  
Studenten HBO-Verpleegkunde  
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen  
TMPG.Verstraten@student.han.nl  
T 06 10850174  
Bij geen gehoor: T 06 18875199

## Bijlage 7: Mail aan respondenten

Betreft: Doe mee aan dit onderzoek en help de scholingen, gericht op palliatieve zorg, in te richten naar wensen van de zorgprofessionals.

Beste zorgverlener,

In opdracht van René Nogarede, netwerkcoördinator Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland (NPZZG), gaan wij onderzoek doen naar de scholingsbehoeften, gericht op palliatieve zorg, van de zorgprofessionals. Het onderzoek vindt plaats binnen de zorgorganisaties die aangesloten zijn bij het NPZZG. Recent is vanuit het netwerk onderzoek gedaan naar de onderwerpen die aan bod komen in de actuele scholingen. In vervolg hierop gaan wij kijken of dit aansluit op de scholingsbehoeften van de zorgprofessional, om zodoende tot een volwaardig scholingsprogramma te komen. Om dit te kunnen realiseren, zijn wij op zoek naar u.

Dit onderzoek gaan we uitvoeren door gebruik te maken van individuele mondelinge interviews met twaalf zorgprofessionals, binnen het gehele NPZZG, die werkzaam zijn bij een organisatie waar regelmatig palliatieve zorg voorkomt. Het afnemen van het interview kan plaatsvinden binnen de instelling of een andere rustige plek naar keuze van de geïnterviewde. Deze interviews zullen maximaal een uur duren. Naar verwachting zullen de interviews plaatsvinden tussen 23 november en 20 december aanstaande.

Bent u een gediplomeerde verzorgende, verpleegkundige niveau 4 of 5, verpleegkundig specialist palliatieve zorg of gespecialiseerd palliatief verpleegkundige? Hieronder behoren dus geen vrijwilligers, stagiaires, studenten en helpenden. Heeft u in het afgelopen jaar minimaal één scholing, gericht op palliatieve zorg, bijgewoond én verleent u minstens eenmaal per maand palliatieve zorg? Dan willen wij u vragen of u mee wil werken aan dit onderzoek. Wanneer u besluit mee te doen, wordt er een selectie gemaakt uit de reacties aan de hand van uw zorgsetting en functie. Er wordt persoonlijk contact opgenomen om u hierover te informeren en eventueel datum, tijd en plaats af te stemmen. Dit wordt via mail en/of telefoon gedaan.

We hopen op veel positieve reacties en zien uw reactie dan ook graag tegemoet. Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, horen wij dat graag.

Met vriendelijke groet,

Kim Hermans & Tamara Verstraten  
Studenten HBO-Verpleegkunde  
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen  
TMPG.Verstraten@student.han.nl  
T 06 10850174  
Bij geen gehoor: T 06 18875199

## Bijlage 8: Informed Consent



### Informed Consent

**Titel onderzoek:** 'Inventarisatie scholing palliatieve zorg binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland'

#### In te vullen door de deelnemer:

Hierbij verklaar ik op een voor mij duidelijke wijze informatie te hebben verkregen over de aanleiding, doel, werkwijze en uitvoering van het onderzoek.

Ik ben op de hoogte van het feit dat de gegevens en resultaten van het interview alleen anoniem aan derden bekend gemaakt zullen worden.

Tevens begrijp ik dat audio opnamen uitsluitend voor analyse en onderzoek zal worden gebruikt.

Tot slot stem ik geheel vrijwilliger in met deelname aan dit onderzoek.

Naam deelnemer: \_\_\_\_\_

Functie: \_\_\_\_\_

Naam zorgorganisatie: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

## Bijlage 9: Interviewguide

*In deze bijlage staat beschreven hoe de interviewguide er uitziet, die als handvat zal worden gebruikt bij het houden van de interviews.*

### Inleiding

- Welkom
- Introductie interviewers
- Doel van het gesprek

*Met behulp van dit interview willen we inzicht krijgen in de scholingsbehoeften, gericht op palliatieve zorg, van zorgprofessionals. Door een aantal zorgprofessionals, die werken in de palliatieve zorg en daardoor regelmatig in aanraking komen met de scholing gericht op palliatieve zorg, te interviewen, hopen we te ontdekken welke behoeften de zorgprofessionals hebben en of deze aansluiten met hoe de scholingen op dit moment worden gegeven. Hierdoor kan een betere invulling van de scholing worden gerealiseerd.*

- Geluidsopname: reden, toestemming, anonimiteit
- Meeschrijven door interviewers: reden
- Benoemen mogelijkheid tot terugtrekking
- Duur van het gesprek
- Opbouw van de onderdelen van het interview: algemene vragen, onderzoeksgelateerde vragen.

*We beginnen nu met een paar algemene vragen om een beeld te krijgen van jou als persoon.*

- Heb je op dit moment nog vragen of zijn er dingen nog niet duidelijk?

### Demografische gegevens

- Leeftijd
- Geslacht
- Nationaliteit
- Opleiding en functie
- Wat is tot nu toe je werkervaring?
- Wat is tot nu toe je werkervaring in de palliatieve zorg?
- In welke instellingen ben je werkzaam geweest, in de palliatieve zorg?

### Ervaringen met scholingen voor palliatieve zorg

(Zonodig een omschrijving van het begrip 'palliatieve zorg' laten zien. Zie hiervoor de laatste pagina van de interviewguide.)

- Hoe vaak heb je al een scholing, gericht op palliatieve zorg, bijgewoond?
- Hebben deze scholingen binnen deze zorgorganisatie plaatsgevonden?
  - ➔ Was dit bij zorgorganisaties binnen het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland?

*De volgende vragen gaan over de scholingen die hebben plaatsgevonden binnnen een organisatie die behoort tot het NPZZG.*

- Op welke manier vindt de aankondiging van de scholing plaats?
  - ➔ Hoe denk je daarover?



- Op welke manier vindt de scholing plaats? Denk aan e-learning, aan de hand van casussen, etc.
  - ➔ Wat vind je van de manier van scholen? Uitstekend - goed - voldoende - matig – slecht.
  - ➔ Waarom denk je daar zo over?
- Welke onderwerpen worden tijdens de scholing behandeld en kunt u hier een toelichting op geven? Denk hierbij aan de volgende onderwerpen:
  - Inhoud van palliatieve zorg
  - Pijnmanagement en symptoombestrijding
  - Palliatieve sedatie en euthanasie
  - Beoordelen, selecteren en toepassen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten
  - Zorg voor verschillende patiëntencategorieën (oncologische aandoening, longziekten, neurologische ziekten, hartfalen en de oudere cliënt)
  - Coördinatie en casemanagement (dienstverlening-coördinatie op maat)
  - Casusbesprekingen
  - Communicatie met cliënten en naasten
  - Palliatief redeneren
  - Klinische besluitvorming
  - Kennis en vaardigheden ten aanzien van de psychosociale zorg voor cliënten en naaste(n)
  - Kwaliteit van zorg
  - Spirituele zorg
  - Handvatten om juiste invulling te geven aan een implementatietraject
  - Medisch-ethische en morele beslissingen
  - Kwaliteit van leven
  - Consultatie van en advisering aan collega's
  - Zorg voor verplegend personeel
  - Ontwikkelen en versterken van persoonlijke competenties die bij het professioneel functioneren behoren, zoals presentatievaardigheden en conflicthantering
  - Introductie toetsopdracht

*Als zorgprofessional neem je deel aan de scholing om verbetering in de praktijk te laten plaatsvinden. De volgende vragen gaan over de bijdrage van scholing aan de praktijk.*

### **Bijdrage van scholingen aan de praktijk**

- Sluit de inhoud van de scholingen aan op de actualiteit en wat er binnen de instelling gebeurt?
  - ➔ Op welke manier sluit dit aan?
  - ➔ Kun je een voorbeeld noemen?
- Merk je dat de scholing invloed heeft op de praktijk?
  - ➔ Op welke manier merk je dit?
  - ➔ Kun je een voorbeeld noemen?

*We willen graag een vergelijking maken tussen hoe de scholingen er nu uit zien en welke behoeften de zorgprofessionals hebben. De volgende vragen gaan hierop verder.*

## Scholingsbehoeften

- Op welke manier zou je scholing willen krijgen? Denk hierbij aan de volgende manieren:
  - E-learning
  - Casusbespreking
  - Toetsing
  - Simulatiepatiënten
  - Presentatie
  - Lezing
  - Groepsopdracht
  - Klinische les
  - Skillstraining
  - Anders, namelijk:
- Over welke scholingsonderwerpen wil je scholing? Denk hierbij aan de volgende onderwerpen:
  - Inhoud van palliatieve zorg
  - Pijnmanagement en symptoombestrijding
  - Palliatieve sedatie en euthanasie
  - Beoordelen, selecteren en toepassen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten
  - Zorg voor verschillende patiëntencategorieën (oncologische aandoening, longziekten, neurologische ziekten, hartfalen en de oudere cliënt)
  - Coördinatie en casemanagement (dienstverlening-coördinatie op maat)
  - Casusbesprekingen
  - Communicatie met cliënten en naasten
  - Palliatief redeneren
  - Klinische besluitvorming
  - Kennis en vaardigheden ten aanzien van de psychosociale zorg voor cliënten en naaste(n)
  - Kwaliteit van zorg
  - Spirituele zorg
  - Handvatten om juiste invulling te geven aan een implementatietraject
  - Medisch-ethische en morele beslissingen
  - Kwaliteit van leven
  - Consultatie van en advisering aan collega's
  - Zorg voor verplegend personeel
  - Ontwikkelen en versterken van persoonlijke competenties die bij het professioneel functioneren behoren, zoals presentatievaardigheden en conflicthantering
  - Introductie toetsopdracht
  - Anders, namelijk:
- Welke prioritering geef je aan de voorgaande onderwerpen?
- Zijn er bepaalde maatregelen om je te motiveren om deel te nemen aan de scholing? Bv. behalen van een certificaat of accreditatie (een procedure waarbij een derde partij een geschreven garantie geeft dat een product, proces of dienst beantwoordt aan specifieke vereisten).
- Zijn er andere aspecten die je zou veranderen aan de scholing? Denk hierbij aan de volgende aspecten:
  - Bejegening
  - Catering
  - Locatie van scholing
  - Anders, namelijk:
- Heb je nog overige opmerkingen om de scholing naar jouw behoeften in te vullen?

- Zou je een scholing eenmalig willen volgen, of heb je behoefte aan herhaling? Kun je dit toelichten?

Als **gespecialiseerd palliatief verpleegkundige of verpleegkundig specialist palliatieve zorg** heb je meer kennis betreft palliatieve zorg. Om die reden zou je ook inzicht kunnen hebben met welke onderwerpen, wat betreft scholing van palliatieve zorg, andere zorgprofessionals moeite hebben en welke dus een andere aanpak van scholing nodig zouden hebben. Om er achter te komen hoe jullie hier over denken, gaan de volgende vragen daar over.

- Op welke manier zou de scholing gegeven moeten worden voor de beste effectiviteit? Denk hierbij aan de volgende manieren:
  - E-learning
  - Casusbespreking
  - Toetsing
  - Simulatiepatiënten
  - Presentatie
  - Lezing
  - Groepsopdracht
  - Klinische les
  - Skillstraining
  - Anders, namelijk:
- Over welke scholingsonderwerpen denk je dat andere zorgprofessionals extra aandacht in de scholing nodig hebben? Denk hierbij aan de volgende onderwerpen:
  - Inhoud van palliatieve zorg
  - Pijnmanagement en symptoombestrijding
  - Palliatieve sedatie en euthanasie
  - Beoordelen, selecteren en toepassen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten
  - Zorg voor verschillende patiëntencategorieën (oncologische aandoening, longziekten, neurologische ziekten, hartfalen en de oudere cliënt)
  - Coördinatie en casemanagement (dienstverlening-coördinatie op maat)
  - Casusbesprekingen
  - Communicatie met cliënten en naasten
  - Palliatief redeneren
  - Klinische besluitvorming
  - Kennis en vaardigheden ten aanzien van de psychosociale zorg voor cliënten en naaste(n)
  - Kwaliteit van zorg
  - Spirituele zorg
  - Handvatten om juiste invulling aan te geven aan een implementatietraject
  - Medisch-ethische en morele beslissingen
  - Kwaliteit van leven
  - Consultatie van en advisering aan collega's
  - Zorg voor verplegend personeel
  - Ontwikkelen en versterken van persoonlijke competenties die bij het professioneel functioneren behoren, zoals presentatievaardigheden en conflicthantering
  - Introductie toetsopdracht
  - Anders, namelijk
- Welke prioritering geef je aan de voorgaande onderwerpen?

- Heb je nog overige opmerkingen om de scholing effectiever te maken voor andere zorgprofessionals?

*Met deze vraag zijn we aan het einde gekomen van het interview.*

---

### **Afsluiting**

- Is er nog iets wat je graag kwijt wil over het onderwerp?

*We willen je graag bedanken voor je deelname. We zouden graag willen weten hoe je het interview hebt ervaren en of we de volgende keer iets op een andere manier kunnen doen?*

### **Nazorg**

*Mocht er iets te binnen schieten, neem dan a.u.b. nog contact met ons op. Mocht het onderwerp je nog erg bezig blijven houden, neem dan contact op met je leidinggevende.*

### **Terugkoppeling**

- Member check
- Vragen of de respondent behoefte heeft aan het toesturen van het onderzoeksverslag

**Omschrijving palliatieve zorg:**

De WHO geeft aan dat palliatieve zorg een benaderingswijze is waarbij de kwaliteit van leven van cliënten en hun naasten, die te maken hebben met problemen die betrekking hebben op een levensbedreigende aandoening, verbeterd wordt. Dit wordt gedaan door het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering, zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen op lichamelijk, psychosociaal en spiritueel gebied (Achterberg, Bours & Strijbol, 2009; World Health Organisation, 2015). Hierbij heeft de zorgprofessional<sup>1</sup> een belangrijke rol in het respectvol ondersteunen en begeleiden van de cliënt en diens naaste(n), met als doel het inzicht en de onafhankelijkheid van de cliënt te behouden en te bevorderen (Integraal Kankercentrum Nederland, 2010).

## Bijlage 10: Interviewtechnieken

De meest belangrijke factor voor het garanderen van succes in gesprekken kan worden samengevat als LSD. Dit houdt in: Luisteren, Samenvatten en Doorvragen. De respondent werkt namelijk graag mee wanneer hij of zij merkt dat de interviewer belangstelling heeft voor wat hij of zij te vertellen heeft. Deze belangstelling is mogelijk door een goede voorbereiding, een actieve luisterhouding en het stellen van juiste vragen. Ook is het van belang dat de interviewer de informatie regelmatig samenvat en indien nodig doorvraagt, zodat de juiste informatie wordt gegeven. Om deze aspecten te laten slagen zijn de volgende gesprekstechnieken van belang, volgens Verhoeven (2014):

- *Houding en oogcontact*  
De interviewer straalt iets uit door middel van zijn of haar houding. Dit kan zowel belangstellend als meelevend en gericht op wat de respondent vertelt, zijn. Dit houdt in dat deze actief moet luisteren. Dit stelt de respondent op zijn gemak. Een goede houding is om schuin tegenover de respondent te gaan zitten. Op deze manier hoeven de interviewer en respondent elkaar niet recht in de ogen aan te kijken; dat is minder confronterend voor de respondent. Daarnaast werkt een geïnteresseerde, licht voorovergebogen houding stimulerend. Het geeft aan dat de interviewer geïnteresseerd is in wat de ander zegt.
- *Knikken*  
De interviewer biedt ondersteuning aan het verhaal van de respondent door tijdens het verhaal oogcontact te houden en af en toe te knikken.
- *Omgaan met stiltes*  
De interviewer moet niet bang zijn voor stiltes. Hij of zij kan deze gebruiken wanneer er nog geen bevredigend antwoord op de vraag is verkregen. De interviewer kan namelijk de stilte gebruiken om door te vragen. Het kan ook zijn dat de respondent denkt dat er nog iets van hem of haar wordt verwacht door de stilte en dat hij of zij dan verder verteld.
- *Toon en volume*  
De toon waarop en het volume waarin de interviewer de vragen stelt en de informatie van de respondent samenvat, hebben invloed op het verloop van het interview. Wanneer de toon op het einde van de zin omhoog gaat, stimuleert dat de respondent om antwoord te geven. Praat daarnaast verstaanbaar en rustig.
- *Hummen*  
Ook gebruik maken van stopwoordjes en hummen zijn, op het juiste moment, een stimulans. Hiermee bereikt de interviewer hetzelfde effect als wanneer hij of zij tussentijds knikt.
- *Herhalen*  
Wanneer de respondent een lang antwoord geeft op een vraag, kan de interviewer de vraag herhalen in eigen woorden om te controleren of hij of zij het juist heeft begrepen. Dit wordt ook wel parafaseren genoemd. Ook is het mogelijk om aan het eind van een gespreksdeel informatie samen te vatten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de kernwoorden uit de informatie van de respondent. Als laatste is er de techniek van herhaling. Dit is het 'nazeggen' van de laatste woorden van de respondent. Ook wel 'papegaaien' genoemd. De respondent zal hierop reageren door nog meer over het onderwerp te vertellen.

- *Doorvragen*

In het verlengde van het herhalen, kan de interviewer ook doorvragen. Door dit te doen wordt er dieper op het onderwerp in gegaan. Dit kan nodig zijn wanneer de respondent de vraag niet goed heeft begrepen. Ook kan het zijn dat hij of zij het antwoord vermijdt of dat het niet volledig is. Een doorvraag kan zowel open als gesloten zijn. Bij een open vraag komt het antwoord vaak neer op een mening. Bij een gesloten vraag komt het antwoord vaak neer op een feit.

## Bijlage 11: Codeboom

Code	Hoofdthema	Code 2	Subthema's	Beschrijving van subthema's
A	Demografische gegevens <i>Dit hoofdthema bevat een omschrijving van de onderzoekspopulatie naar bepaalde kenmerken.</i>	1	Leeftijd	Hoe oud de zorgprofessional is.
		2	Geslacht	Van welke sekse de zorgprofessional is.
		3	Nationaliteit	Waar de zorgprofessional geboren is.
		4	Opleiding	Welk opleidingsniveau de zorgprofessional heeft.
		5	Functie	In welke functie de zorgprofessional werkzaam is.
		6	Zorgsetting	In welke zorgsetting de zorgprofessional werkzaam is.
		7	Werkervaring	Hoe lang de zorgprofessional al werkzaam is.
		8	Werkervaring binnen palliatieve zorg	Hoe lang de zorgprofessional al werkzaam is binnen palliatieve zorg.
B	Ervaringen met scholingen gericht op palliatieve zorg <i>Dit hoofdthema omvat een beschrijving van de huidige manier van scholing en de meningen hierover.</i>	1	Aankondiging huidige scholingen	Op welke manier wordt aangegeven dat er een scholing plaatsvindt.
		2	Huidige manier van scholing	Hoe de scholingen momenteel worden gegeven.
		3	Mening over huidige manier van scholing	Wat de zorgprofessional vindt van hoe de scholingen momenteel worden gegeven.
		4	Behandelde onderwerpen in huidige scholing	Welke onderwerpen gedurende de scholingen, die momenteel worden gegeven, voldoende worden uitgelegd.
C	Bijdrage van scholingen aan de praktijk <i>Dit hoofdthema bevat de</i>	1	Aansluiting van huidige scholing aan praktijk	In hoeverre de behandelde onderwerpen in de



	<i>mate van aansluiting en invloed van de huidige scholingen.</i>			scholingen, die momenteel worden gegeven, relevant zijn voor de werkzaamheden van de zorgprofessional.
		2	Invloed van scholing op de praktijk	In hoeverre de onderwerpen, die worden behandeld gedurende de scholingen die momenteel worden gegeven, terug te zien zijn in de werkzaamheden van de zorgprofessional.
D	<i>Scholingsbehoeften Dit hoofdthema bevat de gewenste manier van scholing met hierbij de gewenste onderwerpen en andere aspecten van scholing.</i>	1	Gewenste onderwijsvorm bij scholing	Op welke wijze de zorgprofessional graag de scholing wil ontvangen.
		2	Gewenste scholingsonderwerpen	Welke aspecten van palliatieve zorg volgens de zorgprofessional naar voren moeten komen gedurende een scholing.
		3	Belangrijkste scholingsonderwerpen	Welke aspecten van palliatieve zorg volgens de zorgprofessional het belangrijkste zijn om naar voren te laten komen gedurende een scholing.
		4	Motivatie voor scholing	Op welke wijze de zorgprofessional positief of negatief beïnvloed wordt om naar een scholing te gaan.
		5	Belemmerende factoren voor het gaan naar een scholing	Op welke wijze het gaan naar een scholing belemmerd wordt.
		6	Andere aspecten voor verbetering van scholing	Op welke wijze de scholing in zijn geheel positief veranderd kan

				worden volgens de zorgprofessional.
E	Scholingsbehoeften van collega's, volgens gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg <i>Dit hoofdthema bevat de gewenste manier van scholing met hierbij de gewenste onderwerpen, volgens gespecialiseerde palliatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten palliatieve zorg.</i>	1	Gewenste manier van scholing voor collega's	Op welke wijze de zorgprofessional graag de scholing voor collega's wil zien.
		2	Gewenste scholingsonderwerpen voor collega's	Welke aspecten van palliatieve zorg volgens de zorgprofessional naar voren moeten komen gedurende een scholing voor collega's.
		3	Belangrijkste scholingsonderwerpen voor collega's	Welke aspecten van palliatieve zorg volgens de zorgprofessional het belangrijkste zijn om naar voren te laten komen gedurende een scholing voor collega's.