

December 2014

Bakkie troost?

De troostende rol van de verpleegkundige

**Studenten**

C. Bloemert
A.M. Esveld
A.T.P. van Manen

Inleverdatum

8 december 2014

Plaats

Zwolle

Titel onderzoek

De troostende rol van de verpleegkundige

Opdrachtgever

Lectoraat Zorg en Zingeving

Begeleidend docent/ eerste beoordelaar

Lector Dr. R.R. van Leeuwen

Tweede beoordelaar

J. Lassche-Scheffer



Lectoraat
Zorg en Zingeving

De troostende rol van de verpleegkundige

Verpleegafdeling V2.3A (oncologie/hematologie)

Isala te Zwolle

Zwolle, december 2014

Afstudeeronderzoek voor de Hogere Beroeps Opleiding
Verpleegkunde aan de Viaa (Gereformeerde Hogeschool) te Zwolle

Auteurs

C. Bloemert
A.M. Esveld
A.T.P. van Manen

In opdracht van

Lectoraat Zorg en Zingeving
Viaa, (Gereformeerde Hogeschool)

Begeleidend docent
Tweede beoordelaar

Lector Dr. R.R. van Leeuwen
J. Lassche-Scheffer

Onderzoeksinstelling

Isala ziekenhuis, Zwolle
Verpleegafdeling V2.3A
Oncologie/Hematologie

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de opdrachtgevers.

Samenvatting

Vraagstelling: De troostende rol van de verpleegkundige is onderzocht aan de hand van de hoofdvraag: “Wat wordt er door verpleegkundigen verstaan onder troost en hoe speelt troost een rol binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening?”.

Aanleiding: De gezondheidszorg is steeds meer gericht op marktwerking en kostenbeheersing, waardoor persoonsgerichte zorg en aandacht naar de achtergrond gedrongen wordt. De vraag is echter of de verpleegkundige tegenwoordig nog een troostende rol heeft, en zo ja, wat deze inhoudt. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het lectoraat ‘Zorg en Zingeving’ van de VIAA (Gereformeerde Hogeschool) in Zwolle.

Methode: Tien interviews met verpleegkundigen van verpleegafdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle. Dit met als doel te achterhalen wat verpleegkundigen vinden van de troostende rol, hoe zij daar anno 2014 invulling aan geven en welke bevorderende en/of belemmerende factoren een rol spelen.

Resultaten en conclusies: Troost wordt bijvoorbeeld omschreven als *"het schenken van bemoediging en verzachting in geestelijke nood of lichamelijke pijn; leniging van smart of droefenis door woorden of daden"* (Van Dale, 2005). Troost wordt door verpleegkundigen omschreven als ‘er zijn’ en ‘ruimte voor gevoelens’. Verpleegkundige vinden troost relevant binnen hun beroepsuitoefening en bieden dagelijks troost. Het doel van troost is dat de patiënt om kan gaan met zijn/haar situatie. De invulling van troost is afhankelijk van de behoefte van de patiënt. Aandacht is hierbij het belangrijkste aspect. Om troost te bieden is er een klik nodig, als deze ontbreekt, kunnen anderen ingeschakeld worden. Het team is een bevorderende factor om te kunnen troosten. Tijd en privacy zijn belemmerende factoren, maar hierin zoekt de verpleegkundige zelf naar oplossingen. De uitkomsten van het literatuuronderzoek en interviews komen in grote lijnen met elkaar overeen.

Aanbevelingen: Coping van patiënt achterhalen in de anamnese, scholing over troostende rol, verschillende typen troosters binnen het team inzichtelijk maken en een vervolgonderzoek onder patiënten en op een andere afdeling.

Summary

Definition of the problem: The comforting role of the nurse has been investigated according to the main question: *“What do nurses see as consolation and how does consolation plays a role within the nursing practice?”*.

Reason: Healthcare gets more and more directed into free market processes and cost-effectiveness. Personal care and attention for the patient is pushed to the background. The question is, if the nurse has a comforting role yet today and if so, what does it contain. This research has been carried out in commission of the lectorate “Zorg en Zingeving” of the VIAA (Gereformeerde Hoogeschool) in Zwolle.¹

Method: Ten interviews with nurses of section V2.3A (Oncology /Hematology) of Isala Hospital in Zwolle. The purpose was to find out what nurses think of their comforting role; how they implement this anno 2014 and which conducive and/or obstructing factors play a role in this.

Results and conclusions: Consolation can be described as *“giving comfort and relief of mental need or physical pain; alleviation of sorrow and sadness by words or deeds”* (Van Dale, 2005). Nurses describe consolation as “being there” and “space for feelings”. Nurses find consolation relevant within their professional practice and offer consolation every day. The aim is, that the patient can handle his/her situation better. The filling in depends on the needs of the patient. Personal attention is the most important aspect. For giving consolation it is necessary that there is a click between nurse and patient. If this fails, other people can be called in. The team is a conducive factor to be able to give consolation.

Time and privacy are obstructing factors but the nurse will seek for solutions individually.

The outcomes of the literature study and the interviews are very similar at the main points.

Recommendations: To find out the coping of the patient in the anamnesis; to give training in the comforting role; to clarify the different types of consolers within the team and to carry out a supplementary study under patients and in a different section.

¹Lectorate “Care and Meaningfulness” of the Reformed School for Higher Professional Education

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Summary	4
Voorwoord	7
1. Inleiding	8
2. Literatuurverkenning	10
2.1 Wat troost is.....	10
2.2 Waarom troost belangrijk is voor de patiënt.....	12
2.3 Hoe er troost geboden kan worden.....	15
3. Onderzoeksmethodiek	19
3.1 Methode.....	19
3.2 Gegevensverzameling.....	19
3.3 Steekproef.....	20
3.4 Analyse.....	20
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	21
3.6 Ethische verantwoording.....	21
4. Resultaten	22
4.1 Betekenis troost.....	22
4.2 Verpleegkundige relevantie.....	23
4.3 Invulling van troost.....	25
4.4 Bevorderende en belemmerende factoren.....	30
5. Conclusies	34
5.1 Deelvraag 1.....	34
5.2 Deelvraag 2.....	34
5.3 Deelvraag 3.....	35
5.4 Deelvraag 4.....	36
5.5 Conclusie op de hoofdvraag.....	37
6. Discussie	38
6.1 Methodologische discussiepunten.....	38
6.2 Inhoudelijke discussiepunten.....	39
6.3 Verpleegkundige visie op troostende rol.....	41
7. Aanbevelingen	42
7.1 Microniveau.....	42
7.2 Mesoniveau.....	42
7.3 Macroniveau.....	42
Literatuurlijst	44

Bijlage 1	Literatuur zoekplan.....	46
Bijlage 2	Interviewschema.....	48
Bijlage 3	Aankondiging interview op afdeling.....	50
Bijlage 4	Aankondiging interview via de weekmail.....	51
Bijlage 5	Tijd- en takenschema.....	52
Bijlage 6	Overzicht kernlabels & dimensies.....	53
Bijlage 7	Analyse schema's.....	54
Bijlage 8	PowerPoint presentatie.....	59

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag van ons afstudeeronderzoek naar de troostende rol van de verpleegkundige. Wij zijn Clarine Bloemert, Marieke Esveld en Sanne van Manen, en zitten in het laatste jaar van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Viaa Gereformeerde Hogeschool in Zwolle. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het lectoraat Zorg en Zingeving van de Viaa Gereformeerde Hogeschool.

We kijken terug op een intensief en leerzaam jaar waarin het onderzoek is uitgevoerd. We zijn gemotiveerd van start gegaan omdat het onderwerp ons aansprak en we waren benieuwd hoe er onder andere door de huidige ontwikkelingen in de zorg gedacht werd over het begrip ‘troost’. Vanaf het begin verliep het onderzoeksproces voorspoedig. We hadden al snel respondenten gevonden op afdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van de Isala in Zwolle. Het afnemen van de interviews zien we als hoogtepunt omdat we hierdoor veel interessante informatie over het onderwerp te weten zijn gekomen.

We hebben een fijne samenwerking gehad. We hebben gebruik gemaakt van elkaars kwaliteiten en konden elkaar hierin aanvullen waar nodig. We zijn tevreden over het onderzoeksproces en het eindresultaat.

Tot slot een woord van dank. In de eerste plaats aan de teamleider van afdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle, namelijk Yvonne Baars. Van haar hebben we toestemming gekregen om het onderzoek op de afdeling uit te voeren en zijn open en hartelijk ontvangen op de afdeling. Daarnaast willen we de respondenten bedanken voor hun enthousiasme medewerking. Tevens willen we René van Leeuwen bedanken, hij is onze onderzoeksbegeleider geweest en heeft ons verschillende keren van feedback voorzien om tot een goed eindresultaat te komen.

December 2014, Zwolle

Clarine Bloemert

Marieke Esveld

Sanne van Manen

1. Inleiding

Een mens is in moeilijke omstandigheden gebaat bij aandacht en steun. De presentietheorie van Baart (2004) zegt bijvoorbeeld dat ‘er zijn’ essentieel is voor diens welzijn. Aandacht voor patiënten in moeilijke situaties is belangrijk. Of het nu is voorafgaand aan een operatie, erna of tijdens andere ingrijpende momenten. De Franse arts Ambroise Paré (1510-1590) deed hierover de volgende uitspraak: *“Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours”*. Deze uitspraak hangt in het amfitheater van de Académie de Medicine in Parijs. Het betekent: soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten. Deze uitspraak geeft weer dat er in de gezondheidszorg ook aandacht moet zijn voor de patiënt. Naast de gerichtheid op de behandeling en genezing speelt het bieden van troost een grote rol bij pijn, angst, verdriet en onzekerheden. Door troost worden deze gevoelens niet weggenomen, maar kan het de situatie dragelijk maken en verminderd mogelijk de (levens)pijn. Het Neuman System Model (2006) beschrijft hoe de verpleegkundige de mens met al zijn aspecten benadert. De holistische benadering van de patiënt staat centraal. Verpleegkunde is niet alleen gericht op genezen of behandelen van de kwaal, maar ook op het verlichten van de situatie door de patiënt te helpen in balans te komen.

De huidige gezondheidszorg is echter steeds meer gericht op de marktwerking, digitalisering, protocollering en kostenbeheersing. Hierdoor komt persoonsgerichte zorg en aandacht op de achtergrond te staan (Beroepsprofiel verpleegkundige, V&VN 2020). Post (2014) beschrijft in zijn boek ‘De dood te slim af!’, dat in de jaren negentig de economisering in en van de zorg is toegenomen. De marktwerking is op de voorgrond gaan staan en concurrentie staat nu centraal, omdat de zorg steeds meer gericht is op geld verdienen. Het gevolg is dat ziekenhuizen worden geleid als bedrijven en niet als zorginstellingen. De patiënt betaald hiervoor in de vorm van afnemende kwaliteit (Post, 2012).

De uitspraak van Paré zou ook van toepassing kunnen zijn op verpleegkundigen. Zij zijn ten slotte de uitvoerende krachten van artsen. Zij staan aan bed en hebben het primaire contact met de patiënt. Zij observeren, signaleren en nemen zo nodig actie. De vraag is echter of de verpleegkundige tegenwoordig nog een troostende rol heeft, en zo ja, wat deze inhoudt. Licht de nadruk tegenwoordig niet teveel op de genezende rol? Is troost nog onderdeel van persoonsgerichte zorg?

Het doel van dit afstudeeronderzoek is om te achterhalen wat de troostende rol van de verpleegkundige is, hoe verpleegkundigen daar anno 2014 inhoud aan geven en welke vragen of problemen zij daar mogelijk bij ervaren. De verpleegafdeling V2.3A (Oncologie/ Hematologie) van Isala in Zwolle is bereidt gevonden om mee te werken aan dit onderzoek. Deze afdeling sprak aan omdat daar vooral chronisch zieke patiënten liggen, al dan niet terminaal. De interesse hiervoor was gewekt om juist daar te onderzoeken wat voor plaats de troostende rol van de verpleegkundige inneemt, gezien de nauwe grenzen tussen behandelen, genezen en verlichten. Bij oncologische en hematologische aandoeningen is genezen niet altijd mogelijk, waardoor behandelen en verlichten van symptomen op de voorgrond staat. Kanker is sinds 2009 doodsoorzaak nummer één, hoewel door ontwikkelingen in diagnostiek, behandeling en screening de levensverwachting voor patiënten met kanker toeneemt (Velde e.a., 2011). Kanker wordt daardoor langzaam maar zeker een chronische ziekte (Langedard en Ahlberg, 2009). Ook al zijn patiënten echter genezen verklaard, dan nog speelt de onzekerheid over terugkeren van tumoren en morbiditeit ten gevolge van de behandeling een rol in het leven van deze patiënten.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

“Wat wordt er door verpleegkundigen verstaan onder troost en hoe speelt troost een rol binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening?”

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe omschrijven verpleegkundigen, van verpleegafdeling V2.3.A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle, het begrip ‘troost’?
2. Hoe ervaart de verpleegkundige de relevantie van troost binnen zijn/haar beroepsuitoefening?
3. Hoe geeft de verpleegkundige invulling aan de troostende rol?
4. Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart de verpleegkundige in het bieden van troost?

Voorafgaand aan het onderzoek is er literatuurstudie gedaan om het theoretisch kader te beschrijven (zie hoofdstuk 2). In dit hoofdstuk staan de verschillende definities en beschrijvingen van het begrip ‘troost’ beschreven, waarom troost belangrijk is en hoe verpleegkundigen invulling aan de troostende rol kunnen geven. In hoofdstuk 3 staat de onderzoeksmethodiek beschreven, met daarin onder andere de methode, steekproef, analyse, betrouwbaarheid, validiteit en ethische verantwoording beschreven en verantwoord. In hoofdstuk 4 staan de resultaten beschreven die uit de interviews zijn gekomen. In het verslag wordt de verpleegkundige beschreven als ‘zij’ en de patiënt als ‘hij’, beide hebben ook betrekking op het andere geslacht. De conclusies vanuit de analyse staan beschreven in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 is gewijd aan discussiepunten met betrekking tot de inhoud, methodiek en staat de visie op het onderwerp beschreven. Tot slot staan in hoofdstuk 7 de aanbevelingen geschreven die vanuit de conclusies is voortgevloeid. Het literatuur zoekplan, interviewschema, analyse van de interviews, tijd- en takenschema en de Power Point presentatie zijn opgenomen in de bijlagen.

2. Literatuurverkenning

In dit hoofdstuk is, ter voorbereiding op het uit te voeren onderzoek, literatuurstudie gedaan. Aan de hand van een zoekplan met daarin de hoofdvraag en deelvragen is de literatuurstudie opgezet. Het literatuur zoekplan is terug te vinden in bijlage 1.

In de literatuurstudie is gewerkt vanuit de vraag: Wat is troost en hoe wordt er in de context van verpleegkundige zorgverlening over geschreven? Binnen deze vraag zijn de volgende deelvragen uitgewerkt: Wat is troost? Waarom is troost belangrijk? Hoe kan men troost bieden?

In eerste instantie is vanuit het zoekplan gezocht met een aantal deelvragen. Uiteindelijk is er in het theoretisch kader gewerkt met de deelvragen zoals deze bovenstaand zijn benoemd. Om zo dicht mogelijk bij de onderzoeksoopdracht te blijven, is alleen het begrip ‘troost’ gebruikt, ter afbakening van het onderzoek.

2.1 Wat troost is

Opvallend is dat er vaak een omschrijving wordt gegeven, maar geen eenduidige definitie. Het laat zien dat het lastig is om ‘troost’ in één definitie te vangen. In literatuur zijn verschillende omschrijvingen en brede definities van troost te vinden. Een aantal hiervan staan in deze paragraaf uitgewerkt.

Van Dale (2005) waagt het troost te definiëren als *“het schenken van bemoediging en verzachting in geestelijke nood of lichamelijke pijn; leniging van smart of droefenis (door woorden of daden).”*

Troosten wordt door Pool (2001) omschreven als *‘helpen bij emotionele verwerking van een situatie’*.

In deze definities klinkt door dat de trooster iets aanreikt, zodat de getrooste weer ‘verder’ kan. Verderop in deze paragraaf wordt hier meer aandacht aan besteedt.

Veltkamp (1996) definieert troost als *“vastgehouden worden. Dat is niet verstandelijk te bedenken, maar het lichaam verlangt ernaar. Het voelt alsof je niet alleen bent, maar bij anderen hoort.”*

De definitie wordt uitgebreid met een tweetal uitgangspunten, namelijk: *“De grondwet van troost is dat het alleen werkt als het leed wordt erkend.”* en *“Troost hoort, net als eten, drinken, liefde en onderdak, tot de eerste levensbehoeften.”*

Van der Meiden (2003) omschrijft meer de inhoudelijke kant van troost, deze luidt als volgt: *“Iets wat mensen uitwisselen, uitdragen. Het is een vorm van communiceren, met als doel het overdragen van geladen woorden, gevoelens, intenties, raadgevingen en opbeuringen naar jezelf of naar mensen die daar behoefte aan hebben en ermee gediend zijn. Het is een bijzonder soort dialoog en vaak zelfs een monoloog. Troosten is hulp bieden bij verdriet, lenigen van verdriet, hulp bij verzoening met verlies en vooral mededogen tonen.”*. Troost staat in de brede zin van het woord voor opbeuring, bemoediging, ondersteuning en andere vormen van hulpverlening.

Boswijk (2012) sluit hierbij aan door geen duidelijke definitie te geven, maar te benoemen dat troost ‘van alles’ kan zijn. Troost is namelijk voor ieder persoon anders. Er zijn veel vormen van troost te omschrijven. Troost kan geboden worden, maar troost moet ook gezien

worden. *“Iemand kan troost ervaren wanneer hij de zon ziet opgaan, een vogel hoort fluiten, bomen in het voorjaar ziet bloeien, zijn kleinkinderen in de tuin ziet ravotten, een foto bekijkt, een muziekstuk hoort, een prachtig schilderij ziet, een kopje koffie drinkt enzovoorts.”*

Horst (2004) geeft meer een omschrijving en probeert zijn omschrijving duidelijk te maken door het schematisch weer te geven. In dit schema wordt weergegeven dat troost zich afspeelt tussen twee polen, namelijk geborgenheid en uitzicht. Zie hieronder.

Geborgenheid **Uitzicht**

Troost begint altijd met geborgenheid. Als er sprake is van een crisis, bijvoorbeeld bij rouw, is geborgenheid het eerste wat nodig is. Er is nog geen plaats voor uitzicht op de toekomst, omdat er in een crisis het leven op losse schroeven staat. Het gaat eerst om veiligheid en zekerheid, het besef dat er mensen zijn die er voor je zijn. De pool van uitzicht komt pas in zicht wanneer de eerste crisis voorbij is. Dan is er plaats voor verwachting, hoop, toekomstperspectief en het besef dat het gevecht niet voor niets is.

Uit bovengenoemde definities en omschrijvingen blijkt hoe breed het begrip troost is. Iedere auteur legt de nadruk op een ander aspect van troost. Wanneer er een concrete definitie gegeven wordt, zoals Van Dale (2005) doet, blijft de invulling of uitvoering van het geven van troost open. Troost kan in de praktische zin van het woord zeer divers zijn. Bovendien moet het ook nog als troost worden ervaren door de ontvanger van troost, zoals Boswijk (2012) beschrijft.

Binnen het onderzoek wordt er niet uitgegaan van één definitie, omdat dit tekort zou doen aan het brede begrip ‘troost’. Overeenkomsten tussen de definities zijn dat er sprake is van een gever en een ontvanger. Er wordt dus troost geboden, in welke vorm dan ook, maar de ontvanger moet het ook als zodanig aannemen. Als er gekeken wordt naar de definities van troost, valt het op dat sommige definities geformuleerd wordt vanuit de trooster. Andere definities worden geformuleerd vanuit de getrooste. Iedere definitie heeft dus zijn eigen uitgangspunt. Dat het begrip troost zo breed is, wordt al duidelijk doordat iedere definitie anders is. Iedere definitie belicht een ander aspect van troost. In het bieden van troost heeft de trooster altijd een doel voor ogen. Dit doel is kan elke keer anders zijn. Dat iedere omschrijving een andere invalshoek of ander aspect benoemd, wil dus niet zeggen dat de ene definitie beter is dan de andere.

Wat in meerdere bronnen wordt omschreven als voorwaarde of criterium om troost te kunnen bieden, maar ook te ontvangen, is dat het leed eerst erkend moet worden (Velkamp 2003). Het aanhoren en erkennen nodigt uit om de pijn die onder de emotie zit, eruit te gooien, waarbij de verpleegkundige de taak heeft de patiënt te troosten. Emoties als woede, boosheid en dergelijke horen bij het (rouw)verwerkingsproces, zoals Kübler Ross (2006) onderzocht.

Vertrouwen is een van de basisvoorwaarden bij troost. Boswijk (2012) zegt: *“Troosten is een vorm van samenwerken; je kunt een getrooste niet troosten als hij zich niet láát troosten. Troosten is, als het erop aan komt, een kwestie van over en weer geven en ontvangen.”*. De getrooste moet ten eerste uit durven spreken door te vertellen wat er dwars zit en daarbij emoties durven tonen. De trooster moet proberen die emoties, overgave en vertrouwen te ontvangen door liefdevolle aandacht. Boswijk (2012) noemt die liefdevolle aandacht ook wel ‘luisteren vanuit het hart’. De getrooste staat centraal en de trooster moet als het ware een

stapje opzij doen. Dit door persoonlijke overtuigingen, gedachten en oordelen opzij te zetten, net als persoonlijke emotionele reacties zoals boosheid, ergernis, weersin, jaloezie of verdriet. Dit is nodig om oprechte liefdevolle aandacht te geven vanuit het hart. Deze liefdevolle aandacht heeft een helende werking, omdat dit erkenning en respect laat zien. De getrooste kan hierdoor rust en aanvaarding in het hart vinden.

Ook van der Meiden (2013) benadrukt dat troost in alle opzichten vertrouwen als basis nodig heeft. De gever van troost moet betrouwbaar zijn, of liever: als betrouwbaar beleefd worden, wil degene die de troost nodig heeft werkelijk de hulp en opbeuring aannemen. Een patiënt die troost zoekt, is in de basis uit op veiligheid. (Boswijk, 2012)

Nadat het leed erkend is, biedt troost dus een verandering van de focus, van lijden naar iets ertussen (Talseth et al, 2001). Vertrouwing is dan een opening naar de weg van hoop. Zoals eerder werd benoemd, dat de getrooste weer 'verder kan', de focus komt te liggen op de toekomst, men schuift naar het 'uitzicht' (Horst, 2004).

2.2 Waarom troost belangrijk is voor de patiënt

Iedereen krijgt in het leven te maken met schokken waarbij pijnlijke emoties zoals angst, verdriet en soms zelfs wanhoop de kop op kunnen steken. Dit geldt ook in geval van ziekte. Patiënten die met dergelijke emoties te maken krijgen, hebben behoefte aan troost. Boswijk (p. 21, 2012) zegt: *“Wie zich gestoten heeft, heeft een pleister nodig; wie zich emotioneel bezeerd heeft, heeft troost nodig. Overal waar pijn en verdriet is, is troost nodig; troost is niet aan leeftijd gebonden.”*.

Ziekte veroorzaakt verlies, leed en verdriet. Deze begrippen liggen ten grondslag aan troost. Bij verlies is er sprake van leed, en de emoties die hierdoor ontstaan zijn gevoelens van verdriet. Troost wordt daarom ook vaak geassocieerd met 'verlichting van het lijden' (Boswijk, 2012). Door middel van troost kan het leed wellicht niet helemaal weggenomen worden, maar het biedt nieuw perspectief en hoop (Norberg et al, 2001).

Omdat de verpleegkundige in haar werk dicht bij de zorgvrager staat, ligt het voor de hand dat zij een rol te vervullen heeft in het bieden van troost. In het competentieprofiel van de oncologieverpleegkundige (AVVV Utrecht, 2004) staat onder andere het kenmerk dat de verpleegkundige voor de oncologische patiënt emotionele ondersteuning biedt binnen de omgang met stress en problemen. Het doel is dat de patiënt zich beter voelt en problemen hanteer kan maken. Daarnaast voelt de patiënt zich gesteund, minder machteloos en ervaart hij meer samenhang in het leven (Pool & Egberts, 2002).

Getroffen worden door kanker is een traumatische ervaring voor patiënten. Uit onderzoek onder ongeneeslijke zieke kankerpatiënten blijkt dat troost van essentieel belang is voor patiënten, omdat er door troost een gevoel van verbinding, zelfbeheersing, bevestiging en aanvaarding wordt ervaren (Langeard & Ahlberg, 2009). Wanneer patiënten zich getroost voelen, is dat een stapje richting welbevinden. De verpleegkundige kan dit bieden door aanwezigheid, begrip en betrokkenheid te tonen. Dit is vaak een 'natural act', een zogenaamde natuurlijke daad. Dit betekent dat troost door verpleegkundigen al een rol heeft tijdens het verplegen. Zij zijn zich er echter niet van bewust dat hun rol en handelen al troostend kunnen zijn voor de patiënt. Langeard en Ahlberg (2009) concluderen dat troost nog te weinig wordt inzet als interventie. De verklaring die hiervoor gegeven wordt is dat troost een vaag begrip is binnen de verpleegkunde, mogelijk omdat troost een alledaagse en voor de hand liggende interventie is, waardoor er nauwelijks literatuur gericht op dit

onderwerp te vinden is. Echter, aan de orde stellen wat troost precies inhoudt en wat dit betekent voor de patiënt, is essentieel. Het is van belang dat de verpleegkundige inventariseert wat de patiënt nodig heeft, waarbij zij zich bewust is van haar eigen aandeel in het contact. Langegard en Ahlberg (2009) hebben geconcludeerd dat het luisteren een belangrijke factor is om zich, als patiënt, echt gezien te voelen. Daarbij wordt ook vermeld in het onderzoek van Langegard en Ahlberg (2009) dat het de verpleegkundige taak is om te laten zien dat er tijd en interesse is voor de patiënt. Factoren als creativiteit, kennis en bovenal moed van de verpleegkundige zijn nodig om te herkennen of de patiënt behoefte heeft aan troost. De resultaten uit het onderzoek laten zien dat er geen lange relatie nodig is tussen verpleegkundige en patiënt om troost te kunnen bieden. Door middel van eenvoudige interventies kan de verpleegkundige met weinig inspanning troost bieden aan de patiënt. Woorden worden namelijk minder belangrijk wanneer troost wordt ondersteund door lichaamstaal. Dit alles met als doel om de patiënt zich beter te laten voelen.

Doordat er meer medische en technische mogelijkheden zijn en kanker ook steeds meer een chronische ziekte wordt, wordt de zorg rondom de patiënt steeds intensiever en complexer. Het vraagt van de verpleegkundige om inzicht te krijgen in psychosociale problemen en op welke manier de patiënt geholpen kan worden met de emotionele verwerking van de situatie. Het is ook aan de verpleegkundige om adequaat om te gaan met de reacties van de patiënten op het psychosociale vlak. Tevens kan het geven van voorlichting indirect troost bieden, omdat uitleg kan helpen voor de emotionele verwerking en de acceptatie van de situatie. Dit alles heeft te maken met de rol als zorgverlener in het verpleegkundig vak (Pool, 2001).

De patiënt is gebaat bij een verpleegkundige die niet bang is voor de emoties en zich er niet door laat meeslepen (Boswijk, 2012). Vertrouwen is de basis om een zorgrelatie met de patiënt (en/of zijn vertegenwoordiger) tot stand te brengen. Zij houdt vertrouwelijke informatie, dat zij tot zich heeft genomen, geheim. Zij maakt geen misbruik van de afhankelijke positie van de patiënt. De verpleegkundige handelt bij het troosten dus nooit uit eigen belang, maar uit het belang van de patiënt (V&VN & NU'91, 2007). Uit onderzoek blijkt dat bij troost de ander de ruimte moet krijgen om zichzelf te kunnen zijn. Dit vereist aanvaarding van de patiënt omdat elke vorm van lijden uniek is. Het doel van troost wordt door Roxberg et al (2008) omschreven als het vinden van innerlijke rust bij de patiënt. Dit betekent dat gevoel van acceptatie, veiligheid en ontspannenheid voorwaardelijk is bij troosten, om zo innerlijke rust te bevorderen bij de patiënt.

Door te troosten hoopt men wat te bereiken, namelijk 'uitzicht' (Horst, 2004), verandering van focus (Talseth et al, 2001), innerlijke rust bevorderen (Roxberg, 2008) of een stapje richting welbevinden (Langegard & Ahlberg, 2009). Na aanleiding van interviews met 19 zorgprofessionals en literatuurstudie heeft Norberg (2001) omschreven wat troost omvat. Deze studie was bedoeld om uit te lichten wat de betekenis van troost is. In het *model of consolation* heeft Norberg inzichtelijk gemaakt welke processen daarbij een rol spelen. De factoren die bij troost een rol spelen zijn 'openness', 'communion', 'dialogue' en 'transcendence'. Dit model staat hieronder uitgelegd aan de hand van figuur 1.

Openness

Om troost te kunnen geven is het nodig om als verpleegkundige steeds open, aanwezig en beschikbaar te zijn. Door bijvoorbeeld zorg te dragen voor praktische zaken, kan de verpleegkundige tijd en ruimte beschikbaar maken voor de patiënt waardoor de verpleegkundige laat merken dat de patiënt er niet alleen voor staat. De verpleegkundige is klaar om te troosten wanneer zij bereidt is om de patiënt te zien, er naar te luisteren en er naar om te kijken. Belangrijk hierbij is om niet te oordelen, op zowel positieve als negatieve manier. De verpleegkundige

hoort hierbij te weten dat zij geen eigenbelang heeft in het troosten van de ander, daarmee wordt bedoeld dat de verpleegkundige geen troost moet bieden met de intentie om er zelf beter van te worden. Een ander punt wat Norberg e.a. (2001) aanhalen is dat de verpleegkundige zichzelf moet kennen, voordat hij of zij echt naar de patiënt kan luisteren. Dit betekent dat men zichzelf moet kennen, als men de ander wil helpen met problemen. Tevens benoemen Norberg e.a. (2001) dat veiligheid en betrouwbaarheid binnen de zorgrelatie nodig is. Dit is van belang omdat in onzekere situaties voor de patiënt, de verpleegkundige een vaste steunpilaar kan zijn. De patiënt wordt klaar om troost te kunnen ontvangen door het uiten van gevoelens, zoals pijn, verdriet, woede, kwetsbaarheid en haat.

Communion

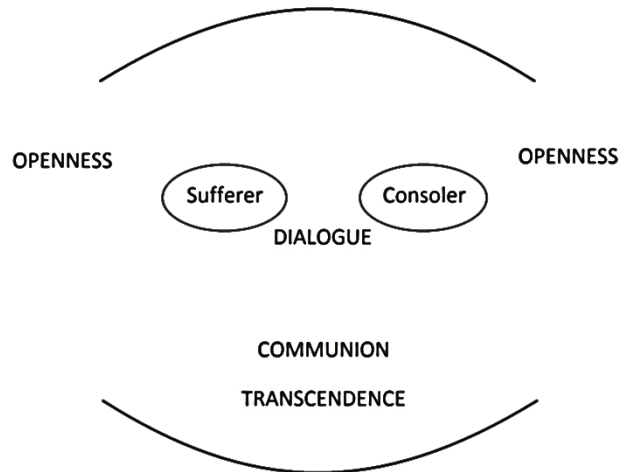
'Communion' betekent dat er wederzijdse aanwezigheid en beschikbaarheid nodig is. Openheid, aanwezigheid en beschikbaarheid zijn facetten die vertrouwen creëren. Wanneer er een vertrouwensrelatie is tussen de verpleegkundige en de patiënt, komt er ruimte om het leed of verdriet, waar de patiënt mee te kampen heeft, onder ogen te zien. De patiënt wordt dan rustiger en durft hiernaar te kijken. De verpleegkundige die troost zal naast de patiënt moeten gaan staan en daarbij laten zien dat zwakte, verdriet en uitingen van pijn geaccepteerd worden. Zowel de verpleegkundige als de patiënt zullen moeten accepteren dat de situatie onomkeerbaar is, dat wil zeggen dat het leed of verdriet er daadwerkelijk is en dat het leed erkend wordt. In eerste instantie zal het erkennen van het verdriet pijn doen, omdat het dan duidelijk wordt waar het leed ten diepste wegkomt. Het delen van de pijn betekent dat je niet alleen het leed hoeft te dragen, omdat samen dragen de pijn verlicht.

Dialogue

Een dialoog is belangrijk binnen troost. Een troostende dialoog heeft namelijk communicatie als basis, maar kan ook in stilte optreden. De patiënt kan zich bijvoorbeeld getroost voelen door een hand op de schouder. Troost hoeft daarom niet zozeer geboden te worden door middel van een gesprek.

Transcendence

Transcendence betekent het 'bovennatuurlijke bewustzijn'. Door ervaring van het bovennatuurlijke, kunnen positieve gevoelens en kracht weer worden ervaren. Door middel van het dialoog kan de patiënt vrij komen van de overweldigende gevoelens van duisternis en somberheid. Door troosten kan het verdriet niet helemaal weggenomen worden, maar het biedt wel nieuwe perspectieven voor de toekomst. Nieuwe perspectieven voor de toekomst kan voor iedereen wat anders betekenen. Toch zijn er tot slot wel een aantal kenmerken te



Figuur 1 *Model of consolation* (Norberg e.a., 2001)

benoemen die uit troost voortvloeien (Veltkamp, 1996), om de betekenis van transcendence te verduidelijken:

- *Troost maakt ruimte voor verdriet en versterkt het hart.*
Het idee dat de situatie er in zijn volle omgang mag zijn, maakt ruimte. Hierin is geen sprake van uitspraken als ‘dat het wel zal slijten’ of ‘dat er nog ergere dingen zijn’.
- *Troost brengt verwerking op gang.*
Het gaat erom dat de situatie draagbaar wordt gemaakt. Ieder doet dat op zijn eigen manier. Men kan pas verder als de loodzware, niet te verplaatsen, last omgevormd wordt tot een te verdragen ervaring. Dit kan een langdurig en wispelturig proces zijn, die de persoon in kwestie overigens niet alleen hoeft te doen.
- *Troost opent toekomst.*
Of anders gezegd: troost biedt oriëntatie op de weg door de chaos. Plannen maken en een koers uitzetten maakt dat de uitzichtloosheid wegebt. Wie zich geborgen weet door echte troost, begint langzaam de contouren van de weg weer te zien en durft de feiten onder ogen te zien.
- *Troost is een sterke kracht tot verandering.*
Het onder ogen zien van de eindigheid en broosheid van het leven roept sterke krachten op in de mens; het maakt de weerbaarheid groter. Troost is dan een vaste grond in het midden van alle drijfzand. Troost geeft mensen dat zij met beide benen op de grond staan en ze krijgen moed en vertrouwen om de werkelijkheid onder ogen te zien.

2.3 Hoe er troost geboden kan worden

Troost kan geboden worden door verschillende middelen: met woorden, gebaren, brieven en foto's, geschenken, technische middelen (zoals muziek laten horen, voorlezen) en met non-verbale communicatie in de vorm van je eigen aanwezigheid die beschikbaarheid uitstraalt. Je kunt met iemand bidden, zingen, herinneringen ophalen, of in een oud fotoboek bladeren. Al deze vormen zijn gericht op de overdracht van geborgenheid met als doel te helen/verlichten, oftewel troosten (Meiden, 2013). Hierbij is het wederzijds vertrouwen essentieel. Vertrouwen betekent dat men kan rekenen op de ander.

De verpleegkundige moet betrouwbaar zijn voor de patiënt, of anders gezegd: wanneer de patiënt betrouwbaarheid werkelijk beleeft, dan staat diegene open om hulp en de opbeuring te ontvangen. Vertrouwen is dus de communicatiebasis van het troosten (Meiden, 2013).

“Om iemand te kunnen troosten hoef je geen bepaalde ‘techniek’ aan te leren of toe te passen”, zegt Boswijk (2012), “Het enige dat je te doen staat is contact maken met je hart en vanuit het hart kijken, voelen, luisteren en reageren.”. Ieder mens is van nature in staat om te troosten, ook al vinden sommige mensen het moeilijk om uitdrukking te geven aan gevoelens.

De verschillende manieren om troost te bieden, hebben ieder zijn eigen belang (Horst, 2004). Hierin zijn verschillende vormen te onderscheiden.

- *Aanraken*
Het aanraken is de meest oorspronkelijke vorm van menselijk omgang en het is ook de eerste vorm van troost. Als het echt wordt gemeend, kan bijvoorbeeld een omarming iets zeggen dat op geen andere manier kan worden uitgedrukt.

- *Verzorgen*

Door te verzorgen kan men laten merken dat de ander niet alleen is, dat de ander belangrijk is en dat de ander wat waard is. Ook persoonlijke bezitting, planten of dieren kunnen verzorgd worden, wanneer de eigenaar het niet meer kan.

- *Hygiëne bevorderen*

Wanneer iemand zichzelf niet verzorgd, raakt diegene alleen maar verder achterop omdat hij zich nog ellendiger gaat voelen en vervreemdt van de ander. Het is als omstander erg moeilijk om hier wat van te zeggen. Toch is het wel een belangrijk aandachtspunt.

- *Zorg dragen over lichamelijk ongemak*

Er kunnen veel lichamelijke ongemakken bestaan, zoals pijn, vermoeidheid, duizeligheid etc. Verzorging en ondersteuning kunnen hierbij als troostend ervaren worden, omdat de ongemakken verlicht worden.

- *De omgeving inschakelen*

De omgeving is nodig om bovenstaande vormen van troost mogelijk te maken. Met de omgeving worden de personen bedoeld die om de patiënt heen staan, zoals familieleden, vrienden, burens enzovoort. Ter Horst (2004) legt daarbij ook uit dat de omgeving niet alleen uit personen hoeft te bestaan, een patiënt kan namelijk ook troost putten uit bijvoorbeeld een kopje thee in de tuin. De omgeving wordt dus gevormd door datgene waar de patiënt troost uit kan putten.

De verschillende manieren van troost bieden zijn mede afhankelijk van de persoonlijkheid en karakter van de trooster, in dit geval de verpleegkundige. Niet iedere verpleegkundige wendt alle mogelijkheden van troost aan, iedere verpleegkundige heeft haar eigen accenten hierin. Boswijk (2012) heeft onderzoek gedaan naar de verschillende typen van troosters en heeft deze in zes categorieën ingedeeld:

- Helpende troosters
- Meevoelende troosters
- Luisterende troosters
- De innerlijke trooster
- Onzichtbare troosters
- De goddelijke trooster

Helpende troosters hebben de neiging om meteen te proberen de problemen van de 'getrooste' weg te werken of op te lossen. Dit kan op verschillende manieren zoals sussen, vluchten, jezelf verwennen, organisatieadviezen, medicaliseren, algemeen maken/dooddoeners, psychologiseren/therapeuten, moed inspreken/hoop geven, vergelijken, zegeningen tellen en helpen; concreet aanpakken en meenemen. Binnen al de deze verschillende manieren van helpend troosten is er één rode draad te zien, namelijk dat de trooster niet op de getrooste ingaat als de getrooste zijn gevoelens en emoties toont. De trooster probeert juist de aandacht van de getrooste te verplaatsen, in plaats van op de gevoelens en emoties in te gaan. Daarentegen ligt hier vaak wel de behoefte van de getrooste, namelijk dat zijn emoties erkent worden en niet dat er meteen een oplossing wordt aangedragen. In sommige gevallen kan dit wel troostend werken, maar niet voor iedereen. Troost is immers voor iedereen anders en kan door iedereen verschillend ervaren worden. Er wordt dus bij helpend troosten niet ingegaan op gevoelens van pijn en verdriet, maar wordt er meteen naar een oplossing gezocht door iets te doen.

In tegenstelling tot de helpende trooster, gaat de *meevoelende trooster* juist wel op de emoties en gevoelens van de getrooste in. Hierdoor kan de trooster zich emotioneel met de getrooste meevoelen door hetzelfde te voelen als de getrooste, maar de trooster kan juist ook het tegenovergestelde van de getrooste voelen. Als de trooster hetzelfde als de getrooste voelt, kan dit een gevoel van (h)erkenning oproepen bij de getrooste, wat een troostende werking kan hebben. Een aandachtspunt hierbij is wel dat de getrooste zich ermee kan gaan identificeren of er juist voor op de vlucht slaat. Als meevoelend trooster laat je zien dat je partij kiest, hier kan de getrooste niet altijd van gediend zijn. Meevoelend troosten is dus een vorm van ‘medeleven’.

Luisterende troosters bieden troost op een passieve manier. Zij troosten door alleen maar aanwezig te zijn met een actieve luisterhouding. Verder doen luisterende troosters eigenlijk niets, behalve (door)vragen. Hiermee laat de trooster erkenning zien, maar dit is niet hetzelfde als meevoelen. De luisterende trooster erkent en bevestigt wel de emoties van de getrooste, maar laat hierbij niet merken of hij ook met diegene meevoelt. Dit wordt ook wel ‘relationele troost’ genoemd. Door te luisteren kan de getrooste op de bodem van zijn verdriet komen, waardoor de situatie aanvaardt kan worden omdat emoties tot rust komen.

De *innerlijke trooster* troost zichzelf. Sommige patiënten vinden het juist fijn om verdriet in eenzaamheid te verwerken en vinden dit zelfs beter dan getroost te worden. Iedereen heeft een ‘trooster’ en ‘getrooste’ in zich, omdat men altijd reflecteert over zichzelf. Dit wordt ook wel het innerlijk oordeel genoemd, waardoor men in staat is om zelf emoties en gedragingen ‘weg te werken’. De emoties en gevoelens worden dan niet gedeeld met anderen, maar voor zichzelf gehouden om zichzelf als het ware te troosten. Dit kan bijvoorbeeld door te gaan winkelen, een kopje koffie, een reep chocola enzovoorts. Innerlijke troost wordt ook wel ‘wezenlijke troost’ genoemd.

Onzichtbare troosters zijn niet lijfelijk aanwezig maar luisteren altijd. Dit kunnen personen zijn die verhuisd of geëmigreerd zijn, maar het kan ook om overledenen gaan. Ondanks afstand kunnen mensen blijven communiceren met bepaalde personen. Boswijk (2012) geeft hierbij de volgende voorbeelden: *“Kinderen kunnen hele gesprekken met hun overleden(groot)ouders houden; partners blijven vaak nog jaren tegen hun overleden metgezel praten; ouders blijven overleden kinderen de rest van hun leven bij zich dragen en voeren soms lange gesprekken met hen.”*. Dit lijkt misschien vreemd, maar het kan wel heel troostend werken. Iemand kan namelijk letterlijk en figuurlijk het hart legen, waardoor er weer ruimte gemaakt wordt voor andere dingen. De zorgen kunnen (tijdelijk) naar de achtergrond verdwijnen. Het gevaar aan een onzichtbare trooster is dat de getrooste in een sociaal isolement kan raken omdat hij/zij niet bereidt is om lief en leed te delen met anderen.

De *goddelijke troosters* staan in verbinding met religies. Voorbeelden hiervan zijn het christendom (God) en islam (Allah). De goddelijke trooster is te vergelijken met de onzichtbare trooster. Toch hoeft de goddelijke trooster niet altijd in verbinding te staan met geloof, de natuur kan ook een troostende werking hebben op mensen. Men kan blij worden van een weiland paardenbloemen, of van een stralende zomerdag.

Binnen al deze verschillende vormen van troost is het zaak dat de getrooste zelf laat merken waar hij behoefte aan heeft, zodat de trooster zich daar zo goed mogelijk op af kan stemmen.

Het grootste verschil binnen deze vormen van troost is dat er of wel of niet ingegaan wordt op de emoties en gevoelens, namelijk of er hulp of troost geboden moet worden.

Veltkamp (1996) geeft aan dat het bij troosten gaat om het laten blijken dat je ziet hoe de ander erbij zit, zonder meteen te zeggen dat het allemaal nog erger kan, dat er veel goede dingen overblijven of dat het wel zal slijten. Als trooster kijk je als het ware even mee. Troosten hoeft niet altijd op een zachte manier te gebeuren, soms is een stevige duw in de rug precies wat iemand nodig heeft. Het zal op dat moment misschien niet gewaardeerd worden door de getrooste, maar kan uiteindelijk wel een troostende werking hebben.

Samenvattend komt het bij troost bieden erop neer dat je openstaat voor de ander, het vermogen hebt tot liefdevolle confrontatie, door bijvoorbeeld een stevige duw in de rug. En tot slot is het belangrijk om de fijngevoeligheid te hebben om de juiste inschatting te maken welke vorm van troost de ander nodig heeft. Dit is in het kort vanuit de literatuur een antwoord op de hoofdvraag: *“Wat wordt er door verpleegkundigen verstaan onder troost en hoe speelt troost een rol binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening?”*.

3. Onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk staat de onderzoeksmethodiek beschreven. In de eerste paragrafen staat beschreven welke dataverzamelmethode gebruikt is. Daarbij wordt er inzicht gegeven in de operationalisering, hoe het onderzoeksinstrument is vormgegeven en de keuze voor de populatie en steekproef staat verantwoord. Vervolgens wordt de analysemethode beschreven en staan begrippen als betrouwbaarheid, validiteit en ethische verantwoording uitgelegd.

3.1 Methode

Het onderzoek is kwalitatief en is vormgegeven door middel van interviews met verpleegkundigen van verpleegafdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle (zie ook 3.4 *Analyse*). Door diepte interviews is er zo diep mogelijk ingegaan op de troostende rol van de verpleegkundige, zodat er door middel van doorvragen mogelijk verrassende details zichtbaar zouden kunnen worden (Grit & Julsing, 2009). Het doel hiervan was om te achterhalen wat de achterliggende gedachten, visies en drijfveren zijn van de verpleegkundigen, zodat de deelvragen beantwoord zouden kunnen worden.

3.2 Gegevensverzameling

Als voorbereiding op de interviews is er verdieping gezocht over het afnemen van interviews. De uitleg van Bakker & Buuren (2009) is als uitgangspunt gekozen vanwege de duidelijke uitleg over de verschillende interviewstructuren. Er is gekozen voor de semigestructureerde interviewvorm, waarbij alle hoofdvragen op papier zijn gezet en ruimte blijft voor doorvragen.

De hoofdvragen zijn beschreven in het interviewschema om inzicht te geven in de opbouw en inhoud van de interviews (zie bijlage 2). De topics zijn aan de hand van de deelvragen opgesteld om een vaste structuur aan te houden binnen het onderzoek. Als opening van het interview is de uitspraak van Paré voorgelegd, omdat de mening van de verpleegkundigen hierover bepalend kan zijn voor de relevantie van troost binnen hun beroepsuitoefening. Met deze uitspraak wordt namelijk de troostende rol van de verpleegkundige in het voetlicht gezet, en dan specifiek gericht op de positie van de troostende rol van de verpleegkundige anno nu. Het interviewschema is op bruikbaarheid en volledigheid gecontroleerd door de checklist van Glabbeek (2012) als uitgangspunt aan te houden.

De interviews zijn door een vast tweetal afgenomen (zie 3.5 *Betrouwbaarheid en validiteit*). Tijdens het interview was er één gespreksleider en de ander zorgde voor tijdbewaking, bediening van de voice recorder en vulde waar nodig aan in het gesprek.

Alle interviews zijn opgenomen met een voice-recorder en zijn nadien letterlijk uitgetypt door een groeplid, dit ten behoeve van de analyse (zie 3.4 *Analyse*). Hiervoor is om toestemming gevraagd aan de verpleegkundige.

Aan de verpleegkundigen is door een kennismakingsmail (zie bijlage 4 Aankondiging interview via weekmail) en een poster op de afdeling het onderwerp, aanleiding, probleemstelling en doel kenbaar gemaakt, zodat de verpleegkundigen wisten waar het interview over zal gaan (zie bijlage 3 Aankondiging interview op de afdeling). Aan het einde

van het interview is gevraagd aan de verpleegkundige niet over de inhoud van het interview te spreken, zodat nog te interviewen verpleegkundigen zo objectief mogelijk het interview in zouden gaan.

Tijdens het interviewen is er zoveel mogelijk aangesloten wat de ander vertelde, zodat de ander niet het gevoel kreeg dat er niet geluisterd zou worden. Er zijn geen waardeoordelen (afkeuringen of goedkeuringen) in de vragen meegenomen, om zo objectief mogelijke antwoorden te ontvangen (Halem & Müller, 2009).

Tot slot kreeg iedere geïnterviewde verpleegkundige een presentje als dank. Het presentje is gerelateerd zijn aan troost, hiermee werd de waardering voor de medewerking aan dit onderzoek getoond.

3.3 Steekproef

De populatie van dit afstudeeronderzoek bestaat uit 10 van de 32 verpleegkundigen van verpleegafdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle.

Binnen het onderzoek is er gekozen voor een selecte steekproef binnen een selecte doelgroep. Er is gekozen voor 10 verpleegkundigen, omdat dit 1/3 deel is van het totaal aantal verpleegkundigen. Literatuur benoemt hierover geen richtlijnen over specifieke aantallen of percentages. Om praktische redenen is voor 1/3 deel van de verpleegkundigen gekozen, dit in het kader van de haalbaarheid.

In de selectie is er geen onderscheid gemaakt in leeftijd, werkervaring, vooropleiding en geslacht. Hier is bewust geen selectie in gemaakt omdat in de ogen van de onderzoekers deze criteriapunten geen verschil maken in de omschrijving en invulling van troost.

Wel is er voor gekozen om alleen vaste verpleegkundigen te interviewen, waarin is gekeken naar de verschillende diensten (dag-, laat- en nachtdiensten). Dit met als doel om een zo breed mogelijk spectrum te krijgen over de invulling van de troostende rol van de verpleegkundige.

3.4 Analyse

Alle interviews zijn opgenomen, waarna deze zijn beluisterd en letterlijk zijn uitgeschreven in het programma Microsoft Office Word, waarna ze zijn gearriveerd.

Voor de analyse van de interviews is gebruik gemaakt van het stappenplan zoals beschreven door Baarda, de Goede en Teunissen in het boek 'Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek' (2005).

Als eerst zijn de uitgeschreven interviews opgedeeld in tekstfragmenten met behulp van Microsoft Office Excel. De tekstfragmenten zijn genummerd met 3 cijfers: interviewnummer, deelvraagnummer en fragmentnummer. Ieder fragment is gelabeld door één naam of zeer korte omschrijving wat het fragment typeert. Alle labels zijn vervolgens per deelvraag bij elkaar gezet, waarna er is gekeken welke labels met elkaar overeenkomen. Deze zijn

samengevat in kernlabels, dit is een kort samenvattend woord wat de overeenkomstige labels definieert. Wanneer kernlabels te abstract zijn, zijn er verschillende dimensies gemaakt om de kern toe te lichten. Deze dimensies maken duidelijk wat de hoofdpunten zijn die onder het kernlabel vallen. De deelvragen en de hoofdvraag zijn daarna beantwoord vanuit de gegevens die uit de analyse verkregen zijn.

Om de betrouwbaarheid van de analyse te waarborgen, zijn de eerste twee interviews door elk groepslid individueel gefragmenteerd en gelabeld. De geanalyseerde interviews zijn gezamenlijk besproken en er is gekeken welke overeenkomsten en verschillen er waren. Ieder groepslid kon hierbij haar eigen keuzes en gedachtes verantwoorden. De uitkomsten zijn naast elkaar gelegd en gereduceerd tot één analyse. Alle analyses zijn naar de begeleidende docent gestuurd en besproken om de validiteit van het onderzoek te bevorderen.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De opzet van het interview is gecontroleerd door de begeleidende docent, en tevens opdrachtgever, van de Viaa (Gereformeerde Hogeschool). Daarnaast is de opzet van het interview ook gecontroleerd door de teamleider van afdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle. Een risico bij het afnemen van interviews bij verpleegkundigen, was het ontvangen van mogelijk sociaal wenselijke antwoorden. Om dit te ondervangen zijn de interviews met individuele verpleegkundigen gehouden, zodat groepsdruk, sociale controle en/of beïnvloedende posities van de groep geen rol konden spelen. De interviews zijn door een vast tweetal afgenomen, zodat elk interview op dezelfde wijze werd afgenomen, waardoor de continuïteit en de betrouwbaarheid werd bevorderd. Tevens is er gekozen voor een vast tweetal, omdat antwoorden gekleurd kunnen worden door de interviewer en daardoor de informatie subjectief kan zijn. Door in tweetallen te werken kon men elkaar aanvullen en corrigeren waar nodig. Ook zijn de geluidsfragmenten en de letterlijke transcripten van de interviews anoniem gearchiveerd en kunnen op aanvraag verkregen worden.

Het onderzoek is intern valide omdat de vragen op het interviewschema zijn opgesteld aan de hand van de deelvragen. Het praktijkonderzoek is echter niet extern valide, omdat de interviews worden afgenomen op één specifieke afdeling binnen één ziekenhuis. De resultaten van het praktijkonderzoek kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden naar andere afdelingen en/of instellingen.

3.6 Ethische verantwoording

De ethische verantwoording is erop gericht om op een zo rechtmatige manier informatie te verkrijgen (Grit & Julsing, 2009). Verpleegkundigen konden op vrijwillige basis meedoen aan dit onderzoek, en konden zich te allen tijde terugtrekken.

De interviews zijn afgenomen in een ruimte waar geen derden mee konden luisteren, dit om de privacy te waarborgen. Er is vertrouwelijk omgegaan met de onderzoeksgegevens. De interviews werden anoniem getranscribeerd, zodat niemand schade aangebracht wordt. Antwoorden zijn niet achtergehouden of vervalst zodat het onderzoek niet in een bepaalde richting gestuurd zou worden. Dit is controleerbaar omdat alle geluidsopnamen en transcripten gearchiveerd zijn en opgevraagd kunnen worden.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten beschreven die uit de interviews zijn voortgekomen. De resultaten zijn per deelvraag geanalyseerd in fragmenten, kernlabels en dimensies volgens de kwalitatieve analysemethode van Baarda en de Goede (2005). Met citaten uit de interviews worden de beschreven resultaten ondersteund. De analyses zijn opgenomen in de bijlagen, evenals een korte schematische weergave van alle kernlabels en dimensies per deelvraag (zie bijlage 6). De conclusies die uit de resultaten voortvloeien, staan beschreven in hoofdstuk 5.

4.1 Betekenis troost

Deelvraag één gaat over wat verpleegkundigen verstaan onder het begrip ‘troost’. In eerste instantie gaven de verpleegkundigen aan dat troost een breed begrip is. Gedurende het interview gaven de verpleegkundigen meer specifieke antwoorden op de vraag wat troost volgens hen is. Er zijn twee duidelijke hoofdlijnen terug te zien in de analyse.

Er zijn

In de eerste plaats werd ‘er zijn’ veel benoemd als omschrijving van troost. Hierbij werd troost een breed begrip genoemd, omdat de betekenis van troost moeilijk in één zin te vangen is. Troost is namelijk per patiënt en per situatie verschillend.

“Troost kan soms een lach zijn, of als iemand slecht nieuws heeft gehad. Dat je er echt mee in gesprek gaat, of een knipoog of even een hand op de schouder of ja, ik vind troost wel een breed begrip. Het hoeft niet alleen maar iemand te zijn die in tranen bij wijze van, maar kan ook als er hulp nodig is, of soms ook even het gevoel geven van ‘ik begrijp het’, zeg maar. Dat vind ik al troost.” (label 5.1.03).

Door doorvragen kwamen begeleiden, iets dragelijk maken en steun bieden als concretere omschrijvingen van ‘er zijn’ naar voren. Begeleiden werd vaak getypeerd als steun bieden aan de patiënt om de situatie iets dragelijk te maken. Één verpleegkundige legde hierbij uit dat zij troost ziet als een stukje meelopen in het proces van het leven van de patiënt.

“...Ik zeg altijd: ik mag met een patiënt in een stukje proces van zijn leven meelopen. En ik kan niet altijd het verdriet bij die patiënt wegnemen, maar ik kan soms wel dingen op een rij zetten, of zijn verhaal aanhoren, en dat kan soms wel een stukje verlichting geven.” (label 9.1.03).

Ruimte voor gevoelens

In de tweede plaats sprong ‘ruimte voor gevoelens’ eruit als omschrijving van troost. Maar voordat er ruimte voor gevoelens kan ontstaan, zal eerst het verdriet erkent moeten worden. Één verpleegkundige legde uit dat de patiënt eerst als het ware door het verdriet heen moet gaan door de gevoelens niet uit weg te gaan. Door dit als het ware te accepteren, ontstaat er ruimte voor mogelijkheden hoe met dit verdriet om te gaan. Verpleegkundigen hebben niet de illusie dat zij het verdriet weg kunnen nemen, maar dat zij wel verlichting daarin kunnen bieden. Verpleegkundigen vinden aansluiten bij de patiënt ook belangrijk omdat elke patiënt uniek is, iedereen reageert anders en gaat verschillend om met verdriet. Aansluiten bij de

patiënt kan op verschillende manieren. Deze manier worden verder uitgelicht in paragraaf 4.3. De verpleegkundige benoemde als kanttekening bij het erkennen van het verdriet dat het bij troost ook gaat dat de patiënt weer moed krijgt om verder te gaan.

“Wanneer iemand slecht nieuws krijgt, moet ik de patiënt/familie troosten omdat zij heel erg verdrietig zijn. En daarna wordt het vaak een positieve draai geven, wij proberen ze er dan doorheen te slepen. Dat is eigenlijk continu wat je aan het doen bent.” (label 3.1.05).

4.2 Verpleegkundige relevantie

Deelvraag twee staat in het teken van de verpleegkundige relevantie van troost binnen de beroepsuitoefening. Hiermee wordt bedoeld hoe verpleegkundigen de positie van troost zien in hun dagelijks verpleegkundig werk. De uitspraak Paré, over soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten, is als eerste aan de verpleegkundigen voorgelegd.

Genezen

Een aantal verpleegkundigen geven in de eerste plaats aan dat er naar genezing wordt gestreefd. Dit is echter wel afhankelijk van het perspectief van de aandoening van de patiënt en dus of de behandeling curatief of palliatief is. Daarnaast geven een aantal verpleegkundigen ook aan dat genezen niet het verpleegkundig vakgebied is. De arts spreekt in samenspraak met de betrokkenen een behandeling af wat wordt uitgevoerd door de verpleegkundigen.

“Dit is hetgeen wat wij kunnen als verpleegkundige, maar ik kan niet iemand genezen, dat heb je niet in de hand ondanks dat je er alles aan doet.” (label 4.2.07).

Verlichten

Verlichten wordt gezien als een taak van de verpleegkundige.

“Vaak verlichten is zeker je rol als verpleegkundige, omdat je bijvoorbeeld de bijwerkingen van chemotherapie probeert te verlichten. Je bent eigenlijk continu bezig met hoe maak ik het zo makkelijk mogelijk zeg maar voor de patiënt, om dit allemaal te doorstaan. Dus zo verlichten.” (label 3.2.02).

Verlichten wordt gedurende de hele dag door gedaan, zoals in het citaat ook wordt gezegd.

Troosten

Verpleegkundigen kijken verschillend naar de positie van troost binnen de beroepsuitoefening. Kernpunten die benoemd worden zijn dat troost onvoorspelbaar is, maar ook verweven in je vak. Eén verpleegkundige benoemd bijvoorbeeld dat troost voor haar onvoorspelbaar is, omdat je van te voren niet weet of de patiënt troost nodig heeft. Troost is dus niet te plannen. Het merendeel van de verpleegkundigen geeft aan dat troost verweven is het verpleegkundig vak.

“Het is niet iets wat je heel bewust doet. Ik denk dat het gewoon al wel heel natuurlijk in je werk zit. Soms is het maar een heel klein momentje waarin je al troost, wat je niet eens bewust doet maar wat al wel als een soort van troost of blijk van troost geeft aan de patiënt.” (label 5.3.05).

Een andere verpleegkundige ziet troost als

“een rode draad door het handelen heen.” (label 6.2.18).

Troost wordt door slechts één verpleegkundige niet als prioriteit gezien, omdat er een aantal basistaken zijn die per dienst uitgevoerd moeten worden. Er wordt ook meerdere keren genoemd dat troosten en verlichten samen gaan. Iemand verlichting bieden kan bijvoorbeeld door een patiënt die last heeft van braken, iets te geven tegen de misselijkheid. Dit is een indirecte vorm van troost door middel van verlichting van de klachten. Daarbij wordt het bieden van verlichten ook als taak gezien van de verpleegkundige.

Verder wordt er getroost afhankelijk van de patiënt, maar ook afhankelijk van de verpleegkundige. Niet elke patiënt heeft evenveel behoefte aan troost, dit is afhankelijk van hoe iemand is en wat de situatie is. Troost is ook niet altijd gepast:

“Soms heb je situaties waar niet te troosten valt. Soms is het ook niet het moment om te troosten. Mensen krijgen vaak slecht nieuws en tijdens of vlak na die gesprekken ben je er wel en probeer je er voor diegene te zijn, maar is troost niet altijd gepast. Troost zie ik als een arm om iemand heen of met woorden als ‘het komt wel goed’, maar dat doe je niet na een slecht nieuws gesprek.” (label 1.2.04).

Troost wordt door verpleegkundigen ook gezien als persoonsgebonden,

“het is ook maar net hoe je die rol neemt of pakt” (label 9.2.13).

Verschil in diensten

Tot slot is er gevraagd of verpleegkundigen verschil in diensten ervaren, met betrekking tot de troostende rol van de verpleegkundige. Een deel vond dat er geen verschil in tijd en ruimte is om te troosten, in elke dienst zien zij ruimte om te kunnen troosten, weliswaar afhankelijk van de behoefte van de patiënt. Een ander deel vond dat er voornamelijk in de avond- en nachtdiensten meer tijd is om te troosten. Er wordt benoemd dat 's avonds, na het bezoeken, het doorgaans rustiger wordt voor de patiënt. Er is geen in- en uitloop meer van verschillende disciplines en bezoek, zodat patiënten minder afleiding hebben en meer tijd hebben om na te denken over hun situatie. De behoefte aan troost kan dan eerder uitgesproken of aangevoeld worden.

“s Avonds is de druk van het werk weg. Tuurlijk, je moet ook wel dingen doen, maar het is niet meer de patiënt voor een foto naar beneden brengen of een arts die bezig is of wat dan ook, waardoor je meer ruimte hebt.” (label 10.2.33).

Overdag gaat troost meer onbewust omdat er dan veel in- en uitloop bij de patiënt is van schoonmakers, bezoek, artsen en andere (para)medische disciplines. Troost wordt overdag

doorgaans onbewust geboden tijdens bijvoorbeeld de wasbeurt. Dit wordt gedaan door aandacht te geven aan de patiënt door bijvoorbeeld de benen in te smeren met bodylotion, of door te vragen hoe het met diegene gaat en van daaruit het gesprek aangaan. Op dat moment is de verpleegkundige niet bewust bezig met het feit dat zij troost biedt aan de patiënt door middel van een praktische handeling en aandacht. Er wordt verschillende keren door verpleegkundigen aangegeven, dat nachtrust belangrijk is. Maar 's nachts wordt er wel het meeste tijd ervaren om te troosten, wanneer patiënten niet kunnen slapen. keren door verpleegkundigen aangegeven, dat nachtrust belangrijk is. Maar 's nachts wordt er wel het meeste tijd ervaren om te troosten, wanneer patiënten niet kunnen slapen.

“Als het 's nachts voorkomt is het een extreme situatie denk ik, maar dan heb je wel de meeste ruimte om te troosten.” (label 10.2.34).

4.3 Invulling van troost

Deze paragraaf gaat over de inhoud van de troostende rol van de verpleegkundige, dat wil zeggen hoe de verpleegkundige in de praktijk troost biedt en welk doel daarmee wordt beoogd. Hieruit zijn de volgende kernlabels gedefinieerd, namelijk omgaan met situatie, aandacht, anderen inschakelen, houding en intuïtie.

Omgaan met situatie

Ten eerste heeft de verpleegkundige als doel met troosten dat de patiënt om kan gaan met de situatie, wat per patiënt verschillend is. Eén verpleegkundige benoemt dat het ook afhankelijk is van de verpleegkundige observatie:

“Als mijn observatie is dat een partner verdrietig weggaat en de patiënt stil valt en meer in zichzelf gekeerd is, dan kan dat natuurlijk zijn door vermoeidheid, maar het kan ook zijn door slecht nieuws. Maar heel vaak is het ook zo dat ze elkaar de hand boven het hoofd houden en niet naar elkaar uitspreken wat hun gedachten en moeiten zijn. Soms speelt hierbij ook de dood naderbij zien komen. Toch worden ze wel gedwongen om er met elkaar over te spreken, op het moment dat een dokter het heeft uitgesproken. In dit geval is het doel om de communicatie tussen de patiënt en partner te bevorderen.” (label 1.3.20).

“Op een ander moment wil je weer dat de patiënt de kracht vindt om door te gaan met zijn behandeling.” (label 1.3.22).

Soms kan het helpen om het hart even te luchten zodat men weer verder kan, er wordt dan als het ware ruimte geschept om weer met de situatie om kunt gaan. Een grap kan soms net even de lading uit een situatie halen. Met een stukje humor kan dus de situatie even doorbroken worden. Verpleegkundigen vertellen ook dat een positieve benadering ook troostend kan werken. Op deze manier kan de patiënt weer de moed vinden om door te knokken.

Intuïtie

Het kan voorkomen dat de patiënt niet de behoefte aan troost uitspreekt, terwijl de verpleegkundige intuïtie zegt dat troost nodig is, of dat er in ieder geval even stilgestaan moet

worden bij de situatie. Het kan dan nodig zijn om in te grijpen om escalatie te voorkomen. De intuïtie wordt door verpleegkundigen als volgt uitgelegd:

“Het is ook wel je eigen gevoel een beetje. Maar soms dan, als je iemand een hele dag kent, dan 's ochtends zie je heel veel praatjes en zo ineens kom je op de kamer en dat je dan denkt van: dan zie je iemand wat rustiger en dan zie je ze al een keer opkijken en snel weer naar beneden kijken. Dan heb je vaak je eigen gevoel, dat je erop in moet spelen. En dan vraag je heel simpel: hoe gaat het, of gaat het wel... ” (label 4.3.14).

Er wordt geen concrete definitie van de verpleegkundige intuïtie gegeven, het wordt benoemd als ‘je ziet het’ en je voelt het aan wanneer de patiënt behoefte heeft aan troost.

Aandacht

Verpleegkundigen geven invulling aan de troostende rol door aandacht te geven aan de patiënt. In de eerste plaats wordt aansluiten bij de patiënt meerdere keren genoemd als het gaat om aandacht. Aansluiting wordt onder andere gevonden wanneer de verpleegkundige weet in welke fase van behandeling de patiënt zich bevindt. Het maakt namelijk verschil of iemand net een diagnose heeft gehad en begint met kuren of dat iemand al langere tijd bekend is op de afdeling. Daarbij observeert de verpleegkundige het gedrag van de patiënt, om in te schatten wat de patiënt nodig heeft. Het is wel belangrijk dat de verpleegkundige de patiënt kent en de leefwereld van de patiënt in kaart heeft. Dit betekent dat de verpleegkundige zich moet verdiepen in de patiënt.

“Wanneer je de controles doet, dan heb je vaak 's ochtends direct al het eerste contact met de patiënt. Ja, als iemand zich dan heel beroerd voelt of dat hij heel misselijk is bij de kuur of omdat hij gisteravond slecht nieuws heeft gehad, ja dan heb je dan direct al iets dat je, nou ja, dat je erover praat zeg maar, dat je dan voor mijn gevoel al wel iets van troost, dat je wel aan werkt, zeg maar.” (label 5.3.07)

De verpleegkundige kan daarnaast bijvoorbeeld ook vragen naar de behoefte of opties aanreiken aan de patiënt, bijvoorbeeld sporten, muziek, een gesprek enzovoorts. De regie van de patiënt wordt hierin ook meegenomen, bijvoorbeeld door toestemming te vragen voordat een handeling wordt uitgevoerd bij de patiënt of door de patiënt inspraak te laten hebben in zijn dagstructuur.

Door specifiek het observatie te benoemen wat de verpleegkundige ziet bij de patiënt kan zij erachter komen of de interpretatie juist is. Hierdoor kan een opening gecreëerd worden voor de patiënt om troost te ontvangen.

"Je hebt een observatie en die heb je te toetsen aan je patiënt. Van heej, joh, ik merk, je zegt wel van, naar mijn idee straal je uit van, uh, ga alsjeblieft in een boog van drie meter om me heen zeg maar, kom niet in mijn buurt, maar ik zie toch dit en dit en ik heb gemerkt dat je die en die tegenslag hebt gehad. Hoe sla je je hier doorheen? Dat, uh, dan creëer je zelf een opening, dan breek je er eigenlijk even doorheen en dan krijg je vanzelf een reactie van: nou ja, klopt, ik nu geen behoefte aan om er met jou over te spreken of soms krijg je een spraakwerval.” (label 1.3.07)

Overigens benoemen verpleegkundige dat aandacht niet zit in het aantal minuten, maar vooral in de kwaliteit van de contactmomenten; een blik kan soms al voldoende zijn. Wanneer de verpleegkundige weet dat er bijvoorbeeld een slecht nieuwsgesprek komt, plant zij van tevoren al tijd in om daarna aandacht te besteden de patiënt. Er wordt dan heel bewust tijd genomen door de verpleegkundige, ondanks een hoge werkdruk.

De verpleegkundige geeft ook aandacht door te luisteren naar de patiënt en er 'te zijn'. Op die manier laat de verpleegkundige blijken dat emoties er mogen zijn. Een open vraag van de verpleegkundige kan voor de patiënt een uitnodiging zijn om te vertellen hoe hij zich voelt. Daarbij kan troost ook praktisch geboden worden door bijvoorbeeld een glaasje water. De verpleegkundige laat op deze manier weten dat ze beschikbaar is en luistert naar de wensen van de patiënt. Eén verpleegkundige benoemde complementaire zorg als troost, bijvoorbeeld een voetmassage of insmeren met bodylotion. Door ontspanning voelt de patiënt zich prettig en ervaart minder verdriet.

“Ik vroeg laatst bijvoorbeeld aan een patiënt: ‘Heeft u nog lekkere bodylotion bij u, dat ik u even lekker kan insmeren?’. Nou, dat had die patiënt niet, maar dat ging hij wel vragen aan bezoek om mee te nemen de volgende dag. Dat biedt ik de patiënt aan, want patiënten vragen zelf echt niet van wilt u mij even insmeren met bodylotion, dat doen ze écht niet. En als ik dan tijd heb, dan heb je ook even het contact en ik denk dat als je hartstikke ziek bent, dat je dan ontspanning krijgt en nou ja, dan voelt iemand zich ook prettig. En ik denk dat als iemand zich prettig voelt, dat hij misschien ook iets minder verdriet ervaart, maar dat weet ik niet, dat probeer je uit. Dus dat is denk ik wel, dat je, dat is dan meer de complementaire zorg natuurlijk, maar ik denk dat je dan ook troost biedt. Ik heb laatst ook even een voetmassage gegeven. Als je dan tijd hebt en je gaat even tien minuten zitten, dat waardeert de patiënt heel erg.” (label 2.3.29)

De verpleegkundige is er in de eerste plaats voor de patiënt, maar er wordt ook een belangrijke en essentiële rol gezien als het gaat om aandacht aan familie. Ook zij kunnen troost nodig hebben, omdat zij ook getroffen worden als er sprake is van kanker bij een familielid. Dit kan aan bed, maar de verpleegkundige schiet de naasten soms ook aan op de gang, als zij net bij de patiënt vandaan komen.

“Ik heb ook weleens familieleden, dan is het een dochter, waar iemand van weg loopt. En dan houden ze zich op zaal groot, maar zodra ze de zaal afgaan zie je dat ze beginnen te huilen. Ik denk: dat is het moment dat ik ze van de gang af pak. Als je het ziet. En kan ook zijn dat ze in de auto zitten dat het gebeurt. En dan ben ik er niet bij.” (label 2.3.14)

Privacy is een belangrijk aandachtspunt als het gaat om het bieden van troost. Op zaal kan het soms lastig zijn om diepe gesprekken te voeren. Ook regelt de verpleegkundige regelmatig een aparte ruimte, zodat de patiënt de vrijheid ervaart om zich te uiten. Dit geldt ook voor familieleden, bijvoorbeeld na een slecht nieuwsgesprek.

Houding

Verder werden er een heel aantal houdingsaspecten benoemd die belangrijk gevonden worden bij het bieden van troost. Ten eerste is het belangrijk de patiënt echt te zien. Dit

wordt praktisch vormgegeven doordat de verpleegkundige bijvoorbeeld aan het begin van de dienst even een rondje maakt langs de patiënten.

“Door de patiënt een hand te geven, door hem in de ogen aan te kijken. De manier waarop hij je hand schut, de manier waarop iemand je aankijkt of aanspreekt, daar heb je al een hele zooi informatie die je allemaal onbewust verwerkt. Je weet dan heel veel over hoe de patiënt in z’n vel zit en dat moet je natuurlijk nog wel toetsen.” (label 1.3.14).

De patiënt voelt zich gezien. Waar nodig neemt de verpleegkundige actie op haar observatie.

De geïnterviewde verpleegkundigen vinden een oprechte en empathische houding essentieel. De patiënt voelt aan of iets oprecht is of niet. Als de verpleegkundige even niet weet wat ze moet zeggen, omdat zij bijvoorbeeld ook geschokt is door het slechte nieuws, is het beter dit te benoemen dan hier omheen te draaien. Het empathisch vermogen is afhankelijk van het karakter van de verpleegkundige. Er werd ook verschillende keren genoemd dat het belangrijk is om geen oordeel te vormen bij het bieden van troost:

“Kijk, de een wordt boos, de ander wordt hyper, weer een ander wordt blij of gaat juist in de ontkenning. Er is natuurlijk geen patiënt die hetzelfde reageert, en je hoeft daarover ook geen oordeel of waardeoordeel te geven. Je mag gewoon er laten zijn wat er is. Als je dat doet, dan troost je denk ik.” (label 6.3.05).

Op de vraag hoe verpleegkundigen concreet invulling geven aan hun troostende rol, worden er verschillende voorbeelden genoemd. Zo kan de verpleegkundige door fysiek contact te maken, laten blijken dat er meegeleefd wordt. Bijvoorbeeld een hand op de schouder of op de arm. Of afleiding bieden als troost.

“Bijvoorbeeld op zaterdagavond mogen ze hier een borreltje. Dat doe ik ook weleens door de week... Ouders een keer wat eten geven... Ja, gewoon. Ja, soms, weet je, van de week was een jongen verdrietig, en toen gingen we samen achter de X-box die achter staat. Beetje meer zo, even een activiteit doen of een stukje fietsen, of laatst hebben ze een keer gebowld voor de grap, weet je, bekertjes neergezet en een bal gepakt en een beetje zo. Juist de kleine dingetjes.” (label 3.3.37)

Professionele afstand nemen verpleegkundigen wel in acht. De verpleegkundigen zijn zelf ook mensen met emoties. Levenservaring en ervaring in het vak maken het bieden van troost en tegelijkertijd voldoende afstand houden makkelijker.

“Ik kan het wel, maar door de oncologieopleiding enzo heb ik dat wel meer ontwikkeld, want ik ben niet van nature een heel makkelijk, open, kom-maar-hier-mens, dus dat is gegroeid. Ik vind het in het begin ook moeilijk om mijzelf te geven, want als je iemand troost, moet je jezelf ook open zetten voor emoties, je moet jezelf ook vaak kwetsbaar opstellen, je kunt daar niet als een gesloten iemand voor gaan zitten, want dan zal diegene zichzelf ook niet geven. En dat moet je leren.” (label 8.3.26)

Verder is een rustige en open houding nodig om te troosten. Rust kan bevorderd worden door de pieper af te geven als een patiënt acuut troost nodig heeft. Hierbij is het de kunst om de andere patiënten even los te laten door ze over te dragen aan een collega. Een andere verpleegkundige benoemde ook dat je als zorgverlener niet als een gek over de afdeling moet gaan rennen als de werkdruk hoog is. De patiënt zit dit en voelt de druk aan, met als gevolg dat de patiënt zich minder snel zal uiten. Door een open houding kan rust gecreëerd worden, door bijvoorbeeld even bij de patiënt te gaan zitten.

“De rust kunnen uitstralen, want we zijn hier soms allemaal heel druk en allemaal met onze telefoons, en als je zo bij de patiënt gaat staan, en helemaal hyper ook nog, dan... Soms kan het niet anders, maar ik denk toch dat je altijd moet laten blijken dat je... Een patiënt zegt ook weleens tegen ons van: jullie hebben het druk he? En dan denk ik, dan ga ik er eigenlijk wel op in van: we zijn lekker bezig, en ik probeer voor iedereen tijd vrij te maken. Dus ik denk je zelf je rust uitstraalt, ook al ben je druk, en dan mag je ook tegen de patiënt wel zeggen van: nou, ik ben hier nou even mee bezig, ik kom zo terug. Maar ik denk als iemand emotioneel is, moet hij altijd wel de ruimte voelen dat een verpleegkundige wel tijd heeft. En ik denk dat dat soms héél moeilijk voor ons is, want soms komt de stoom bijna uit de oren en dan denk ik: oh, ja, ik moet er nu wel even bij gaan zitten.” (label 2.3.22)

Anderen inschakelen

Tot slot is het inschakelen van anderen ook een kernlabel die meerdere keren werd naar voren is gekomen. Troost hoeft niet altijd geboden te worden door de verpleegkundige zelf, maar kan er een beroep op andere doen. Dit kan een mede verpleegkundige zijn of andere disciplines zoals een maatschappelijk werker of een geestelijk verzorger. Naast (para)medische disciplines kunnen familieleden ook ingeschakeld worden om troost te bieden aan de patiënt.

“Ik denk dat als jij een patiënt hebt waarmee je misschien niet zelf de klik hebt om echt te troosten, dat je wel de faciliteiten biedt, dat iemand wel echt troost kan krijgen. Of dat van mij is of van een familielid die je belt om te vragen of hij/zij komt.” (label 2.3.05).

Eén verpleegkundige gaf aan dat patiënten elkaar onderling ook kunnen troosten. Het komt niet vaak voor, maar als het zich voordoet, kan dit heel waardevol zijn.

4.4 Bevorderende en belemmerende factoren

In deze paragraaf wordt ingegaan op de bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij het bieden van troost. Hier zijn vier kernlabels uit voortgekomen, namelijk connectie, team, privacy en tijd.

Connectie

Er is een connectie nodig tussen de verpleegkundige en de patiënt. Het hebben van de klik tussen de verpleegkundige en de patiënt, zal het bieden en ontvangen van troost bevorderen.

“Nou ja, soms heb je ook, ja dat klinkt een beetje typisch, maar soms heb je ook niet echt de klik met de patiënt, waardoor er geen openheid is. In je boeken leer je dat je een vertrouwensrelatie aangaat. Ja, als iemand qua persoonlijkheid heel ver bij jou vandaan zit, dan kun je daarin wel proberen te schuiven, maar dan zal die patiënt niet het achterste van zijn tong bij jou laten zien. De patiënt voelt dat aan.” (label 1.4.25).

Om die klik te ervaren is er vertrouwen nodig. Het merendeel van de verpleegkundigen benoemd dat vooral patiënten met hematologische aandoeningen lang op de afdeling verblijven. De band tussen de verpleegkundige en patiënt groter, omdat de patiënt weet wat hij aan de verpleegkundige heeft. De verpleegkundige kan dan makkelijker inschatten wanneer en hoe de patiënt troost nodig heeft. Patiënten vertellen dan soms meer aan de verpleegkundige, dan aan directe familie. Een verpleegkundige legt uit dat zij niet verwacht dat, wanneer zij een patiënt voor het eerst ziet, diegene dan meteen het hele levensverhaal aan haar vertelt. Er wordt dan eerst gewerkt aan het creëren van een veilige en vertrouwde omgeving voor de patiënt. Echtheid wordt ook een aantal keren genoemd als belemmerende, maar ook als bevorderende factor. Het laten zien van eigen emoties, bijvoorbeeld een traan in een heftige en aangrijpende situatie, kan door de verpleegkundige wel eens als belemmering ervaren worden. De verpleegkundige die dit benoemde had hier zelf aan het begin van haar loopbaan last van omdat zij dit voelde als teken van zwakte. Maar door ervaring heeft zij juist geleerd dat het voor de patiënt ook bevorderend kan werken:

“Maar dat geeft soms ook wel aan, dat je denkt, ik ben niet de enige patiënt die het erg vindt. De verpleegkundige of arts vinden het ook erg, zeg maar. En je merkt dat dat stukje inleven goed is. Toch, aan de ene kant, ook al vind je dat voor jezelf misschien soms een belemmering. Dat geeft aan de andere kant voor heel veel patiënten welk weer het gevoel dat wij ook gewoon mensen zijn.” (label 7.4.33).

Er komen een aantal belemmerende factoren naar voren als het gaat om troosten. De patiënt moet er voor open staan; dit is echter niet altijd het geval. De patiënt kan soms een afweerreactie laten zien. Dit kan door bijvoorbeeld boosheid of niet open te zijn, terwijl de verpleegkundige de patiënt ziet worstelen met zijn gevoelens. Het open kunnen staan van de patiënt voor troost is meerdere malen in interviews genoemd. Op de doorvraag hoe de verpleegkundige het ziet wanneer een patiënt openstaat voor troost, zei een verpleegkundige het volgende:

“Nou, dat is meestal in de reactie van de patiënt als je bij hem of haar komt. Sommige zijn boos, om de ziekte natuurlijk. Je hebt prachtige fases natuurlijk wat je doet als je slechtnieuws krijgt. Maar het is heel mooi om te zien hoe verschillende mensen hierop reageren. En dan wil je wel eens een gesprek aan, maar dan krijg je gewoon een verkapt antwoord. En dan probeer je een open vraag te stellen, maar dan krijg je weer een verkapt antwoord, dat je denk: oké, hij doet dit prima natuurlijk met zijn of haar familie en heeft gewoon geen behoefte aan een verpleegkundige. Dus ja, dat is meestal het non verbale en verbale van hoe ze dan overkomen, hoe ze zijn.” (label 3.4.32).

Als patiënten er echt niet voor openstaan, dan wordt dit soms ook duidelijk aangegeven, wat door de verpleegkundige wordt gerespecteerd. Boosheid kan een afweerreactie zijn, maar dit wel tot op zekere hoogte voor de verpleegkundige:

“Hij heeft mij ook een keer afgekat. Ik vind het niet fijn om op die manier te communiceren, het is voor de patiënt niet fijn, maar voor mij is het ook niet fijn en zo kom je ook niet verder. Ik kan iemand daar wel op aanspreken. (...) Ik wil zo niet met mij laten sollen.” (label 9.4.22).

Het is dus zaak dat de verpleegkundige de eigen grenzen hierin bewaakt en aangeeft. Dit geldt ook voor fysiek contact, de ene verpleegkundige slaat sneller een arm om een schouder dan de ander.

Team

Als er geen connectie gevoeld wordt, schakelen verpleegkundigen collega's in. Dit werd meerdere keren als bevorderende factor genoemd, omdat de ene verpleegkundige een betere klik heeft met de patiënt dan met de ander. Als de verpleegkundige geen klik heeft, dan wordt er aan collega's gevraagd of aan een (para)medische discipline om eens met die patiënt wil gaan praten. Voorbeelden hiervan zijn de regieverpleegkundige, maatschappelijk werker en geestelijk verzorger. Collega's weten van elkaar dat ze beschikbaar zijn voor elkaar, maar in de praktijk wordt niet vaak gebruik van gemaakt.

“Een poosje terug had ik een patiënt waarbij ik zo iets had van ja, hij gooit zijn kont in de krib, hij komt zijn bed niet meer uit, hij beweegt daardoor onvoldoende, krijgt nog meer klachten enzovoorts, maar ik dring niet tot hem door. Soms kan je collega dan juist wel die opening maken.” (label 1.4.26).

In dit voorbeeld gaat het over geen klik hebben, maar er worden ook collega's ingeschakeld als het bijvoorbeeld overdag druk is geweest. De avonddienst wordt dan gevraagd te proberen de patiënt wat extra aandacht te geven. Dit ervaren verpleegkundigen als een prettig werkklimaat. Verpleegkundigen geven ook aan dat de werkdruk over het algemeen goed beheersbaar is, en de bezetting wordt zoveel mogelijk aangepast op de zorgzwaarte. Alle verpleegkundigen waren enthousiast over hun fijn en hecht team. Dit zien de verpleegkundigen als voorwaarde om troost te kunnen bieden. Eén verpleegkundige legt dit als volgt uit:

“Kijk, met het verpleegkundig team is het heel belangrijk hoe je functioneert als team. En ik merk dat wij een fantastisch team hebben, ik hoor ook echt van ja, iedereen heeft hetzelfde doel voor ogen en iedereen vindt de patiënt belangrijk... Je had vroeger wel eens van die verpleegkundigen die goed in hun werk zijn, maar die sociaal wat minder zijn, weet je, maar dat moet je helemaal niet willen accepteren, zulke collega's. Dat is gewoon inherent aan je werk. Iedereen heeft zijn talentjes, de een is wat socialer en de ander is wat technischer, dat is niet erg, maar iedereen moet wel oog daar voor hebben zeg maar. Als je dat als team uitdraagt dan hoop je voor die patiënten ook gewoon... dat ze je niet vragen van wie zit er in de late dienst, wie zit er in de nachtdienst...” (label 6.4.28).

In het team wordt er ook naar elkaar omgezien. Een voorbeeld hiervan is dat wanneer een verpleegkundige al vier dagen achter elkaar bij een ‘zware’ patiënt heeft gestaan en er moe uit ziet, dat er dan aangeboden wordt om van zaal te wisselen om het werkbaar te houden. Ook werd meerdere keren genoemd dat troost aan collega’s net zo belangrijk wordt gezien als troost aan patiënten. Dit legt een verpleegkundige als volgt uit:

“Ik denk over het algemeen dat..., ja, het gaat hier over troost aan patiënten, maar ik denk dat hier op de afdeling ook echt heel veel troost aan collega’s onderling wordt gegeven. Mensen kijken heel goed naar elkaar om. Via het BOV-team ook, dat is het ‘bedrijfsopvangteam’. Wat er ook gebeurt, is dat collega’s onderling elkaar bellen. Het is best wel een hechte club, ook via de telefoon. Als ik weet dat bijvoorbeeld mijn collega vandaag een hele nare dienst heeft gehad, dan app ik haar de volgende dag van ‘joh, hoe gaat het, beetje geslapen?’” (label 2.4.42).

Dit kan ook bijdragen om persoonlijk in balans te komen en te blijven. Dit werd ook als voorwaarde genoemd om te troosten. Een verpleegkundige legde uit dat als zij haar ei niet kwijt kan op het werk, dat ze dan niet lekker in haar vel komt te zitten. Als je dan niet persoonlijk in balans bent, dan kan je de patiënt wel aanhoren, maar dan heb je genoeg aan je eigen sores.

“Je moet eerst goed voor jezelf zorgen, voordat je voor iemand anders klaar kunt staan.” (label 7.4.36).

Privacy

Privacy werd ook zowel belemmerend als bevorderend gezien. Nieuwsgierige medepatiënten en bemoeizuchtige familieleden belemmeren de verpleegkundigen om troost te bieden, omdat het de privacy in de weg staat. Om de privacy te bevorderen zijn er aparte ruimtes waar de verpleegkundige met patiënt en/of familie rustig kan praten en emoties kan tonen zonder zich daarbij belemmerd te voelen door omstanders. De pieper wordt door vrijwel alle verpleegkundigen als storende factor genoemd. Als een patiënt emotioneel is, is het vervelend als de pieper of telefoon afgaat. Verpleegkundigen weten hier niet echt een oplossing voor, behalve dat de pieper afgegeven kan worden als je in een gesprek gaat, maar dit is vooraf soms niet in te schatten omdat troosten immers verweven is in het verpleegkundigen handelen (zie 4.3 Invulling van troost). Als een verpleegkundige midden in een gesprek zit en de telefoon gaat, dan wordt de telefoon ook wel eens uitgedrukt.

“En op dat moment merk je ook wel aan de patiënt van, druk je nou de telefoon weg? Zeg maar, van zo... Op dat moment ben jij belangrijk voor mij, want ik sta voor jou... Telefoon is soms heel belangrijk, maar niet in zulke gevallen.” (label 7.4.31).

Een nadeel van de telefoon uitdrukken is dat de verpleegkundige dan niet direct te bereiken is, maar de aanwezigheidslampjes bij de deur kunnen alsnog laten zien waar een verpleegkundige is. Als de verpleegkundige bij een patiënt naar binnen gaat, kan zij het groene aanwezigheidslampje aanzetten wat brandt boven de deur, zodat altijd te zien is waar zich iemand bevindt.

Tijd

Tot slot is tijd een kernlabel die uit de analyse van de interviews is gekomen. In eerste instantie wordt dit als belemmering gezien. Als de werkdruk hoog is, is er minder tijd om aandacht aan de patiënt te geven. De patiënt voelt namelijk de werkdruk aan en voelt daardoor minder ruimte om zich te uiten. Een aantal verpleegkundigen benoemen daarentegen dat door de goede werksfeer en hecht team de tijdsdruk als minder belastend word ervaren, ook al zijn er wel eens uitschieters waarin tijd wel een belemmering is. Verpleegkundigen geven dan ook aan dat tijd niet als excuus gebruikt mag worden. Als afsluiting van dit hoofdstuk wordt het volgende citaat van een verpleegkundige weergegeven die kort maar kernachtig de belemmerende factor tijd uitlegt.

“Natuurlijk is het hectisch in de zorg, en ik denk dat het zinloos is om daarover te bakkeleien, want het is gewoon de trend, wat alleen maar meer wordt. Ons efficiënt werken, en de tijd die we gebruiken om erover te klagen, kunnen we veel beter gebruiken om na te denken over hoe we het wel goed kunnen doen. Dus het is heel vaak ook gewoon tijd benutten. En ik denk dat we op de werkvloer heel vaak ook bezig zijn met dingen die op dat moment misschien helemaal niet belangrijk zijn. Moeten alle vuilniszakken aan het eind van je dienst helemaal gelegegd en alles helemaal op orde voor je volgende collega of is het veel belangrijker dat jij in jouw dienst de tijd hebt genomen voor je patiënt en laat de nachtdienst dan maar even die zakken legen. Misschien moeten we ook wel veel minder naar hokjesdenken toe.”
(label 1.4.28).

5. Conclusies

In dit hoofdstuk staan de conclusies beschreven die zijn getrokken uit de resultaten die beschreven staan in hoofdstuk 4. Per deelvraag is een conclusie beschreven, met uiteindelijk een antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. Binnen de conclusies is de koppeling tussen literatuur (zie 2. *Literatuurverkenning*) en praktijk (zie 4. *Resultaten*) gemaakt. Dit is verweven in elke paragraaf.

5.1 Deelvraag 1

De conclusie op de deelvraag *‘Hoe omschrijven verpleegkundigen, van verpleegafdeling V2.3.A (Oncologie/ Hematologie) van Isala in Zwolle, het begrip ‘troost?’* is dat deze verpleegkundigen troost omschrijven als ‘er zijn’ en ruimte voor gevoelens. Opvallend is dat er in literatuur niet zulke brede omschrijvingen of definities worden gegeven, maar meer praktische omschrijvingen. Dit gaat dan meer over hoe er invulling gegeven wordt aan het bieden van troost.

In de eerste plaats werd aangegeven dat troost een breed begrip is, maar na doorvragen omschreven de verpleegkundigen troost als begeleiden, ‘iets dragelijk maken’ en steun. Door deze begeleiding en steun, of het ‘meelopen in het proces’, wordt er ruimte gecreëerd om weer verder te kunnen. Van de directe crisis kan de patiënt weer een stapje richting ‘uitzicht’ doen (Horst, 2004). Troost wordt dus gegeven met als doel om ruimte te bieden voor gevoelens van de patiënt. Het overweldigende gevoel van leed of verdriet neemt af en de verpleegkundige hoopt dat de patiënt weer kracht vindt om verder te kunnen. Norberg e.a. (2001) noemen dit *transcendence*. De erkenning van het leed kan voor de patiënt de situatie dragelijke maken, omdat hij zich gesteund voelt. Het verdriet kan dus niet weggenomen worden, maar er komen wel nieuwe perspectieven. Het maken van ruimte van verdriet is één van de componenten die troost beoogt (Veltkamp, 1996), anders is troost geen troost. Belangrijk hierbij gevonden werd is het aansluiten bij de patiënt omdat iedere patiënt verschillend is en daardoor verschillend kan reageren op de situatie waarin hij zich bevindt. Daar waar literatuur ‘erkenning’ van het leed een voorwaarde voor het bieden van troost benoemt, omschrijven verpleegkundigen erkenning van leed als een vorm van troost.

5.2 Deelvraag 2

De conclusie op de deelvraag *‘Hoe ervaart de verpleegkundige de relevantie van troost binnen zijn/haar beroepsuitoefening?’* is dat de verpleegkundigen troost relevant vinden. Troost is verweven in het verpleegkundig vak. Het gaat vanzelf, zonder dat de verpleegkundige zich altijd bewust is dat zij op dat moment aan het troosten is. Dit omschrijven Langegard & Ahlberg (2009) als een zogenaamde natuurlijke daad, een ‘natural act’.

Bij deze deelvraag is naar de mening gevraagd over de uitspraak van Paré, namelijk *“Altijd genezen, vaak verlichten en altijd troosten”*. Genezen wordt gezien als een mooi streven, omdat het afhankelijk is van het perspectief van de aandoening van de patiënt en omdat verpleegkundigen vinden dat ‘genezen’ niet hun vakgebied is. Verlichten is een taak van de

verpleegkundige, dit gaat samen met troosten. Ook Boswijk (2012) heeft geconcludeerd dat troost vaak wordt geassocieerd met ‘verlichting van lijden’. De verpleegkundige observeert de patiënt voortdurend en maakt hierbij gebruik van haar intuïtie om te peilen of de patiënt behoefte heeft aan troost. Veltkamp (1996) noemt in zijn omschrijving van troost dat het behoort tot de eerste levensbehoeften van de mens. Net zoals eten, drinken en liefde eerste levensbehoeften zijn. Het feit dat verpleegkundigen troost omschrijven als iets wat verweven is in het vak, bevestigt dat het een behoefte is die een belangrijke plaats inneemt binnen de zorg. Troost is ook afhankelijk van de verpleegkundige, de ene is meer een doener en daardoor gericht op praktische troost, terwijl een ander juist eerder een gesprek aangaat met de patiënt. De zes categorieën van verschillende typen troosters van Boswijk (2012) geven hier een praktische weergave van. Iedere verpleegkundige geeft haar eigen invulling aan het bieden van troost. Dat is per karakter verschillend.

In het kader van de relevantie van troost binnen het verpleegkundig vak, is ook gevraagd naar mogelijke verschillen in diensten als het gaat om troosten. Iedereen is van mening dat troost verweven is in het vak, waardoor er dus ook in iedere dienst troost geboden wordt.

5.3 Deelvraag 3

De conclusie op de deelvraag ‘*Hoe geeft de verpleegkundige invulling aan de troostende rol?*’ is dat verpleegkundigen troost bieden op basis van de intuïtie door middel van aandacht, aspecten binnen de verpleegkundige houding en anderen inschakelen. Eerst wordt de behoefte van de patiënt aan troost achterhaald, daarna worden interventies ingezet die zoveel mogelijk aansluiten bij de patiënt. Dit alles gericht op het doel van troost, namelijk dat de patiënt om kan gaan met de situatie en dat de spanning van zijn situatie hanteerbaar wordt.

Om in te schatten of de patiënt behoefte heeft aan troost, speelt intuïtie een belangrijke rol. In literatuur wordt dit alleen genoemd als de ‘natural act’ in het artikel van Langedard & Ahlberg (2009), maar verder wordt de verpleegkundige intuïtie niet uitgelegd in literatuur. Door tijd en aandacht te besteden aan de patiënt creëert de verpleegkundige mogelijkheden om de behoefte van de patiënt aan te voelen. De verpleegkundige geeft zo het gevoel dat zij beschikbaar is voor de patiënt. Het zogenaamde ‘er zijn’ krijgt zo concrete invulling. Aandacht kan op verschillende manieren gegeven worden. Luisteren en open vragen stellen, en daarbij de leefwereld van de patiënt betrekken om zo zoveel mogelijk aan te sluiten bij de patiënt. Daar waar de verpleegkundigen benoemen dat zij door aandacht aanwezigheid en beschikbaarheid laten zien met daarbij alle aspecten, zoals onbevooroordeeld zijn en zelf in balans zijn, vangen Norberg e.a. (2001) in dit één woord namelijk *openness*. Door openheid, beschikbaarheid en aanwezigheid wordt vertrouwen gecreëerd. De zogenaamde *communion*. Deze twee factoren, namelijk *openness* en *communion* zorgen voor een klimaat waar troost geboden kan worden en ontvangen kan worden. Uit de resultaten blijkt dat de verpleegkundige deze componenten allemaal benoemen als voorwaardelijk bij het bieden en ontvangen van troost, al verwoorden zij het anders.

Er zijn een aantal verpleegkundige houdingsaspecten die verpleegkundigen uitvoeren en toepassen binnen het bieden van troost. Vanuit een open, rustige en empathische houding de patiënt observeren en gedrag benoemen om te controleren of de interpretatie juist is. Daarnaast is echtheid belangrijk door beloften na te komen zodat de patiënt vertrouwen in de verpleegkundige krijgt om troost te kunnen ontvangen. Dit houdt ook in dat er geen (waarde)oordeel gevormd wordt over de patiënt. Iedere patiënt is uniek en emoties mogen er

zijn. De verpleegkundigen handelt niet uit eigen belang, maar uit belang voor de patiënt (V&VN & NU'91, 2007).

Troost wordt ook praktisch geboden, bijvoorbeeld door complementaire zorg. Fysiek contact is ook een invulling van troost, bijvoorbeeld een hand op de schouder of een arm om iemand heen.

Verder biedt de verpleegkundige troost door structuur te bieden, de regie van de patiënt te bevorderen om het gevoel van eigenwaarde en 'er toe doen' te behouden. Structuur bieden wordt concreet gedaan door voorlichting te geven, dit kan het helpen bij de emotionele verwerking en acceptatie van de situatie (Pool, 2001). Humor wordt ook genoemd als troostmiddel. Het kan soms net even de lading uit een situatie halen. Aandacht aan familie hoort ook bij de troostende rol, omdat niet alleen een patiënt met verdriet te maken heeft, maar diens naasten ook. Als er om bepaalde redenen (zie 5.4 Conclusie deelvraag 4) geen troost geboden kan worden door de verpleegkundige, kunnen anderen worden in geschakeld.

5.4 Deelvraag 4

De conclusie op de deelvraag *'Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart de verpleegkundige in het bieden van troost?'* is dat het team een bevorderende factor is, en privacy, connectie en tijd als belemmering worden ervaren als hier geen sprake van is.

Er moet connectie met de patiënt gevoeld worden om troost te kunnen bieden, de zogenaamde klik. Dit kan bevorderd worden door vertrouwen en echtheid (zie ook 5.3 Conclusie deelvraag 3), om op deze manier een band met de patiënt op te bouwen. De patiënt moet zijn emoties durven tonen en vertellen wat hem dwarszit. De taak van de verpleegkundige hierbij is liefdevolle aandacht te geven (Boswijk, 2012). Belangrijk hierbij is dat de verpleegkundige haar grenzen hierin aangeeft, bijvoorbeeld als een patiënt boosheid afreageert op zijn omgeving. Soms is er geen klik met de patiënt. Over en weer wordt er dan geen vertrouwen ervaren. Vertrouwen is de basis. Wanneer er geen betrouwbaarheid beleefd wordt door de getrooste, wordt de hulp of opbeuring niet aangenomen (Meiden, 2013). In zulke gevallen worden soms collega's of andere disciplines ingeschakeld.

Een goede verhouding en sfeer in het team is voor de verpleegkundigen een voorwaarde om troost te kunnen bieden aan de patiënt. In de eerste plaats kunnen collega's ingeschakeld worden als er geen klik is met de patiënt, maar het team draagt ook bij aan een gezond werkklimaat. Dit wordt als een bevorderende factor gezien. De verpleegkundigen zijn over het algemeen tevreden over hun bezetting en men helpt elkaar waar nodig. Het team is hecht. Er wordt naar elkaar omgezien, wat bijdraagt om persoonlijk in balans te komen en te blijven. Dit ook een voorwaarde om te troosten, als men zelf niet in balans is staat dit troost in de weg. Het is van belang dat de verpleegkundige zich niet laat meeslepen door emoties (Boswijk, 2012) en daar levert het team een positieve bijdrage aan.

Tot slot wordt tijd als belemmerende, maar ook als bevorderende factor gezien. Iedereen zou meer tijd willen om aandacht en troost te geven aan de patiënt, maar daarentegen wordt ook genoemd dat dit niet gaat gebeuren gezien de bezuinigingen in de zorg. Tijd is daarom geen excuus. Ondanks de tijdsdruk wordt de tijd benut om te troosten en wordt er soms tijd genomen, ondanks dat de verpleegkundige nog veel te doen heeft. Het feit dat de

verpleegkundige zich door het team gedragen voelt, maakt dat zij creatief durft te zijn en ook de moed heeft soms even alles te laten voor wat het is en bij de patiënt gaat zitten.

5.5 Conclusie op de hoofdvraag

De conclusie op de deelvraag van dit onderzoek ‘Wat wordt er door verpleegkundigen verstaan onder troost en hoe speelt troost een rol binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening?’ staat hieronder samenvattend omschreven.

Troost wordt omschreven als ‘er zijn’ en ‘ruimte bieden voor gevoelens’. Troost speelt een relevante rol in de verpleegkundige beroepsuitoefening omdat troost verweven is in het verpleegkundig vak, en wordt in iedere dienst geboden.

‘Er zijn’ wordt ingevuld door hoofdzakelijk aandacht te hebben voor de patiënt. Zo laat de verpleegkundig zien dat zij beschikbaar is voor de patiënt en kan de behoefte van de patiënt aan troost ingeschat worden om zoveel mogelijk hierop aan te sluiten. De concrete invulling van het bieden van troost is wisselend en afhankelijk van de patiënt en verpleegkundige. Samengevat kan troost geboden worden door middel van een gesprek, maar ook in de vorm van fysiek contact en zorg voor praktische zaken. Om te kunnen troosten is een klik nodig met de patiënt. Deze kan bevorderd worden door middel van echtheid en vertrouwen om op deze manier een band op te bouwen met de patiënt. Wanneer dit niet genoeg is, kunnen er anderen worden ingeschakeld. Een hecht en goed draaiend team is een voorwaarde om te kunnen (blijven) troosten, omdat de verpleegkundige persoonlijk in balans wil zijn voordat zij aandacht aan de patiënt kan geven. Meer tijd is altijd welkom, maar het is belangrijker om de tijd die de verpleegkundige heeft goed te benutten.

6. Discussie

Dit hoofdstuk staat hoofdzakelijk in het teken van discussiepunten over de onderzoeksmethodiek en de inhoudelijke kant van dit onderzoek. Binnen de methodologische discussiepunten is er gekeken naar sterke en zwakke punten aangaande de methode, zoals het literatuuronderzoek, interviews, analyse en resultaten. De inhoudelijke discussiepunten bestaat uit een terugblik op het doorlopen proces en er is een afsluitende paragraaf gewijd aan de eigen visie op dit onderwerp.

6.1 Methodologische discussiepunten

Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek is er literatuuronderzoek gedaan naar de troostende rol van de verpleegkundige. De literatuur, welke verwerkt is in dit verslag (zie 2. Literatuurverkenning), bevat relevante informatie over troost binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening. Er is niet één definitie over troost gehanteerd in dit onderzoek. Hier is bewust voor gekozen. Opvallend is namelijk dat er vaak een omschrijving van troost wordt gegeven, en geen strakke definitie. Het laat zien dat het lastig is om het begrip ‘troost’ in één definitie te vangen. In literatuur zijn verschillende brede omschrijvingen te vinden, die telkens verschillende aspecten van troost benadrukken. Door het niet kiezen van één definitie hebben de onderzoekers blijvend een brede blik gehouden, waardoor een tunnelvisie in het onderzoek vermeden is. Het nadeel van het niet kiezen van één definitie was dat het gevaar op de loer lag dat het begrip troost te breed werd. Om dit te voorkomen hebben de onderzoekers geen synoniemen, maar alleen het begrip troost. Het niet kiezen van een definitie heeft er ook voor gezorgd dat de onderzoekers de ruimte hebben gelaten aan de verpleegkundigen, zodat zij zelf konden omschrijven of definiëren wat zij onder troost verstaan. Op die manier hebben de onderzoekers geen sturende factor gehad in de resultaten.

De onderzoeksmethode, het afnemen van interviews, was een goede manier om tot bruikbare resultaten te komen om de hoofdvraag te beantwoorden. Binnen de interviews kon er diep op het onderwerp ingegaan worden door middel van doorvragen. Het afnemen van de interviews verliep voorspoedig omdat er een taakverdeling was waarbij er is gekeken naar elkaars talenten. Hierdoor kon er aangevuld worden waar nodig om tot een goed eindresultaat te komen.

De analyse is uitgevoerd aan de hand van de labelmethode van Baarda e.a. (2005). Om tot een betrouwbare analyse te komen is ervoor gekozen om ieder afzonderlijk de tekstfragmenten te labelen om deze vervolgens gezamenlijk te bespreken. Dit heeft gezorgd voor een betrouwbare analyse omdat er meerdere personen kritisch naar het onderzoeksmateriaal hebben gekeken, maar dit heeft wel gezorgd voor een soms wat moeizamere samenwerking. De groepsleden liggen in de grote lijnen wel op één lijn, maar ieder groepslid heeft soms net een andere visie of omschrijving op of van een fragment. Dit zorgde soms voor frustraties wat de teamspirit sterk heeft belemmerd. Uiteindelijk heeft dit niet voor grote problemen gezorgd, maar het was geen goed idee om op labelniveau met elkaar te discussiëren. Een volgende keer zal er meer vertrouwt moeten worden op de deskundigheid van de ander door op kernlabelniveau met elkaar in gesprek te gaan. De analysemethode van Baarda e.a. (2005) was overigens wel een bruikbare manier om de interviews te analyseren. De verkregen informatie werd namelijk op een gestructureerde

manier gesorteerd op bruikbaarheid en relevantie, om zo betrouwbare antwoorden te kunnen formuleren op de hoofd- en deelvragen.

Een punt van discussie binnen dit onderzoek is dat de onderzoeksresultaten niet te generaliseren zijn over alle verpleegkundigen binnen de gezondheidszorg. De geïnterviewde verpleegkundigen werken namelijk allemaal op verpleegafdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle. Op deze afdeling liggen oncologische patiënten, palliatief al dan niet terminaal, waardoor troost in een heel ander perspectief komt te staan als men kijkt naar het perspectief van de aandoening. Als verpleegkundigen op een chirurgische verpleegafdeling geïnterviewd worden, kunnen er heel andere uitkomsten uit de interviews komen omdat de aard en ernst van de aandoening, ligduur et cetera heel anders is dan bij oncologische patiënten. Dit werd ook een paar keer in interviews genoemd, zoals deze verpleegkundige uitlegt: *‘Als een patiënt hier komt voor een nieuwe heup of voor een arm die gebroken is, ja, dat is heel vervelend, maar dat is met een paar weken wel weer klaar, dat knapt wel weer op en dat is vaak toch wel andere koek zeg maar, wat hier ligt.’* (label 5.2.38). Troost is dus afhankelijk van het perspectief van de aandoening, waardoor de troostende rol van de verpleegkundige ook een andere plaats inneemt binnen de zorgverlening.

Binnen dit onderzoek zijn tien interviews afgenomen van de tweeëndertig werkzame verpleegkundigen op de afdeling Oncologie/Hematologie. Dat is dus één derde deel. De literatuur geeft geen richtlijnen wat betreft een valide percentage af te nemen interviews. De resultaten uit het praktijkonderzoek liggen dicht bij elkaar. Daarom kan men er vanuit gaan dat er een reëel beeld is ontstaan van wat de verpleegkundigen op de betreffende afdeling verstaan onder troost, hoe zij hier invulling aan geven en wat zij daarbij nodig hebben. Aan de andere kant is het zo dat, wanneer alle verpleegkundigen geïnterviewd zouden zijn, er meer betrouwbare uitspraken gedaan zouden kunnen worden die voor deze afdeling gelden.

De voorbereiding en uitvoering van dit onderzoek heeft meer tijd en energie gekost dan verwacht. Ondanks dat er tijdig een onderzoeksplan is ingeleverd, duurde het even voordat deze is goedgekeurd. Vooral het theoretisch kader moest aangepast worden door in een meer beschrijvende vorm te schrijven, zonder al te veel opsommingen. Dit heeft meer tijd gekost dan gepland, maar heeft niet voor grote achterstand gezorgd, omdat er al wel gestart mocht worden met het afnemen van de interviews. Verder verliep het onderzoeksproces voorspoedig en volgens de planning.

6.2 Inhoudelijke discussiepunten

Binnen het literatuuronderzoek is onderzocht wat er in literatuur staat over het begrip ‘troost’, waarom troost belangrijk is binnen de zorgverlening en hoe troost geboden kan worden. Binnen deze verdieping in literatuur is alleen gezocht op het woord ‘troost’ en zijn er geen synoniemen gebruikt. Hier is bewust voor gekozen om zo dicht mogelijk bij de onderzoeksopdracht te blijven.

De verbinding tussen de resultaten uit het literatuuronderzoek en de uitkomsten van de interviews staat voor een groot deel al beschreven in hoofdstuk 5 ‘Conclusies’. Opvallend is echter dat in literatuur vrijwel niets staat beschreven over de verpleegkundige intuïtie. In het artikel van Langegard & Ahlberg (2009) over troost bij ongeneeslijke kanker wordt alleen

gesproken over de zogenaamde natuurlijke daad, dit kan gelinkt worden aan de intuïtie waar verpleegkundigen over spreken in de interviews. Het is een natuurlijk iets als ‘aanvoelen’ of de patiënt behoefte heeft aan troost, wellicht staat het daarom niet in literatuur beschreven omdat het niet concreet te onderbouwen is. Ondanks dat de verpleegkundige intuïtie niet direct in literatuur staat beschreven, is dit in de ogen van de HBO-V onderzoekers wel van wezenlijk belang voor het aanvoelen van de behoefte aan troost van de patiënt.

Verder komt literatuur met de praktijk overeen, hoewel de bewoordingen soms anders zijn, bedoelen de verpleegkundigen hetzelfde als wat in literatuur staat beschreven. Een voorbeeld hiervan is het ‘model of consolation’ van Norberg (2001). Alle vier aspecten die hierin zijn opgenomen komen terug in de interviewresultaten. De begrippen ‘openness’, ‘communion’, ‘dialogue’ en ‘transcendence’ omschrijven de verpleegkundigen als openheid en echtheid, aandacht voor de patiënt om de behoefte aan troost te achterhalen, het gesprek aangaan of andere interventies om troost te bieden om op deze manier ruimte te creëren voor de patiënt om met de situatie om te kunnen gaan.

In de interviewvragen is dit model echter niet opgenomen. Hier is bewust voor gekozen om verpleegkundigen niet in een bepaalde richting te sturen tijdens het interview, maar juist om zo objectief mogelijke antwoorden te krijgen op de vragen. Binnen de vergelijking tussen literatuur en de resultaten van de interviews kon dus wel de conclusie getrokken worden dat het model terug te zien is in de praktijk. Dit heeft de betrouwbaarheid van de interviews vergroot.

Wat ook opvalt, is dat de verpleegkundigen het team heel belangrijk vinden. Ook dit is niet terug te vinden in literatuur, maar wordt wel meerdere keren door een heel aantal verpleegkundigen benoemd. Het wordt als voorwaarde en bevorderende factor gezien om troost te kunnen bieden aan de patiënt. Ook als het gaat om tijdsgebrek. Ondanks de hoge werkdruk die soms speelt, wordt de tijd benut om te troosten en wordt er tijd genomen om te troosten, ondanks dat de verpleegkundige nog veel te doen heeft. Het feit dat de verpleegkundige zich door het team gedragen voelt, maakt dat zij creatief durft te zijn en ook de moed heeft om soms even alles te laten voor wat het is en bij de patiënt gaat zitten. De HBO-V onderzoekers sluiten zich hierbij aan, omdat verpleegkundigen herhaaldelijk benoemen dat het verpleegkundig team van belang is om troost te kunnen bieden. Daarom is dit aspect opgenomen in een van de aanbevelingen (*zie 7. Aanbevelingen*).

Tot slot is er tijdens de interviews gevraagd of de verpleegkundigen verschil ervaren binnen de verschillende diensten als het gaat om tijd en ruimte om te troosten. Dit was een relevante vraag omdat er natuurlijk verschillen in kunnen bestaan, maar er is niet doorgevraagd naar de specifieke inhoudelijke verschillen als het gaat om troosten. Hier zou in een vervolgonderzoek dieper op ingegaan kunnen worden, om tot concrete conclusies te komen als het gaat om de troostende rol in de dag-, avond- en nachtdienst. De aanbeveling om een vervolgonderzoek uit te voeren is aangedragen als aanbeveling, deze staat in het volgende hoofdstuk (*zie 7. Aanbevelingen*) beschreven. Deze aanbeveling is echter gericht op een onderzoek onder patiënten, maar hierin kan wel gevraagd worden naar verschillen in beleving van troost overdag, ’s avonds en ’s nachts.

6.3 Verpleegkundige visie op de troostende rol

De HBO-V onderzoekers zien troost als een essentieel en een niet weg te denken onderdeel binnen de verpleegkundige zorgverlening. Ze zijn het eens met de uitspraak van Paré: soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten. Troost hoort bij de eerste levensbehoeften van de mens. Dit betekent dat de verpleegkundige altijd oog moet hebben voor de behoefte van de patiënt als het gaat om troost. Iedere verpleegkundige heeft vanuit een basisgevoel al oog voor troost, de zogenaamde verpleegkundige intuïtie. Juist door te laten merken dat de verpleegkundige beschikbaar is en door te laten merken dat zij oog heeft voor wat de patiënt bezig houdt, kan zij al een troostende factor zijn voor de patiënt. Troost is namelijk verweven in het verpleegkundige vak.

Wanneer de verpleegkundige opmerkt dat het nodig is om tijd te besteden aan de emoties van de patiënt, dient zij daar actie op te ondernemen. Hierbij geldt wel dat de verpleegkundige haar taken en verantwoordelijkheden heeft die in een dienst afgehandeld moeten worden. Het is dus niet altijd verantwoord dat de verpleegkundige praktische taken laat liggen. De HBO-V onderzoekers zijn zich bewust dat het vinden van een balans hierin heel lastig is. Deze balans is voor iedere verpleegkundige ook weer anders, omdat iedere verpleegkundige uniek is en haar eigen karakter heeft. Maar het troostende deel zit soms juist in de kleine momenten welke wel bewust gepakt kunnen worden door de verpleegkundigen, ondanks drukte. Het team kan met elkaar na gaan denken hoe de troostende rol toch aanwezig is, ondanks soms drukke tijden. Op deze manier kan er altijd getroost worden. Daarbij is het ook belangrijk dat het team elkaar accepteert hoe iedere verpleegkundige een invulling geeft aan haar troostende rol en dat men bereid is om elkaar te ondersteunen waar nodig.

Het blijkt dat troost een vaag begrip is en het woord zelf wordt nauwelijks meer in de mond genomen. Echter, de onderzoeksresultaten laten zien dat troost wel degelijk een belangrijke plaats heeft in het dagelijks werk van de verpleegkundige. Naar de mening van de HBO-V onderzoekers is het daarom goed om de opleiding tot verpleegkundige meer aandacht te besteden aan het belang, de invulling en effect van troost.

7. Aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk staan de aanbevelingen beschreven naar aanleiding van de resultaten en conclusies. De aanbevelingen zijn ingedeeld op micro-, meso- en macroniveau. Er worden alleen aanbevelingen gedaan vanuit het verpleegkundige vak gezien en niet vanuit de patiënt gezien. Het is namelijk een verkennend onderzoek hoe verpleegkundigen tegen de troostende rol aankijken en niet hoe de patiënt de troostende rol beleeft.

7.1 Microniveau

Anamnese

Tijdens de anamnese kan de verpleegkundige al uitvragen hoe de betreffende patiënt omgaat in bepaalde situaties. In dit onderzoek is niet onderzocht of hier naar gevraagd wordt in de anamnese. Om de troostende rol goed toe te passen, moet de verpleegkundige aansluiten bij de patiënt. Daarom is het goed om bij de eerste kennismaking, de anamnese, aandacht te besteden aan de coping van de patiënt. Dit kan door middel van vooropgestelde vragen aan de patiënt voor te leggen. Wanneer duidelijk is wat de coping van de patiënt is en dit meegenomen wordt in het verpleegplan, kan er op ingespeeld worden door de verpleegkundige. Door tijdens de anamnese al inzichtelijk hebben gemaakt wat de coping van de patiënt is, kan er tijdens elk zorgmoment nog bewuster gekeken worden hoe het met de patiënt gaat en of er veranderingen in het gedrag plaatsvinden. Hier kan dan nog sneller op ingespeeld worden door de verpleegkundige door zelf het gesprek aan te gaan of anderen in te schakelen.

7.2 Mesoniveau

Scholing

Om de verpleegkundige meer bewust te maken van haar rol in troosten en daar meer inzicht in te bieden, kan er een scholing plaatsvinden waarin er op praktische wijze aandacht wordt besteed aan hoe de troostende rol in de praktijk eruit kan zien. Door hier vervolgens in het team samen over te spreken en te discussiëren, wordt men zich bewust van welke type trooster men is. Hier mag naar voren komen dat er onderlinge verschillen zijn en dat men elkaar kan aanvullen en ondersteunen. Men kan elkaars kwaliteiten dan optimaal benutten. Het doel van scholing is uiteraard niet om te vertellen hoe iemand zou moeten handelen, maar juist om het beste uit iedere verpleegkundige naar voren te halen. Dit komt uiteindelijk ten goede aan de patiënt.

7.3 Macroniveau

Vervolgonderzoek onder patiënten

Omdat er binnen dit onderzoek alleen is gekeken naar de verpleegkundige rol ten aanzien van troost, kan er nog geen uitspraak gedaan worden over de beleving van de patiënt als het gaat om troost. De aanbeveling is daarom dat er ook onderzoek wordt gedaan over hoe de patiënt de troostende rol van de verpleegkundige ervaart en welke kwaliteiten en belemmeringen de patiënt ervaart ten aanzien van troost. Geen privacy op een zaal met vier patiënten kan

bijvoorbeeld voor de verpleegkundige wel als probleem ervaren worden, maar hoeft niet altijd door de patiënt als belemmerend ervaren te worden. Het vervolgonderzoek onder patiënten kan ervoor zorgen dat er vanuit deze resultaten concretere aanbevelingen geformuleerd kunnen worden ter verbetering van de troostende rol van de verpleegkundige.

Vervolgonderzoek op een andere afdeling

Om de invulling van troostende rol van de verpleegkundigen nog inzichtelijker te maken, zal er ook op andere afdelingen een onderzoek moeten plaatsvinden. Vanuit de interviews met de verpleegkundigen en vanuit onze eigen gedachtes, zou het onderzoek op een chirurgieafdeling kunnen plaatsvinden. Op deze afdeling is de ligtijd van patiënten sowieso korter en na bijvoorbeeld een operatie proberen ze daar de patiënten weer te herstellen tot het oude niveau en gaan ze naar huis. De betrekkelijkheid van het leven komt daardoor minder prominent naar voren en de troostende rol zal daardoor misschien een hele andere invulling hebben. Dit is verder niet onderzocht of kan niet onderbouwt worden door de literatuur, maar dit is een aanname vanuit de praktijk en ervaringen van verpleegkundigen.

Literatuurlijst

- Baart, A. (2004). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bakker, E. & Buuren, H. van. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bohlmeijer, E. & Mies, L. (2006). *De betekenis van levensverhalen*. Groningen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boon & Geeraerts (2005). *Van Dale: Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale lexicografie.
- Boswijk-Hummel, R. (2012). *Troost: vragen, geven en ontvangen*. Haarlem: De Toorts.
- Glabbeek, N. van (2012). *Succesvol studeren, communiceren en onderzoeken* (2^e editie). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Grit, R. & Julsing, M. (2009). *Zo doe je een onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Haag, E. & Dirven, J. (2008). *Schrijven in stappen*. Den Haag: Lemma.
- Halem, N. & Müller, I. (2009). *Studievaardigheden voor het hbo*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Horst, W. ter (2004). *Over troosten en verdriet*. Kampen: Kok.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2006). *Over rouw: De zin van de vijf stadia van rouwverwerking*. Amsterdam: Ambo|Anthos.
- Langegard, U., & Ahlberg, K. (2009). Consolation in conjunction with incurable cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36 (2), 99-106.
- Meiden, A. v.d. (2013). *Morgen verder, de kunst van het troosten*. Heerenveen: Uitgeverij Protestantse Pers.
- Norberg, A., Bergsten, M., & Lundman, B. (2001). A model of consolation. *Nursing Ethics*, 8(6), 544-553.
- Pool, A. & Egberts, J. (2002). *Verpleegkundige Psychosociale zorg aan Chronisch Zieken*. Utrecht: NIZW.
- Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman, F. & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Post, D. (2012). Markt en zorg: een contradictio in terminis. *Podium voor Bio-ethiek*, 19 (2), 20-22
- Post, D. (2014). *De dood te slim af*. Zoetermeer: Meinema.
- Roxberg, Å., Eriksson, K., Rehnsfeldt, A., & Fridlund, B. (2008). The meaning of consolation as experienced by nurses in a home-care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1079-1087.

Söderberg, A., Gilje, F., & Norberg, A. (1999). Transforming desolation into consolation: the meaning of being in situations of ethical difficulty in intensive care. *Nursing Ethics*, 6(5), 357-373.

V&V 2020. (2008). *Beroepsprofiel verpleegkundige: Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (deel 3)*. Utrecht: V&V 2020.

V&VN & NU'91. (2007). *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. (Vol. Artikel 2.4). V&VN & NU'91.

Velde, C.J.H. van de, Graaf, W.T.A. van der, Krieken, J.H.J.M. van, Marijnen, C.A.M. & Vermorken, J.B. (2011). *Oncologie* (8^e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Veltkamp, H. (1996). *Troost als houvast*. Kampen: Kok.

Vereniging van Oncologieverpleegkundigen. (2004, maart). *Beroepsprofiel Oncologieverpleegkundige*. Opgehaald 05-06-2014 van V&VN: http://www.venvn.nl/Portals/20/afdelingen_platforms/BDP_Oncologieverpleegkundige.pdf

Bijlage 1 Literatuur zoekplan

Hoofdvraag literatuurstudie:

Wat is troost en hoe wordt er in de context van verpleegkundige zorgverlening over geschreven?

Deelvragen literatuurstudie:

1. Hoe wordt 'troost' gedefinieerd en omschreven?
2. Hoe kun je troost bieden?
3. Hoe wordt de werking van troost omschreven in de literatuur?
4. Hoe wordt de relatie van troost bij ziekte omschreven?
5. Hoe wordt de troostende rol van de verpleegkundige in de literatuur omschreven?

Deelvragen	Zoektermen	Oriëntatie op bronnen	Definitieve bibliografie
1. Hoe wordt 'troost' gedefinieerd en omschreven?	(Definitie) troost (synoniemen: bemoediging, lichtpunt, soelaas, steun, heul (1864) Engels: consolation, comfort, solace, to console	- Meiden, v.d. (2013). <i>Morgen verder, de kunst van het troosten</i> . Heerenveen: Uitgeverij Protestantse Pers. - Veltkamp, H. (1996). <i>Troost als houvast</i> . Kampen: Uitgeverij Kok. - http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=Troost - Boswijk-Hummel, R. (2012). <i>Troost: vragen, geven en ontvangen</i> . Haalem: De Toorts Woordenboek van Dale	- Boon & Geeraerts. (2005). <i>Van Dale: Groot woordenboek van de Nederlandse taal</i> . Utrecht/Antwerpen: Van Dale lexicografie. - Boswijk-Hummel, R. (2012). <i>Troost: vragen, geven en ontvangen</i> . Haarlem: De Toorts. - Horst, W. ter. (2004). <i>Over troosten en verdriet</i> . Kampen: Uitgeverij Kok. - Meiden, v.d. (2013). <i>Morgen verder, de kunst van het troosten</i> . Heerenveen: Uitgeverij Protestantse Pers. - - Söderberg, A., Gilje, F., & Norberg, A. (1999). Transforming desolation into consolation: the meaning of being in situations of ethical difficulty in intensive care. <i>Nursing Ethics</i> , 357-373. - Veltkamp, H. (1996). <i>Troost als houvast</i> . Kampen: Uitgeverij Kok.
2. Hoe kan troost geboden worden?	Troost geven Troost bieden Troosten Vertroosten	- Meiden, v.d. (2013). <i>Morgen verder, de kunst van het troosten</i> . Heerenveen: Uitgeverij Protestantse Pers. - Veltkamp, H. (1996). <i>Troost als houvast</i> . Kampen: Uitgeverij Kok. - Boswijk-Hummel, R. (2012). <i>Troost: vragen, geven en ontvangen</i> . Haalem: De Toorts. - Norberg, A., Bergsten, M., & Lundman, B. (2001). A model of consolation. <i>Nursing Ethics</i> , 544-553.	- Boswijk-Hummel, R. (2012). <i>Troost: vragen, geven en ontvangen</i> . Haarlem: De Toorts. - Horst, W. ter. (2004). <i>Over troosten en verdriet</i> . Kampen: Uitgeverij Kok. - Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2006). <i>Over rouw: De zin van de vijf stadia van rouwverwerking</i> . Amsterdam: Ambo Anthos uitgevers. - Meiden, v.d. (2013). <i>Morgen verder, de kunst van het troosten</i> . Heerenveen: Uitgeverij Protestantse Pers. - Veltkamp, H. (1996). <i>Troost als houvast</i> . Kampen: Uitgeverij Kok.

3. Hoe wordt de werking van troost beschreven in de literatuur?	Werking van troost Doel troost Belang troost Proces van troost	- Meiden, v.d. (2013). <i>Morgen verder, de kunst van het troosten</i>. Heerenveen: Uitgeverij Protestantse Pers. - Veltkamp, H. (1996). <i>Troost als houvast</i>. Kampen: Uitgeverij Kok.	- Boswijk-Hummel, R. (2012). <i>Troost: vragen, geven en ontvangen</i>. Haarlem: De Toorts. - Meiden, v.d. (2013). <i>Morgen verder, de kunst van het troosten</i>. Heerenveen: Uitgeverij Protestantse Pers. - Veltkamp, H. (1996). <i>Troost als houvast</i>. Kampen: Uitgeverij Kok.
4. Hoe wordt de relatie van troost bij ziekte omschreven?	Troost bij ziekte Troost bij lijden Troost bij slecht nieuws	- Söderberg, A., Gilje, F., & Norberg, A. (1999). Transforming desolation into consolation: the meaning of being in situations of ethical difficulty in intensive care. <i>Nursing Ethics</i>, 357-373. - Veltkamp, H. (1996). <i>Troost als houvast</i>. Kampen: Uitgeverij Kok.	- Boswijk-Hummel, R. (2012). <i>Troost: vragen, geven en ontvangen</i>. Haarlem: De Toorts. - Langedard, U., & Ahlberg, K. (March 2009). Consolation in conjunction with incurable cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 99. - Roxberg, Å., Eriksson, K., Rehnsfeldt, A., & Fridlund, B. (2008). The meaning of consolation as experienced by nurses in a home-care setting. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 17, 1079-1087.
5. Hoe wordt de troostende rol van verpleegkundige in de literatuur omschreven?	Troost in zorg Troostende rol verpleegkundige Troost patiënt Troost methode Paré: Soms genezen, meestal verlichten, altijd troosten.	- Paré, A. (1510-1590). <i>De spreuk 'La médecine c'est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours'</i>. - Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman - van Vugt, F., & Vogel, S. (2001, p. 92). <i>Met het oog op de toekomst</i>. Utrecht: NIZW uitgeverij. - Christennetwerk GMV. (2005). <i>Christelijke Beroepscode voor Verpleegkundigen</i>. Veenendaal: RMU. - V&VN & NU'91. (2007). <i>Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden</i> (Vol. Artikel 2.4). V&VN & NU'91.	- Boswijk-Hummel, R. (2012). <i>Troost: vragen, geven en ontvangen</i>. Haarlem: De Toorts. - Langedard, U., & Ahlberg, K. (March 2009). Consolation in conjunction with incurable cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 99. - Meiden, v.d. (2013). <i>Morgen verder, de kunst van het troosten</i>. Heerenveen: Uitgeverij Protestantse Pers. - Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman, F. & Vogel, S. (2001). <i>Met het oog op de toekomst</i>. Utrecht: NIZW Uitgeverij. - Roxberg, Å., Eriksson, K., Rehnsfeldt, A., & Fridlund, B. (2008). The meaning of consolation as experienced by nurses in a home-care setting. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 17, 1079-1087. - Söderberg, A., Gilje, F., & Norberg, A. (1999). Transforming desolation into consolation: the meaning of being in situations of ethical difficulty in intensive care. <i>Nursing Ethics</i>, 357-373. - V&VN & NU'91. (2007). <i>Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden</i>. (Vol. Artikel 2.4). V&VN & NU'91.

Bijlage 2 Interviewschema

- Voorafgaand aan het interview om toestemming vragen om het gesprek op te nemen!
- Benoemen dat het interview anoniem is en dat het besprokene vertrouwelijk wordt behandeld.
- Interview duurt ± 30 minuten.

Naam interviewer:	
Datum:	
Tijdsduur:	
Inleiding Mag worden geparafraseerd.	Fijn dat ik u mag interviewen voor het afstudeeronderzoek. Ik ben HBO-V student van de Viaa (Gereformeerde Hogeschool) in Zwolle en doe, samen met een paar medestudenten, onderzoek naar de troostende rol van de verpleegkundige. Aandacht voor patiënten in moeilijke situaties is belangrijk. Troost is een dergelijke vorm van aandacht. De vraag is echter of je als verpleegkundige tegenwoordig nog een troostende rol hebt, en zo ja, wat deze inhoudt. Zeker gezien de huidige ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en nieuwe beroepsprofielen, waarin de nadruk ligt op marktwerking, kostenbeheersing en digitalisering.
Doel	Met dit interview wil ik graag te weten komen hoe u de troostende rol van de verpleegkundige ziet, en hoe u hier invulling aan geeft.
Topics a.d.h.v. de deelvragen t.b.v. praktijkonderzoek	
Uitspraak van Paré (1510 – 1590)	<i>“Soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten”</i> <i>Wat komt er als eerste in u op als u deze uitspraak hoort?</i> <i>Wat vindt u van deze uitspraak, als u er langer over nadenkt?</i> <i>Op welke plaats zou u het troostende deel zetten in de zin?</i>
Omschrijving ‘troost’	<i>Hoe beschrijft u, als verpleegkundige, het begrip ‘troost’?</i> <i>Wat is volgens u de betekenis van ‘troost’?</i> <i>Wat houdt volgens u ‘troost’ in?</i>
Troost binnen de beroeps-uitoefening	<i>Wat voor plaats neemt troost in binnen uw dagelijks werk?</i> <i>Hoe ziet u de troostende rol van de verpleegkundige?</i> <i>Welke vaardigheden zou een verpleegkundige volgens u moeten hebben om troost te bieden?</i>
Invulling	<i>Hoe biedt u, als verpleegkundige, troost in uw dagelijks werk?</i>

troostende rol	<i>Wanneer of in welke situaties biedt u troost aan de patiënt?</i> <i>Welk doel heeft u voor ogen als u troost biedt? Hoe merkt u aan de patiënt dat dit doel bereikt is?</i>
Belemmeringen t.a.v. troosten	<i>Ervaart u wel eens belemmeringen als u troost wilt bieden?</i> <i>Zo ja, wat voor belemmeringen, wanneer en hoe komt dat?</i> <i>Zo nee, hoe komt het dat u geen belemmeringen ervaart?</i> <i>Vind u dat er op de werkvloer voldoende ruimte is om troost te bieden?</i> <i>Zo ja, hoe bent u zover gekomen?</i> <i>Zo nee, wat zou u nodig hebben om die ruimte wel te ervaren?</i>
Afsluiting	Bij deze wil ik het interview afronden. Zijn er nog dingen die u graag kwijt wilt of met mij wil delen? Mocht u belangstelling hebben voor de uitkomsten van dit onderzoek, laat dit uw teamleider dan weten. Zodra wij het onderzoek afgerond hebben, ontvangt u van haar de resultaten. Wij verzoeken u om niet over de inhoud van het interview te praten, zodat anderen niet beïnvloed worden. Hartelijk dank voor uw tijd en medewerking!



Soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten

Wat versta jij onder troost? En hoe geef jij daar, als verpleegkundige, invulling aan in je dagelijks werk?

Dit zijn vragen die je binnenkort gesteld kunnen worden in een interview.

Wij zijn drie HBO-V studenten die een afstudeeronderzoek doen naar de troostende rol van de verpleegkundige.

De komende weken zal je ons zien rondlopen op de afdeling. Hopelijk maak je even tijd vrij om een bijdrage te leveren aan dit onderzoek.

Alvast bedankt en tot snel!

Clarine Bloemert
Marieke Esveld
Sanne van Manen



The logo for Isala, featuring the word 'Isala' in a stylized, blue, lowercase font.

Bijlage 4 Aankondiging interview via de weekmail

Even Voorstellen...

In de komende weken zullen jullie ons soms zien verschijnen op de afdeling. In overleg met Yvonne Baars gaan wij bij willekeurige verpleegkundigen een interview afnemen. Dit zal gaan over ons onderwerp van ons afstudeeronderzoek 'de troostende rol van de verpleegkundige'.

Daarom zullen wij ons eerst voorstellen, zodat jullie weten wie wij zijn.

Wij zijn Clarine Bloemert, Sanne van Manen & Marieke Esveld en zitten in ons laatste jaar van de opleiding Hbo-verpleegkunde op de Viaa (Gereformeerde Hogeschool) in Zwolle.

Het onderzoek komt vanuit de opleiding zelf van het lectoraat 'Zorg en zingeving' en het is onder andere gebaseerd op de uitspraak van Franse arts Ambroise Paré: 'Soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten'. Met dit afstudeeronderzoek willen we weten wat de troostende rol van de verpleegkundige is, hoe verpleegkundigen daar anno 2014 inhoud aan (kunnen) geven en welke vragen/problemen dat oplevert.

Wij hopen dat we een goede samenwerking mogen hebben met jullie en dat jullie mee willen werken om erachter te komen wat de troostende rol van de verpleegkundige werkelijk inhoud.

Tot ziens!!



Sanne van Manen - Marieke Esveld - Clarine Bloemert

Bijlage 5 Tijd- en takenschema

[illegible]

Bijlage 6 Overzicht kernlabels & dimensies

Een kort overzicht van de kernlabels en de daaronder vallende dimensies van elke deelvraag. In bijlage 7 staan de uitgebreide analyse schema's.

Deelvraag 1	
Er zijn	Ruimte voor gevoelens
Breed begrip	Aansluiten bij patiënt
Begeleiden	Ruimte voor de gevoelens
Iets dragelijk maken	Verdriet niet weg te nemen
Er zijn	Erkenning
Steun	

Deelvraag 3	
Aandacht	Houding
Familie	Observeren
Aandacht	Professionaliteit
Aansluiten	Beloften nakomen
Privacy	Benoemen
Praktisch	Houding
Luisteren	Echtheid
Er zijn	Geen oordeel
Bij onbalans	Empathie
Blik	Er zijn
Complementaire zorg	Fysiek contact
Structuur bieden	Rust
Regie patiënt	Open houding
Emoties mogen er zijn	
Humor	Intuïtie
Leefwereld patiënt	
Open vragen	
Positief benaderen	Omgaan met situatie
Tijd nemen	Afhankelijk van patiënt
	Afname spanning
Anderen inschakelen	Verder kunnen
Andere disciplines	Hart luchten
Familie	Erger voorkomen
Patiënt-patiënt	

Deelvraag 2	
Genezen	Troosten
Streven naar genezing	Onvoorspelbaar
Perspectief aandoening	Verweven in je vak
Niet vpk vakgebied	Geen prioriteit
	Afhankelijk van patiënt
	Troosten en verlichten samen
	Afhankelijk van verpleegkundige
Verlichten	Verschil diensten
Je taak	Dag
	Nacht
	Laat
	Iedere dienst

Deelvraag 4	
Team	Privacy
Collega's inschakelen	Omstanders
Hecht team	Pieper
Naar elkaar omzien	Privacy
Gezond werkklimaat	Storen
Persoonlijke balans	
Connectie	Tijd
Afweerreactie	Tijd benutten
Band	Tijdsdruk
Grenzen bewaken	Tijd is geen excuus
Blokkade	
Echtheid	
Klik	
Vertrouwen	
Belemmering	

Bijlage 7 Analyse schema's

De analyseschema's van alle vier de deelvragen vanuit Office Excel 2013.

Betekenis van de verschillende kolommen

1 ^e Kolom	1 ^e nr. = Interview nr. 2 ^e nr. = Deelvraag 3 ^e nr. = Fragment nr.
2 ^e kolom	Label van het fragment
3 ^e kolom	Kernlabel
4 ^e kolom	Dimensies van het kernlabel

Deelvraag 1 Hoe omschrijven verpleegkundigen, van verpleegafdeling V2.3.A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle, het begrip 'troost'?

Nr fragm	Label	Kernlabel	Dimensies
8.1.43	Psychische begeleiding	Er zijn	Begeleiden
8.1.44	Handen en voeten aan gevoelens		
9.1.12	Begeleiden		
1.1.09	Troost is breed		Breed begrip
5.1.03	Breed begrip		
7.1.04	Omvattend		
7.1.11	Breed		
9.1.02	Troosten een "bedekkender" woord		iets dragelijk maken
4.1.09	Iets dragelijk maken		
7.1.10	Alledaagse dingen betrekken		
3.1.05	Positieve draai geven		
9.1.03	Stukje meelopen in proces (verlichten)		Steun
3.1.06	opvang na slechtnieuws		
8.1.31	Steun en aandacht		
9.1.07	Begeleiding en meeleven		
1.1.05	Er zijn	Ruimte voor gevoelens	Aansluiten bij de patiënt
1.1.08	Naaft patient staan		
10.1.06	Er zijn		Erkenning
3.1.08	Er zijn		
7.1.05	Aansluiten bij beleving		Verdriet niet weg te nemen
7.1.06	Eigen coping		
6.1.07	Erkenning situatie maakt ruimte		
2.1.16	ruimte voor emoties		
2.1.17	Verdriet niet weg te nemen		
2.1.44	troost bij verdriet		
4.1.10	Ei kwijt kunnen		

Deelvraag 2 Hoe ervaart de verpleegkundige de relevantie van troost binnen zijn/haar beroepsuitoefening?

Fragm	Label	Kernlabel	Dimensies
4.2.07	Genezen niet in de hand	Genezen	Niet vpk vakgebied
1.2.01	Genezen ambitieus		Perspectief aandoening
4.2.04	Verschil in troosten op andere afdeling		
5.2.38	Verschil in afdeling		
2.2.01	niet genezen		
3.2.01	Soms genezen		
4.2.01	Genezen niet altijd mogelijk	Genezen	Streven naar genezing
7.2.02	Genezen soms niet haalbaar		
8.2.01	Genezen en verlichten		
7.2.01	Genezen groot deel van werk		
10.2.35	Genezen, verlichten en troost staan gelijk aan elkaar		
5.2.10	Troost niet alleen bij verdriet	Troosten	Afhankelijk van patiënt
1.2.04	Troost, niet altijd gepast		
2.2.10	Goede momenten		
10.2.03	Afhankelijk van band met patiënt		
5.2.06	Persoonsgebonden		
9.2.13	Troost is relevant		
8.2.40	Werk moet ook af	Troosten	Afhankelijk van verpleegkundige
10.2.11	Geen prioriteit		
1.2.07	Mens als geheel zien		
10.2.02	Gevoel van patiënt altijd aanwezig		
6.2.3	Troosten is relevant		
8.2.42	Troost is relevant		
1.2.11	Troost is je vak	Troosten	Geen prioriteit
10.2.31	Troost hoort bij het verpleegkundig vak		
3.2.03	altijd troosten		
4.2.02	Altijd troosten		
4.2.05	Troosten op eerste plek		
5.2.02	Troost op één		
6.2.01	Veel troosten	Troosten	Holistisch benadering
6.2.34	Troostmoment afhankelijk van patiënt		
4.2.37	Onvoorspelbaar		
4.2.12	Troost hoort erbij		
3.2.04	verlichten en troosten samen		
7.2.03	Verlichten en troosten belangrijk		
2.2.02	naast verlichten en verlengen ook troosten	Troosten	Troosten en verlichten samen
2.2.26	Onbewust		
2.2.28	Troost onbewust		
3.2.24	Onbewust er zijn		
5.2.37	Onbewust		
9.2.19	Onbewust		
8.2.45	Doorlopend steun	Troosten	Verweven in je vak
5.3.01	Gaat vanzelf		
5.3.05	Onbewust verweven in het werk		
6.2.18	rode draad door handelen heen		
8.2.02	Troost verweven		
8.2.20	Verweven in handelen		
8.2.41	Geen speciale setting nodig		

1.2.02	Verlichten ambitie	Verlichten	Je taak
3.2.02	verlichten is je taak		
4.2.08	Verlichten kan		
9.2.04	Troost in terminale fase	Verschil diensten	Avond
1.3.33	Late dienst meest tijd		
2.2.48	Avonddienst: Acuut		
5.2.41	Late dienst familie begeleiden		
5.2.42	Late dienst tijd voor gesprek		
6.2.30	avonddienst druk		
7.2.43	Late dienst na bezoeken		Dag
9.2.27	S avonds na bezoek meer troost		
10.2.14	S avonds meeste tijd		
10.2.33	Avonddienst meeste ruimte		
1.3.35	Dagdienst minste tijd		
2.2.49	Dagdienst: opstapeling van		Iedere dienst
5.2.43	Dagdienst meest troost		
6.2.31	Overdag meer tijd		
7.2.45	Overdag veel inloop		
9.2.28	Overdag veel afleiding		
6.2.33	Weinig verschil in diensten		
7.2.09	Hele dag door	Verschil diensten	Nacht
10.2.08	Niet te plannen		
10.2.12	Afhankelijk van drukte		
7.2.42	Werkdruk belemmert niet		
1.3.34	Nacht om te rusten		
5.2.40	Nachtdienst soms		
6.2.32	s Nachts soms troostmomenten		Nacht
7.2.44	Nachtdienst veel		
7.2.46	Nacht: tijd voor nadenken		
9.2.26	Nachtdienst: soms		
8.2.46	Meeste emoties in avond- en nachtdienst		
10.2.34	Nachtdienst meeste gelegenheid, komt weinig voor		

Deelvraag 3 Hoe geeft de verpleegkundige invulling aan de troostende rol?

Nr frag	Label	Kernlabel	Dimensies
5.3.14	Bewust moment pakken	Aandacht	Aandacht
8.3.03	Dieper contact door wegstijgen		
6.3.19	echte aandacht en luisteren		
8.3.23	Gerichte blik soms voldoende		
8.3.04	Gesprek tijdens werkzaamheden		
9.3.14	Kwaliteit niet in tijd		
8.3.08	Met woorden, minder fysiek		
5.3.20	Openheid bieden		
4.3.21	Praatje maken		
6.3.20	Aansluiten bij behoefte		
3.3.29	Inzicht ziekteverloop		
6.3.08	Aansluiten bij patiënt		
8.3.21	Afwijer accepteren		
5.3.23	Anticiperen op situatie		
7.3.08	Behoeft aan troost aangeven		
7.3.25	Behoeft observeren		
1.3.36	Behoeft van patiënt		
5.3.07	Binnen dagelijkse werkzaamheden		
10.3.27	Er zijn op behoefte		
6.3.10	Geen behoefte aan hand vastpakken		
6.3.13	Geen oplossingen aandragen		
5.3.09	Houding patiënt	Aandacht	Aansluiten
7.3.37	Ingaan op behoefte		
7.3.07	Inspelen op coping		
5.3.15	Inspelen op moment		
4.3.27	Man		
6.3.19	op juiste moment aansluiten		
8.3.22	Troost op maat		
4.3.06	Troosten naar behoefte		
4.3.15	Verschil in uitingen		
4.3.11	Verschil verpleegkundige - familie		
8.3.17	Verschillende behoeften		
4.3.25	Verschil man en vrouw		
5.3.24	Vragen naar beleving		
4.3.26	Vrouw laat zich eerder gaan		
6.3.14	Zich kunnen uiten		
1.3.16	Opening creëren benoemen		
8.3.30	Tegenslag in kleine dingen		
1.3.10	Troost bij onbalans		
2.3.29	complementaire zorg		
8.3.12	Emoties eruit laten gooien		
10.3.07	Emoties eruit laten gooien		
8.3.15	Emoties niet persoonlijk opvatten		
6.3.11	het er laten zijn		
2.3.11	Klagen mag		
8.3.35	Problemen (verdriet) niet altijd op te lossen		
8.3.35	Problemen (verdriet) niet altijd op te lossen		
8.3.35	Problemen (verdriet) niet altijd op te lossen		
6.3.04	ruimte bieden voor gevoelens		
10.3.22	Uitlokken		
3.3.33	Verhaal kwijt		
2.3.15	verontrusting erkennen		

9.3.08	"Er zijn"	Aandacht	Er zijn
5.3.16	Beschikbaar staan		
5.3.17	Er zijn		
10.3.19	Niet oplossen, maar 'er zijn' (ervaring)		
5.3.28	Terecht kunnen bij verpleegkundige		
2.3.27	Aandacht familie		Familie
3.3.07	Familie troosten		
2.3.14	Oog voor familie		Humor
5.3.29	Open houding naar familie		
2.3.09	Troost aan kinderen		Klik
7.3.28	Humor		
9.3.17	Humor		Leefwereld patiënt
10.3.04	Zonder klik zakelijker		
9.3.11	Elke patiënt anders		
8.3.19	Geloof als troost		
6.3.17	Ken je patiënt		
9.3.10	Leven patiënt betrekken		
8.3.16	Opties aangeven		
10.3.05	Per patiënt verschillend		
3.3.23	Verdiepen in achtergrond		
9.3.18	Verschillende manieren begeleiden		Luisteren
7.3.23	Begrijpend luisteren		
1.3.19	écht luisteren		
3.3.10	luisteren		
4.3.23	Luisterend oor		
10.3.24	Luisterend oor		
1.3.18	Stil zijn		
6.3.15	open vragen stellen		
7.3.24	Vragen stellen		
10.3.32	Aandacht heeft positieve invloed		
8.3.06	Positief benaderen	Aandacht	Open vragen
4.3.34	Afleiding bieden		
8.3.09	Door handelingen		Positief benaderen
8.3.24	Foto's maken		
5.3.21	Glas water		Praktisch
3.3.37	'Kleine dingen'		
5.4.36	Kleine momenten		
7.3.16	Psychosociale aspecten		
2.3.07	patiënt/naasten even alleen laten		Privacy
6.3.21	privacy		
2.3.06	ruimte regelen / privacy	Aandacht	Regie patiënt
8.3.07	Attenderen op praktische zaken		
7.3.22	Belang eigen regie		Structuur bieden
7.3.21	Eigen regie bevorderen		
9.3.05	Dingen op een rijtje zetten		
7.3.17	Duidelijkheid		
9.3.06	Per dag leven		Tijd nemen
7.3.15	Uitleg geven		
7.3.13	Verduidelijking geven		
5.3.19	(Late dienst) rapport schrijven bij patiënt		
3.3.20	Samen koffie drinken		
4.3.28	Tijd		
2.3.18	tijd en ruimte nemen		
4.3.13	Tijd inculculeren na bepaalde gebeurtenissen		
1.3.24	Tijd maken		
3.3.16	Tijd maken voor psychosociale		
4.3.03	Tijd nemen		
4.3.18	Tijd nemen door loslaten		
9.3.25	Veel ruimte binnen dagelijks werk		
10.3.17	Patiënt kent dagindeling		
10.3.15	Wisselwerking patiënt en		

2.3.32	geestelijke verzorger inschakelen	Andere disciplines	Andere inschakelen
4.3.33	Gesprek met arts		
3.3.12	Kennis over doorverwijs mogelijkheden		
3.3.09	maatschappelijk werk		
2.3.33	Maatschappelijk werk inschakelen		
8.3.13	Vaste discipline	Familie	Patënten onder elkaar
4.3.41	Wensambulace		
2.3.05	familie inschakelen		
2.3.31	patiënten troosten onderling		
7.3.14	Andere inschakelen		
2.3.03	faciliteiten bieden	Benoemen	Benoemen
8.3.11	Verpleegkundige niet altijd aangewezen persoon		
7.3.27	Benoemen van observatie		
5.3.08	Benoemen van observatie en gevoel		
1.3.15	Gedrag patiënt toetsen		
2.3.12	Later erop terug komen	Echtheid	Echtheid
3.3.25	Beloofte houden		
8.3.29	Echtheid		
9.3.16	Echtheid en oprecht		
7.3.18	Eigen houding		
2.3.21	Even niet weten wat te zeggen	Empathie	Empathie
7.3.19	Frisse houding		
8.3.28	Jezelf zijn		
5.3.13	Karakter		
1.3.13	Empathie		
3.3.13	empathie	Houding	Houding
4.3.20	Empathie		
5.3.11	Empathie		
6.3.16	empathie		
10.3.25	Empathie		
5.3.04	Gevoel geven van medeleven	Fysiek contact	Fysiek contact
4.3.17	Inlevingsvermogen		
4.3.30	Inlevingsvermogen		
5.3.12	Inlevingsvermogen		
5.3.22	Medeleven tonen		
5.3.26	Medeleven / begrip tonen	Geen oordeel	Geen oordeel
4.3.22	Fysieke aanraking		
6.3.22	Hand op hand leggen		
2.3.47	eigen referentiekader loslaten		
6.3.05	Geen (waarde)oordeel		
2.3.45	geen goed of fout	Observeren	Observeren
10.3.26	Geen oordeel vormen		
2.3.46	In waarde laten		
3.3.14	Niet bagatelliseren		
7.3.26	Actie op observatie		
1.3.14	De patiënt zien	Open houding	Open houding
3.3.17	Observatie non-verbaal tijdens ADL		
2.3.13	erbij zitten		
3.3.18	Erbij zitten		
6.3.09	Niet bewust naast patiënt zitten		
2.3.25	Open houding	Sociale vaardigheden	Sociale vaardigheden
3.3.21	Open houding		
10.3.20	Open houding		
7.3.20	Zitten is uitnodigend		
5.3.18	Zittend praten		
9.3.15	Sociale vaardigheden		

8.3.25	Aangeleerd gedrag en vaardigheden	Houding	Professionaliteit
4.3.24	Gepaste afstand houden		
8.3.37	Grenzen aangeven		
8.3.26	Leren door ervaring		
8.3.27	Levenservaring		
3.3.11	geduld	Rust	Rust
6.4.24	je houding is bepalend		
2.3.24	Los laten		
2.3.23	Pieper afgeven		
3.3.19	pieper afgeven		
4.3.29	Rust	Intuïtie	Intuïtie
8.3.05	Rust om na te denken		
4.3.19	Rust uitstralen		
10.3.23	Rust uitstralen		
1.3.17	Rust uitstralen		
2.3.22	rust uitstralen	Omgaan met situatie	Omgaan met situatie
10.3.09	Gesprek aanvoelen en beginnen		
10.3.10	Houding patiënt aanvoelen		
6.3.12	Leren aanvoelen		
4.3.14	Gedrag observeren en aanvoelen		
4.3.16	Intuïtie	Afhankelijk van patiënt	Afhankelijk van patiënt
2.3.19	je 'ziet' het		
1.3.20	Doel troosten n.a.v. observatie		
4.3.32	Afname van spanning (door bieden structuur)		
1.3.12	Escalatie voorkomen		
2.3.34	Preventie	Erger voorkomen	Erger voorkomen
5.3.25	Hart luchten		
4.3.31	Zich beter voelen		
7.3.12	Verder mee kunnen		
1.3.21	Communicatie bevorderen, patiënt stabiel krijgen		
8.3.14	Handen en voeten geven aan verdriet	Verder kunnen	Verder kunnen
1.3.22	Empowerment vinden		
2.3.08	helpen om troost te vinden		
6.3.06	Ruimte scheppen		
8.3.36	Tools geven		
8.3.18	Doel is omgaan met situatie		

Deelvraag 4 Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart de verpleegkundige in het bieden van troost?

Nr fragm	Label	Kernlabel	Dimensies
3.4.32	Afweerreactie patiënt	Connectie	Afweerreactie
8.4.34	Afweerreactie		
8.4.33	Patiënt langer kennen		Band
10.4.16	Band opbouwen		
9.4.24	Patiënt eerst kennen		
6.4.26	veel boosheid		Belemmering
2.4.41	Patiënt geeft niets aan		
9.4.09	Patiënt verteld niet altijd		
7.4.33	Eigen emoties laten zien		Echtheid
9.4.22	Patiënt aanspreken op negatief gedrag		Grenzen bewaken
1.4.25	Klik nodig		
2.4.04	klik		Klik
2.4.30	klik voelen		
8.4.32	Klik		
2.4.35	Machteloos		
9.4.21	Patiënt niet toegankelijk		Ontvanger nodig
1.4.06	Ontvanger nodig		
3.4.26	Openheid		
9.4.23	Patiënt moet willen		
1.4.23	Vertrouwen		Vertrouwen
3.4.22	Mega vertrouwensband		
5.3.27	Veilig en vertrouwd	Privacy	Omstanders
3.4.35	Bemoeizuchtige familie		
3.4.34	Nieuwsgierige medepatiënten		
7.4.31	Patiënt belangrijker dan telefoon		Pieper
4.4.36	Pieper		
5.4.31	Piepers		
7.4.30	Verhinderende telefoon		
4.4.38	Pieper afgeven		
1.4.31	Creativiteit		
1.4.30	Privacy		
3.4.28	privacy		Privacy
5.4.34	Genoeg privacy mogelijkheden		
8.4.38	Privacy creëren		
4.4.39	Voldoende ruimte		
10.4.18	Rustige en veilige omgeving		
5.4.30	Weggehaald worden		Storen
7.4.29	Contact kwijt door storen		

5.4.33	Overdragen van troost	Team	Collega's inschakelen
7.4.49	Overdragen		
1.4.26	Collega's inzetten		
10.4.29	Hulp vragen aan collega's		
1.4.27	Maatschappelijk werk		Gezond werkklimaat
1.4.29	Regieverpleegkundige inschakelen		
3.4.36	Dagevaluaties		
7.4.50	Gezond werkklimaat		
2.4.40	Goede bezetting		Hecht team
7.4.41	Goed contact met artsen		
3.4.30	Hecht team		
2.4.43	Open zijn		
8.4.39	Openheid in team		Naar elkaar omzien
7.4.40	Samen zorgen		
6.4.28	gezonde teamsfeer		
7.4.38	Grenzen aangeven en bewaken in team		
7.4.51	Omzien naar elkaar	Tijd	Persoonlijk balans
2.4.42	Troost aan collega's		
2.4.50	zorg voor collega's		
7.4.34	Praten met collega's		
7.4.39	Samen praten		Tijd benutten
6.4.27	Eigen emoties		
7.4.32	Eigen emoties belemmeren		
3.4.31	Lekker in je vel		
7.4.36	Goed voor jezelf zorgen		Tijd is geen excuus
2.4.38	rust in hoofd		
7.4.35	Jezelf voorbereiden		
6.4.29	goede balans in werkdruk		
7.4.48	Flexibel zijn		Tijdsdruk
1.4.28	Tijd benutten		
6.4.25	Prioriteiten stellen		
10.4.30	Tijd nemen bij acuut		
2.4.37	Tijd verdelen		
6.4.23	Aandacht zit niet in tijd		
1.4.32	Klagen is zinloos		
7.4.47	Tijd is geen excuus		
2.4.39	Hectische dagen		
10.4.13	Patiënt voelt drukte aan		
3.4.27	tijd		
10.4.28	Tijdsdruk		
2.4.36	Tijd		
4.4.35	Tijd		
5.4.32	Tijdsdruk		
5.4.35	Wisselend hoeveelheid tijdsruimte		

Bijlage 8: PowerPoint presentatie

Bakkie troost?
De troostende rol van de verpleegkundige

Studenten
Sanne van Manen
Mariuske Esveld
Clarine Bloemert

Opdrachtgever
Lectoraat Zorg en Zingeving

Begleitend docent
Lector Dr. R.E. van Leeuwen



1



Overzicht

Inleiding
Methode
Resultaten & conclusies
Aanbevelingen
Eigen visie
Ruimte voor vragen/opmerkingen
Discussie
Afsluiting



2



Inleiding

Aanleiding
"Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours". Ambroise Paré (1510 – 1590)
Soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten.

Doel



3



Inleiding

Hoofdvraag
Wat wordt er door verpleegkundigen verstaan onder troost en hoe speelt troost een rol binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening?"

Deelvragen

1. Hoe omschrijven verpleegkundigen, van verpleegafdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle, het begrip 'troost'?
2. Hoe ervaart de verpleegkundige de relevantie van troost binnen zijn/haar beroepsuitoefening?
3. Hoe geeft de verpleegkundige invulling aan de troostende rol? Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart de verpleegkundige in het bieden van troost?



4



Methode

Literatuurverkenning

- Wat is troost?
- Waarom is troost belangrijk?
- Hoe kan men troost bieden?

Literatuur zoekplan opgesteld

Onderzoeksmethode

- Kwalitatief onderzoek d.m.v. interviews
- Analyse methode d.m.v. labelen



5



Resultaten & Conclusies

Analyse per deelvraag

Kernlabels en dimensies

Koppeling literatuur en praktijk

Conclusie hoofdvraag



6



1. Betekenis troost

Deelvraag 1

'Hoe omschrijven verpleegkundigen, van verpleegafdeling V2.3A (Oncologie/Hematologie) van Isala in Zwolle, het begrip troost?'

Betekenis troost	
Er zijn	Ruimte voor gevoelens
Breed begrip	Aansluiten bij patiënt
Begleiden	Verdriet niet weg te nemen
Iets dragelijk maken	Erkenning
Steun	



7



2. Verpleegkundige relevantie

Deelvraag 2

'Hoe ervaart de verpleegkundige de relevantie van troost binnen zijn/haar beroepsuitoefening?'

Relevantie van troost			
Genezen	Verlichten	Troosten	Veracht diensaten
Streven naar genezing	Je taak	Onvoorspelbaar	Daag
Perceptief aandoening		Verweven in je vak	Laat
Niet vpk vakgebied		Geen prioriteit	Nacht
		Afhankelijk van patiënt en vpk	Indere dienst
		Troosten en verlichten gaan samen	



8



3. Invulling troostende rol

Deelvraag 3

'Hoe geeft de verpleegkundige invulling aan de troostende rol?'

Invulling troostende rol				
Aandacht	Houding	Intuitie	Anderen inschakelen	Omgaan met situatie
Lustoren	Open houding		Ander disciplines	Afhankelijk van patiënt
Open vragen	Observeren		Patiënt	Afname spanning
Praktisch	Benoemen		Patiënt → patiënt	Verder kunnen
Privacy	Empathie			Wart luisteren
Er zijn	Echtheid			Erger voorkomen
Tijd nemen	Scellen nakomen			
Klik	Geen oordel			
Waar	Rust			
Structuur bieden	Psych contact			
Regie patiënt				
Leefwereld patiënt				
Familie				
Complementaire zorg				

9



4. Bevorderende & belemmerende factoren

Deelvraag 4

'Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart de verpleegkundige in het bieden van troost?'

Bevorderende en belemmerende factoren			
Team	Connectie	Privacy	Tijd
Wacht team	Klik	Stren	Tijddruk
Naar elkaar omsien	Vertrouwenband	Pleier	Tijd benutten
Persoonlijk balans	Echtheid	Omstandere	Tijd is geen keuze
Gezond werkklimaat	Afweersactie		
Collega's inschakelen	Grenzen bepalen		



10



Conclusie hoofdvraag

Er zijn & ruimte bieden voor gevoelens

Verweven in het verpleegkundig vak

Aandacht

Aansluiten bij patiënt

Een 'klik' is nodig

Anderen inschakelen

Team

Tijd benutten



11



Aanbevelingen

Micro niveau

Coping achterhalen in anamnese

Meso niveau

Scholing

Macro niveau

Vervolgonderzoek onder patiënten

Vervolgonderzoek op andere afdeling



12



Verpleegkundige visie

Verweven in verpleegkundig vak

Oog voor de behoefte aan troost

Team

Aandacht troostende rol tijdens opleiding



13



Vragen?



14



Discussie

Stelling 1

'Je kunt alleen echt goed troosten als je een klik hebt met de patiënt'

Stelling 2

'Tijd maken voor de patiënt vind ik belangrijker dan de taken buiten de patiënt om'

Stelling 3

'Troost verdient meer aandacht'



15



Afsluiting



Bedankt!!

16

