

DE LASTMETER

*Een praktijkgericht onderzoek naar de
adoptiebereidheid van de Lastmeter in de
klinische setting; in het Van Weel-Bethesda
Ziekenhuis te Dirksland*

Adriana Bouwman

Mei 2016

De Lastmeter

‘Een praktijkgericht onderzoek naar de adoptiebereidheid van de Lastmeter in de klinische setting; in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland’

Auteur:	Adriana Bouwman
Studentnummer:	00064404
Instelling:	HZ University of Applied Sciences
Adres:	Edisonweg 4 4382 NW, Vlissingen
Opleiding:	Bachelor of Nursing
Differentiatie:	Algemene Gezondheidszorg
Cursus:	Het praktijkgericht afstudeeronderzoek
Cursusnummer:	CU09322
Studiejaar:	2015 - 2016
Beoordelende docenten:	Drs. P. van Namen – de Nooijer (<i>1^e beoordelaar</i>) Drs. N. de Klerk – Jolink (<i>2^e beoordelaar</i>)
Peergroup:	Berber Oosterhout, Daisy Thilleman, Denise Meulbroek en Hanna Lievense
Inleverdatum:	20 mei 2016

Copyright © 2016, Adriana Bouwman, HZ University of Applied Sciences

Alle rechten voorbehouden
All rights reserved

Niets uit deze opgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie *‘De Lastmeter. Een praktijkgericht onderzoek naar de adoptiebereidheid van de Lastmeter in de klinische setting; in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland’*. Deze scriptie is geschreven als afronding van de opleiding Bachelor of Nursing aan de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen. Het praktijkgericht onderzoek is uitgevoerd onder de zorgprofessionals van de afdeling chirurgie/oncologie; in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland.

Aan het begin van de afstudeerperiode had ik nog geen idee wat het onderwerp van mijn scriptie zou gaan worden. Na overleg in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis is langzaam maar zeker de Lastmeter op de voorgrond komen te staan. Dit onderzoek zal daarom gaan over de Lastmeter in de klinische setting.

Graag wil ik naast de Heere een aantal personen bedanken. Als eerste wil ik mijn afstudeerbegeleiders drs. P. van Namen-de Nooijer en drs. N. de Klerk-Jolink bedanken voor de begeleiding en tijd gedurende mijn afstudeerperiode. Daarnaast wil ik iedereen van de afdeling chirurgie/oncologie en de praktijkopleider M. Adriaanse bedanken voor de medewerking aan dit onderzoek. Tevens wil ik de medestudenten uit mijn peergroup, familie en vrienden hartelijk bedanken voor het nakijken van dit onderzoeksverslag, het geven van nuttige tips en voor de ondersteuning die ik gekregen heb tijdens de afstudeerperiode.

Ik wens u allen veel leesplezier!

Adriana Bouwman
Oosterland, mei 2016

Samenvatting

Aanleiding. Kanker is een ingrijpende aandoening. De last die kankerpatiënten kunnen ervaren ten gevolge van het lichamelijke probleem wordt distress genoemd. Distress dient tijdig gesignaleerd te worden om de kwaliteit van leven voor de patiënt te kunnen verhogen. Uit een rapport van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is gebleken dat er in de klinische setting onvoldoende sprake is van systematische en vroegtijdige signalering van distress. De Lastmeter is een signaleringsinstrument welke gebruikt kan worden bij het signaleren van distress. Binnen de organisatie CuraMare wordt de Lastmeter alleen gebruikt in de poliklinische setting. Op de afdeling chirurgie/oncologie wordt overwogen om de Lastmeter te implementeren. Voordat de Lastmeter geïmplementeerd kan worden is het belangrijk om te weten of de zorgprofessionals de innovatie accepteren en er gebruik van willen maken in de praktijk. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van de Lastmeter.

Methode. Het praktijkonderzoek is verricht op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis. Het onderzoek betrof een mixed-method onderzoek. Voor het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek is er een gevalideerde vragenlijst gebruikt. De verkregen data uit de enquêtes zijn verwerkt en geanalyseerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Science 23. Voor het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek zijn er vijf semigestructureerde interviews afgenomen onder zorgprofessionals van de genoemde afdeling. De interviews zijn geanalyseerd en verwerkt met behulp van de acht analysestappen van Verhoeven (2011).

Resultaten. Voor het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek zijn 32 mogelijke respondenten benaderd. Er werden 31 enquêtes geretourneerd, daarvan zijn negen enquêtes geëxcludeerd. De uiteindelijke respons bedroeg 22 respondenten. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat de Lastmeter als een meerwaarde wordt gezien en dat deze past binnen de bestaande waarden en gewoonten. Een overgroot deel gaf aan dat de Lastmeter makkelijk en eenvoudig in gebruik is. Verder blijkt dat er nog onvoldoende mogelijkheid is geweest om de Lastmeter te testen. Voor het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek zijn vijf respondenten geïnterviewd. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat voor succesvolle implementatie met name een richtlijn, scholing, doorverwijzingsmogelijkheid, een experimentele periode en samenwerking met de polikliniek van belang zijn.

Discussie. De respondenten gaven aan dat er weinig geoefend is met de Lastmeter en dat er behoefte is aan een experimentele periode. Dit komt overeen met de literatuur; innovaties waarmee niet geoefend kan worden, worden minder snel geadopteerd. Een sterk punt van dit onderzoek is, dat het een mixed-method onderzoek betrof. Een ander sterk punt is dat dit onderzoek in het kader staat van een actueel onderwerp. Daarentegen is er gebruik gemaakt van een kleine onderzoekspopulatie en zijn de resultaten representatief voor de respondenten, maar niet te generaliseren naar de hele onderzoekspopulatie, de interne validiteit is hierdoor verlaagd.

Conclusies en aanbevelingen. Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de zorgprofessionals bereid zijn de Lastmeter te adopteren. Voor een succesvolle implementatie op de afdeling chirurgie/oncologie van het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis is het voornamelijk van belang om een richtlijn op te stellen, scholing te organiseren, over een doorverwijzingsmogelijkheid te beschikken, een experimentele periode in te voeren en om samen te gaan werken met de polikliniek.

Abstract

Objective. Cancer is a major disease. People suffering from cancer are experiencing distress. Distress is caused by the physical problems as a result of cancer. It's important to recognize distress in an early stage in order to increase the quality of life for the patient. A recent report from the Dutch ministry of health, welfare and sports says that there is no systematic and early detection of distress in a clinical setting. The Distress Thermometer is an instrument that can be used to detect the level of distress. Within the CuraMare organisation the Distress Thermometer is used in the outpatient department. It is planned to implement the Distress Thermometer on the department of surgery/oncology. Before the Distress Thermometer can be implemented, it is important to know that care professionals want to accept innovation and also want to use it in practice. The goal of this research is to understand the adoption readiness of health professionals regarding the Distress Thermometer.

Method. The research has been carried out at the department of surgery/oncology within the Van Weel-Bethesda Hospital. The study involved a mixed-method research. For the quantitative portion of this study has used a validated questionnaire. The obtained data from the surveys was processed and analysed using the program Statistical Package for the Social Science 23. The qualitative part of the study, five semi-structured interviews among health professionals of the mentioned department. The interviews were analysed and processed using the eight steps of analysis from Verhoeven (2011).

Results. For the quantitative portion of the study were contacted 32 potential respondents. 31 questionnaires were returned, of which nine surveys are excluded. The final study population was 22 respondents. The majority of respondents indicated that the Distress Thermometer is seen as an added value and that it fits within the existing values and customs. The major part of the respondents indicates that the Distress Thermometer is easy and simple to use. It also appears that there was insufficient opportunity to test the Distress Thermometer. For the qualitative portion of this study five respondents were interviewed. The majority of respondents indicated that it is important to have, a directive, education, referral option, experimental period and cooperation with the outpatient department for a successful implementation.

Discussion. Respondents indicated that there was insufficient opportunity to test the Distress Thermometer and there is a need for an experimental period. This is consistent with the literature; innovations which cannot be practiced, less rapidly adopted. A strong point of this study is, the study involved a mixed-method research. Another strong point of this study is that this study is in the context of a current topic. In contrast, the final study population was small. The results are representative to them, but are not applicable to the entire study population. By having a small population the internal validity is reduced.

Conclusions and recommendations. The following conclusions may be drawn from the research. Healthcare professionals are willing to adopt the Distress Thermometer. For a successful implementation at the department of surgery/oncology within the Van Weel-Bethesda Hospital it is important to make a directive and to organize training, to feature referral option, to introduce an experimental period and cooperation with the outpatient department.

Inhoudsopgave

Inleiding	8
1.Theoretisch kader	11
1.1 Zoekstrategie	11
1.2 Zoekboom.....	12
1.3 Kanker.....	13
1.4 Distress	13
1.4.1 Psychosociale problemen en distress.....	14
1.4.2 Het signaleren van distress.....	14
1.5 Innoveren	14
1.6 Adoptie, adoptiesnelheid, adoptiebereidheid	15
1.7 Implementatie	16
1.7.1 Implementatie van nieuwe werkwijzen	16
1.7.2 Ervaringen van professionals met implementatie Lastmeter	17
1.8 Samenvatting.....	18
2. Methode	19
2.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp	19
2.2 Onderzoekspopulatie	19
2.3 Periode (plaats en tijd)	20
2.4 Dataverzameling.....	20
2.4.1 Enquête	20
2.4.2 Topiclijst.....	21
2.5 Dataverwerking en analyse	21
2.6 Betrouwbaarheid.....	22
2.7 Validiteit	23
2.8 Juridische en ethische aspecten.....	24
3. Resultaten.....	25
3.1 Algemene gegevens en kenmerken van de respondenten	25
3.2 Resultaten per domein	26
3.2.1 Relatief voordeel	26
3.2.2 Compatibiliteit.....	27
3.2.3 Complexiteit	27
3.2.4 Testbaarheid.....	28
3.2.5 Gepercipieerd nut	29

3.2.6 Gepercipieerd gebruikersgemak	30
3.3 Benodigheden voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter	31
3.3.1 Algemene kenmerken respondenten semigestructureerde interviews	31
3.4 Kernthema's	31
3.4.1 Draagvlak.....	31
3.4.2 Aanspreekpunt	31
3.4.3 Richtlijn.....	32
3.4.4 Scholing	32
3.4.5 Psychosociale zorg/deskundige.....	32
3.4.6 Tijd	33
3.4.7 Experimentele periode	33
3.4.8 Evalueren.....	34
3.4.9 Samenwerking polikliniek.....	34
4. Discussie	35
4.1 Korte samenvatting van de belangrijkste resultaten	35
4.2 Interpretatie van de resultaten	35
4.3 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek.....	36
5. Conclusies en aanbevelingen	37
5.1 Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van de Lastmeter?.....	37
5.2 Wat is er nodig voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter?.....	37
5.3 Beantwoording centrale onderzoeksvraag	37
5.4 Aanbevelingen voor de praktijk	38
5.5 Aanbevelingen voor de opleiding.....	39
5.6 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	39
Bronnenlijst	40
Bijlage I: de Lastmeter	42
Bijlage II: schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek	43
Bijlage III: begeleidende brief + enquête	44
Bijlage IV: topiclijst	47
Bijlage V: tips/ideeën van respondenten	48
Bijlage VI: codeboek	50
Bijlage VII: variable view SPSS 23.0	53
Bijlage VIII: data view SPSS 23.0.....	54
Bijlage IX: mindmap.....	56

Bijlage X: cronbach's alpha tabellen	57
Bijlage XI: uitwerking interview één.....	61
Bijlage XII: axiaal coderen.....	69
Bijlage XIII: ruimtelijk schema en hiërarchie	75
Bijlage XIV: beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322).....	78

Inleiding

Op 1 januari 2013 was bijna drie procent van de Nederlandse bevolking gediagnosticeerd met kanker, wat neerkomt op een aantal van 468.939 personen. In 2013 werden er in Nederland 101.848 nieuwe gevallen van kanker vastgesteld (Gommer & Poos, 2015). Al jaren stijgt het aantal kankerpatiënten met ongeveer drie procent per jaar. Naar verwachting zal de groei de komende tien jaar doorzetten. De incidentie van kanker neemt onder andere toe door de stijgende levensverwachting in zijn algemeenheid; de afgelopen tien jaar is deze met ongeveer drie jaar gestegen naar een gemiddelde van 80 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2015). Tevens speelt de vergrijzing een rol in de stijgende incidentie van kanker, uit cijfers van het Nationaal Kompas Volksgezondheid blijkt namelijk dat kanker zich vooral openbaart op hogere leeftijd. In 2013 was vierenzeventig procent van alle nieuwe patiënten met kanker zestig jaar of ouder (Gommer & Poos, 2015). Zo blijkt dat er steeds meer ouderen zijn en dat we naar verwachting steeds ouder worden, waarbij de kans op het krijgen van kanker toeneemt.

Het krijgen van kanker kan een ingrijpende verstoring van het leven zijn, op zowel emotioneel, lichamelijk, praktisch, sociaal en levensbeschouwelijk gebied (Integraal Kankercentrum Nederland [IKNL], 2010). Het leidt vaak tot somberheid, wanhoop, angst, onzekerheid, een minder gevoel van eigenwaarde en een gevoel van controleverlies. De bovenstaande last die kankerpatiënten kunnen ervaren ten gevolge van lichamelijke problemen kan samengevat worden in de term distress. Uit eerder onderzoek is gebleken dat distress vele gevolgen kent. Gevolgen die patiënten kunnen ondervinden zijn, dat ze meer moeite hebben met het nemen van beslissingen over behandeling en vaker therapie-ontrouw zijn. Daarbij komt dat patiënten minder tevreden zijn met de medische zorg die ze ontvangen en vaker medische zorg zoeken wat leidt tot hogere kosten in de gezondheidszorg (De Haes, Weezel, & Sanderman, 2009). Kortom, de gevolgen van distress zijn groot en dienen tijdig opgemerkt te worden om goede begeleiding te kunnen bieden en de kwaliteit van leven voor de patiënt te verhogen (De Haes et al., 2009).

Het 'National Comprehensive Cancer Network' stelt dat vermindering van distress een belangrijk doel is binnen de zorg voor kankerpatiënten (Van Laarhoven, 2013). Daarbij is van belang om distress op een systematische wijze te signaleren. Aangezien de kans groot is dat zónder systematische signalering distress niet opgemerkt wordt of dat distress niet goed behandeld wordt (IKNL, 2010). Goede psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen is van groot belang. Daarom is in 2015 in opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een werkgroep opgesteld. De werkgroep is gevraagd te onderzoeken of er verbeteringen nodig zijn rondom de organisatie en bekostiging van psychosociale zorg bij somatische aandoeningen die grote impact hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren. De werkgroep heeft als eindproduct een rapport opgesteld. Eén van de belangrijke bevindingen uit dit rapport: 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' is dat er in de ziekenhuizen onvoldoende sprake is van systematische en vroegtijdige signalering van psychosociale problemen (Werkgroep 'psychosociale zorg bij somatische aandoeningen', 2015). Er zijn verschillende signaleringsinstrumenten die als hulpmiddel kunnen dienen om distress te signaleren. In de evidence based richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale hulp' wordt aanbevolen om de Lastmeter te implementeren en als instrument te gaan gebruiken om distress te signaleren bij kankerpatiënten (IKNL, 2010).

Implementeren is het invoeren van een innovatie met als doel dat dit wordt gebruikt in het beroepsmatig handelen (Grol & Wensing, 2006). Voordat een innovatie geïmplementeerd wordt is het belangrijk om te weten of de zorgprofessionals op de betreffende afdeling de innovatie accepteren en een meerwaarde zien om de innovatie te gaan gebruiken in de praktijk. Dit wordt ook wel de adoptiebereidheid van een innovatie genoemd (Rogers, 2003).

Binnen de organisatie CuraMare, locatie: het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, wordt de lastmeter in de poliklinische setting gebruikt, namelijk op de polikliniek oncologie en op de dagbehandeling oncologie. In de klinische setting wordt er (nog) geen gebruik gemaakt van het signaleringsinstrument. Op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis wordt overwogen om de Lastmeter te implementeren.

Dit onderzoek staat in het kader van adoptiebereidheid; in hoeverre zien de zorgprofessionals een meerwaarde in het gebruik van de Lastmeter en wordt de innovatie geaccepteerd?

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals te meten ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting, op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland. Tevens heeft dit onderzoek als doel om inzichtelijk te maken wat er nodig is voor een succesvolle implementatie.

Onderzoeksvraag

Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis en wat is er nodig om de implementatie ervan succesvol te laten verlopen?

Deelvragen

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld;

1. Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis?
2. Wat is er nodig voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis?

Relevantie van het probleem voor het verpleegkundig beroep

Het werk van een hbo-verpleegkundige is onderverdeeld in de volgende vijf verpleegkundige beroepsrollen: zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar. Aan de beroepsrollen zijn verschillende competenties gekoppeld (Hesselink, 2011). Hieronder wordt de relevantie van dit onderzoek in verband gebracht met het verpleegkundig beroep. Dit wordt gedaan aan de hand van de vijf beroepsrollen. Dit praktijkgericht onderzoek geeft inzicht in de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter op de afdeling chirurgie/oncologie. Dit onderzoek is onder andere relevant voor de rol van beroepsbeoefenaar. Daarin gaat het namelijk om een levenslange leerhouding rondom innovaties. In dit onderzoek wordt ook inzichtelijk gemaakt wat het team nodig acht voor een succesvolle

implementatie. Dit is belangrijk om een goed implementatieplan op te kunnen stellen en om een implementatie succesvol te laten verlopen. Voor verpleegkundigen liggen hier met name taken in de beroepsrollen ontwerper en coach. Wanneer de zorgverlener gebruik maakt van de Lastmeter werkt de verpleegkundige samen met de zorgvrager. Tijdens deze samenwerking is het in de rol van zorgverlener van belang om zorg op maat te geven. Tenslotte is het in de rol van regisseur van belang dat er een goede samenwerking is tussen verpleegkundigen op de afdeling, zodat de zorg rondom de patiënt goed kan verlopen en goed gecoördineerd wordt.

Leeswijzer

Het onderzoeksverslag is als volgt opgebouwd: het eerste hoofdstuk presenteert het theoretisch kader, waarin de zoekstrategie en het literatuuronderzoek beschreven staan. Vervolgens wordt in het tweede hoofdstuk de methode van het onderzoek besproken. Hierin wordt het onderzoekstype, de dataverzameling, de betrouwbaarheid en validiteit besproken. Daarna zijn in het derde hoofdstuk de resultaten van het onderzoek beschreven. Met daaropvolgend de discussie in het vierde hoofdstuk. In hoofdstuk vijf zijn de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag beantwoord in de vorm van een conclusie. Vanuit die conclusie zijn er aanbevelingen geschreven deze zijn in het tweede deel van hoofdstuk vijf te vinden. Het onderzoeksverslag is afgesloten met de bibliografie en bijlagen.

1.Theoretisch kader

In dit hoofdstuk is het theoretisch kader uitgewerkt. Ten eerste wordt de zoekstrategie beschreven. Aan de hand van de gevonden relevante artikelen heeft een oriëntatie en verdieping op het onderwerp plaatsgevonden voor het praktijkonderzoek. Het hoofdstuk sluit af met een korte samenvatting.

1.1 Zoekstrategie

De eerste stap is het opstellen van zoekvragen aan de hand van de probleemstelling. Middels de zoekvragen worden de achtergronden van het betreffende onderwerp nader bekeken en uitgediept.

In het kader van dit onderzoek zijn de volgende literatuur zoekvragen opgesteld:

1. Wat is adoptiebereidheid?
2. Wat is implementatie van een innovatie in de zorg?
3. Wat is nodig voor succesvolle implementatie van nieuwe werkwijzen? (algemeen)
 - 3.1 Wat is nodig voor succesvolle implementatie van de Lastmeter in de klinische setting?
4. Wat is er bekend over klinisch gebruik van de Lastmeter?

Om de zoekvraag te specificeren is er gebruik gemaakt van booleaanse operatoren AND, NOT en OR. Deze operatoren zijn gebruikt om tot een optimaal zoekresultaat te komen. Deze operatoren worden tussen de zoekwoorden geplaatst. Deze zoektermen zijn weergegeven in de zoekboom.

Tevens is er literatuur geraadpleegd via de sneeuwbalmethode, uit de gevonden literatuur via de zoekboom. Daarnaast is er literatuur gebruikt die reeds in bezit was.

Databanken

- | | | |
|------------------|------------------|------------------|
| - Hbo Kennisbank | - Hbo Voorsprong | - Google Scholar |
| - Pubmed | - Narcis | |

Zoekwoorden

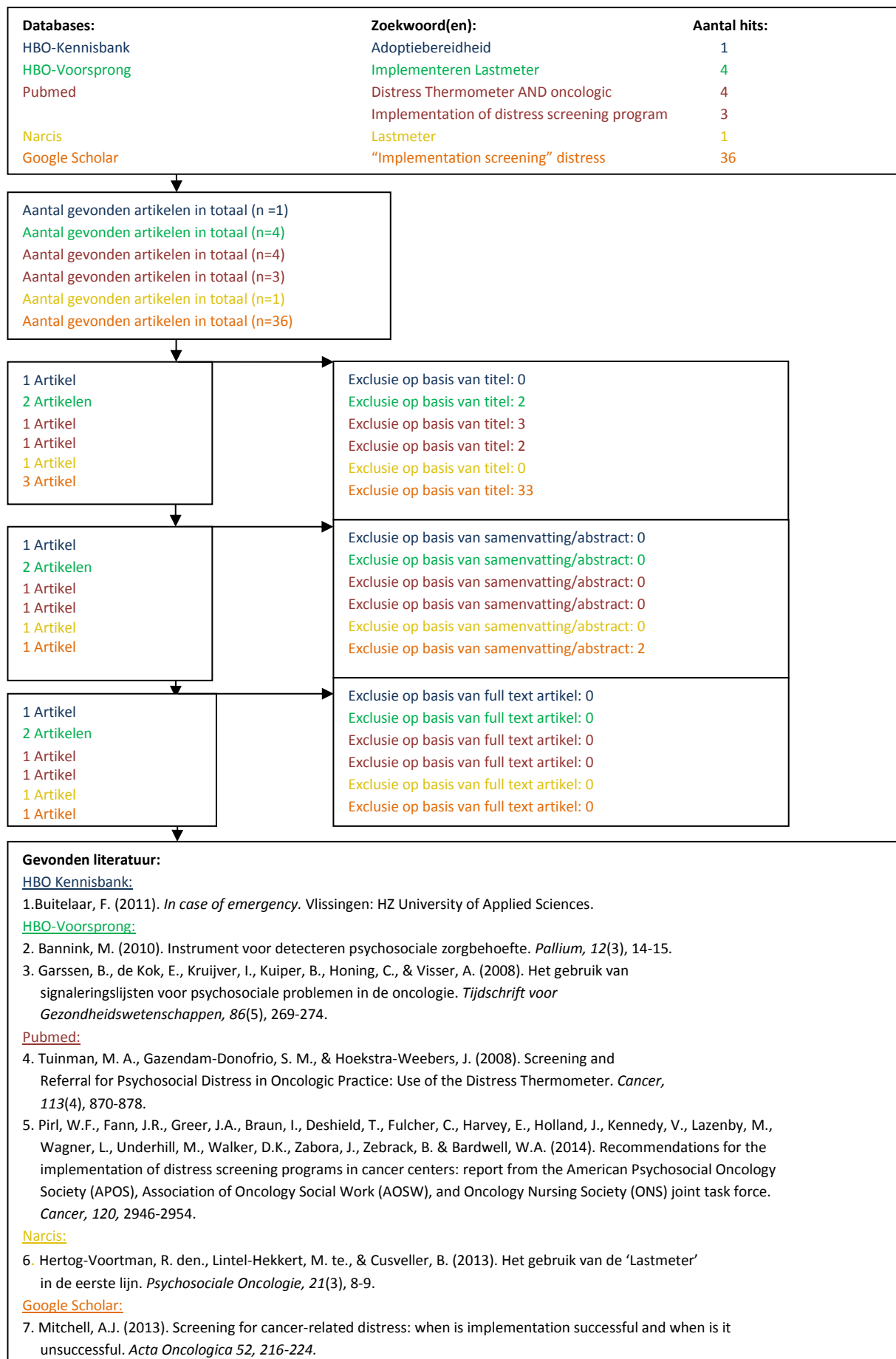
- | | |
|---------------------|---|
| - Adoptiebereidheid | - Rate of adoption |
| - Oncologie | - Oncology |
| - Distress | - Distress |
| - Implementeren | - To implement, implementation |
| - Lastmeter | - Distress thermometer and problem list |
| - Screening | - Screening |
| - Programma | - Program |

Inclusiecriteria

Om literatuur te vinden die een aanvulling zijn voor het onderzoek, zijn er enkele inclusiecriteria opgesteld:

- De bron is beschikbaar in het Nederlands of Engels om taalbarrières te voorkomen.
- De bron is jonger dan 2003, omdat het een onderwerp betreft waar afgelopen jaren regelmatig onderzoek naar is geweest en de theorie van Rogers (2003) als basis beschouwd wordt.
- Het volledige artikel is beschikbaar, om over volledige informatie te kunnen beschikken.

1.2 Zoekboom



Sneeuwballmethode:

1. Driessens, O., Walrave, M., & de Bie, M. D. (2007). *De adoptiebereidheid van een elektronisch patiëntendossier bij Vlaamse internetgebruikers*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen
2. Plouffe, C., Hulland, J., & Vandenbosch, M. (2001). *Research report: Richness versus parsimony in modeling technology adoption decisions- Understanding merchant adoption of a smart card-based payment system*.
3. Werkgroep 'psychosociale zorg bij somatische aandoeningen' (2015). *Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
4. Moolenburgh, W. (2007). Adoptie en diffusie van innovaties: Everett Rogers. *Management tools*, 3, 12-13.

Reeds in bezit:

1. Grol, R., & Wensing, M. (2011). Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business.
2. Haes, H. d., Weezel, L. G., & Sanderma, R. (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
3. Hoencamp, E., Haffmans, J., & Loon, J. v. (2012). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux.
4. Linge, R.v. (2006). *Innoveren in de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
5. Martini, F. H., & Bartholomew, E. F. (2012). *Anatomie en fysiologie: Een inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux.
6. Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press
7. Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Figuur 1: Zoekboom

1.3 Kanker

De term *kanker* is een verzamelnaam voor een groot aantal ziekten met een gemeenschappelijke eigenschap, namelijk afwijkende celgroei en celdeling, die leiden tot kwaadaardige tumoren die zich uitzaaien (Martini & Bartholomew, 2012). Naarmate kwaadaardige tumoren groeien, verslechtert de orgaanfunctie. In het lichaam is er een gevecht gaande tussen de gezonde cellen en de kankercellen, er wordt geconcentreerd om voedingsstoffen en ruimte, dit kan leiden tot een uitgemergeld uiterlijk van kankerpatiënten in een laat stadium van kanker. Wanneer vitale organen bekneld raken of wanneer niet-functionele tumorcellen dominant worden ten opzichte van gezonde cellen, kan de dood hier op volgen (Martini & Bartholomew, 2012).

1.4 Distress

Een somatische aandoening, zoals kanker, kan het leven ingrijpend verstoren, op zowel emotioneel, lichamelijk, praktisch, sociaal en levensbeschouwelijk gebied (IKNL, 2010). De last die kankerpatiënten kunnen ervaren ten gevolge van het lichamelijke probleem zijn: somberheid, wanhoop, angst, onzekerheid, een minder gevoel van eigenwaarde en een gevoel van controleverlies. De last kan samengevat worden in de term distress. Het is belangrijk dat het onderscheid tussen de termen *stress* en *distress* helder is. In de psychologie wordt de term *stress* gebruikt als er verwezen wordt naar de druk die wordt uitgeoefend op een organisme om zich ergens in te schikken of om zich aan te passen. *Distress* duidt op een staat van lichamelijke of geestelijke pijn of emotioneel lijden (Hoencamp, Haffmans, & Loon, 2012). Aangetoond is dat patiënten, ten gevolge van distress, meer moeite hebben met het nemen van beslissingen over behandeling, vaker therapie-ontrouw zijn, minder tevreden zijn met de medische zorg die ze ontvangen en vaker medische zorg zoeken, wat leidt tot hogere kosten in de gezondheidszorg (De Haes et al., 2009). Kortom, de gevolgen van distress zijn groot en dienen tijdig opgemerkt te worden om goede begeleiding te kunnen bieden en de kwaliteit van leven voor de patiënt te verhogen (De Haes et al., 2009).

1.4.1 Psychosociale problemen en distress

Het 'National Comprehensive Cancer Network' stelt dat vermindering van distress een belangrijk doel is binnen de zorg voor kankerpatiënten (Van Laarhoven, 2013). Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport trekt, naar aanleiding van het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' dat eind oktober 2015 naar de Tweede Kamer is gestuurd, de volgende conclusie: *"Psychosociale zorg dient een onlosmakelijk deel te zijn van het behandeltraject van patiënten met kanker"* (IKNL, 2015). In de context van dit onderzoek is psychosociale zorg erop gericht om oncologische patiënten en hun naasten te helpen, om zo goed mogelijk om te kunnen gaan met de ziekte, behandeling en gevolgen daarvan. Uit een review blijkt dat herhaald screenen van distress in zowel de klinische setting als de poliklinische setting leidt tot een vermindering van lijden, betere tevredenheid van zorg en uiteindelijk een betere gezondheidssituatie van de patiënt (Pirl et al., 2014). Psychosociale zorg kan geboden worden door middel van professionele begeleiding van artsen en verpleegkundigen. Daarnaast kunnen gespecialiseerde zorgverleners, zoals maatschappelijk werkers, psychologen, geestelijk verzorgers en psychiaters ingeschakeld worden (KWF Kankerbestrijding, 2015). Eén van de belangrijke bevindingen uit het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen', is dat er in de ziekenhuizen onvoldoende sprake is van systematische en vroegtijdige signalering van psychosociale problemen. Als psychosociale problemen op tijd gesignaleerd worden kan erger worden voorkomen, maar om daadwerkelijk vroegtijdig te signaleren valt er in de ziekenhuizen nog veel te verbeteren (IKNL, 2015). Uit het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' blijkt dat zorgverleners niet altijd genoeg tijd hebben en onvoldoende geschoold zijn om psychosociale problemen te signaleren (Werkgroep 'psychosociale zorg bij somatische aandoeningen', 2015).

1.4.2 Het signaleren van distress

Er zijn verschillende signaleringsinstrumenten die als hulpmiddel kunnen dienen om distress te signaleren. Een voorbeeld van een signaleringsinstrument is de Lastmeter. De Lastmeter ook wel Distress Thermometer (DT) genoemd meet met één item, een thermometer (0-10), de ernst van de distress. Hieraan is een zogenaamde probleemlijst toegevoegd, welke verdeeld is in de volgende vijf domeinen; lichamelijke problemen, praktische problemen, problemen met naasten, emotionele problemen en levensbeschouwelijke problemen. De vijf domeinen hebben in totaal 47 items waarop met ja of nee geantwoord dient te worden. Daarnaast is er een open vraag waar overige problemen benoemd kunnen worden. Vervolgens kan de patiënt aangeven of hij/zij behoefte heeft om met een deskundige te praten, zo ja met wat voor discipline (IKNL, 2010). De Lastmeter wordt weergegeven in bijlage I. Uit eerder onderzoek blijkt dat de Lastmeter een valide en bruikbaar signaleringsinstrument is bij kankerpatiënten (Tuinman, Gazendam-Donofrio, & Hoekstra-Weebers, 2008). Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) pleit er voor om de Lastmeter in te zetten als onderdeel van het behandeltraject. IKNL heeft daarom in de gereviseerde richtlijn die in 2016 beschikbaar komt de lastmeter opgenomen als 'aanbevolen' signaleringsinstrument. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de richtlijn in 2016 landelijk geïmplementeerd gaat worden (IKNL, 2015).

1.5 Innoveren

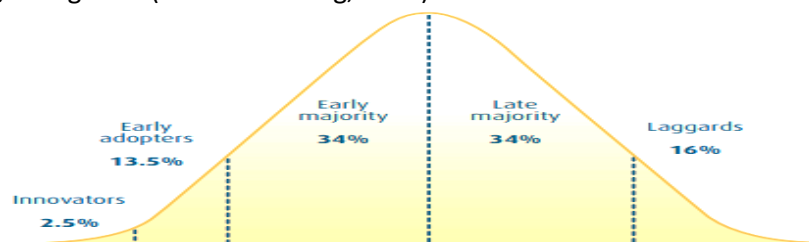
Implementeren is een onderdeel van innoveren. Enkele synoniemen van het woord innovatie zijn: vernieuwing, uitvinding en bedenksel. Rogers (2003) heeft het woord innovatie als volgt gedefinieerd: *'Een innovatie is een idee, praktijk of object dat door een individu of andere eenheid van adoptie als nieuw wordt waargenomen'*. Of innoveren ook verbeteren genoemd kan worden, hangt af van wat men voor betekenis geeft aan verbeteren. Vaak is de verwijzing 'het beter maken van een

bestaand systeem of het beter bereiken van bepaalde doelen'. Daarentegen wordt innoveren meer gezien als het ontwikkelen en implementeren van nieuwe systemen of methoden (Van Linge, 2006). De twee begrippen waar men bij innoveren niet omheen kan zijn; adoptie en implementatie (Van Linge, 2006).

1.6 Adoptie, adoptiesnelheid, adoptiebereidheid

Adoptie is de beslissing om een innovatie te gaan gebruiken. Dit kan een beslissing zijn van één persoon, maar ook de gezamenlijke beslissing van meerdere personen (Van Linge, 2006).

Het succesvol doorvoeren van een innovatie is afhankelijk van verschillende factoren. Zo is ook de diffusiesnelheid van belang stelt Rogers (2003). De diffusiesnelheid geeft aan hoe snel een innovatie geadopteerd wordt binnen een groep. Een groep kan onderverdeeld worden in een aantal subgroepen die verschillen in snelheid waarmee ze een innovatie aannemen. Een bekende indeling is die van Rogers, zie figuur 2 (Grol & Wensing, 2006):



Figuur 2: adoptercategorieën

Overgenomen uit "Adoptie en diffusie van innovaties: Everett Rogers" door W. Moolenburgh, 2007, *Management Tools*, 3, p. 12-13.

- 1) *Innovators (vernieuwers)*: een groep vooruitstrevende personen die sterk gericht zijn op nieuwe ideeën.
- 2) *Early adopters (vroeg adoptanten)*: een actieve groep, vaak met veel status binnen de doelgroep. Deze groep heeft meestal een grote invloed op de volgers.
- 3) *Early majority (vroeg meerderheid)*: een groep volgers die zich laat leiden door early adopters.
- 4) *Late majority (late meerderheid)*: een groep die sceptisch is ten aanzien van verandering, maar uiteindelijk toch overstag gaat en volgt.
- 5) *Laggards (achterblijvers)*: een groep die veel weerstand heeft tegen verandering.

Rogers beschrijft vijf eigenschappen van innovaties die van invloed zijn op de diffusiesnelheid en de adoptiegraad (Driessens, Walrave, & Bie, 2007).

- 1) *Relatief voordeel*: hiermee wordt de mate bedoeld waarin een innovatie meerwaarde biedt ten opzichte van de huidige manier van werken. Hoe groter het voordeel, hoe hoger de adoptiegraad (Rogers, 2003).
- 2) *Compatibiliteit*: hiermee wordt de mate bedoeld waarin een innovatie past binnen de bestaande waarden en gewoonten. Wanneer dit beperkt is of ontbreekt, zal de adoptiesnelheid kleiner zijn (Rogers, 2003).
- 3) *Complexiteit*: de mate waarin de innovatie wordt waargenomen als moeilijk te begrijpen en te gebruiken. De adoptiesnelheid van complexe innovaties zal lager zijn (Rogers, 2003).
- 4) *Mogelijkheid om te testen*: de kans om te experimenteren met de innovatie. Innovaties waarmee geoefend kan worden, zullen sneller geadopteerd worden (Rogers, 2003).

- 5) *Waarneembaarheid*: resultaten van de innovatie zijn zichtbaar voor anderen. Hoe gemakkelijker de zichtbaarheid, hoe groter de kans op adoptie (Rogers, 2003).

Naast het diffusiemodel van Rogers voegt het Technology Acceptance Model (TAM) van Davis (1989) een extra dimensie toe (Plouffe, Hulland, & Vandenbosch, 2001). In het Technology Acceptance Model staat de gebruiksintentie centraal. Dat is een product van attitudes en overtuigingen.

De gebruiksintentie wordt opgesplitst in twee delen: gepercipieerd nut en gepercipieerd gebruikersgemak (Driessens et al., 2007).

- 1) *Gepercipieerd nut*: de mate waarin een individu gelooft dat het gebruiken van de innovatie voordeel oplevert.
- 2) *Gepercipieerd gebruikersgemak*: de mate waarin een individu gelooft dat het gebruiken van de innovatie niet te moeilijk is en/of te veel inspanning vergt.

Door de aspecten uit beide modellen samen te voegen: het diffusiemodel van Rogers (2003) en het Technology Acceptance Model van Davis (1989), kan de adoptiebereidheid van een innovatie gemeten worden (Driessens et al., 2007).

1.7 Implementatie

Implementatie kan omschreven worden als 'het proces- en planmatig invoeren van een innovatie', met als doel dat de betreffende innovatie een structurele plaats krijgt in het handelen en in het functioneren van een organisatie of in de structuur van de gezondheidszorg (Grol & Wensing, 2006). Allerlei factoren kunnen een implementatieproces beïnvloeden. In de volgende paragraaf wordt een algemene beschrijving gegeven van wat nodig is voor een succesvolle implementatie van nieuwe werkwijzen.

1.7.1 Implementatie van nieuwe werkwijzen

Een implementatieproces kan grofweg in twee typen verdeeld worden: het rationele model en het participatiemodel (Grol & Wensing, 2006). Het rationele model heeft als uitgangspunt de beschikbaarheid van nieuwe inzichten en/of werkwijzen waarvan verwacht wordt dat deze ook ingevoerd worden. Het participatiemodel neemt juist de behoeften en ervaringen uit de praktijk als uitgangspunt. Er zal vaak gekozen worden voor een combinatie van benaderingen vanwege de grote diversiteit in doelen en doelgroepen (Grol & Wensing, 2006). Beide modellen zijn van toepassing op dit onderzoek. Wat betreft het rationele model en de betrekking tot dit onderzoek; vanuit de overheid wordt gewerkt aan een landelijke implementatie van een richtlijn waarin de Lastmeter is opgenomen (IKNL, 2015). Wat betreft het participatiemodel en de betrekking tot dit onderzoek; met het onderzoeken van de adoptiebereidheid wordt bekeken in hoeverre de innovatie als een meerwaarde wordt gezien en in hoeverre de innovatie wordt geaccepteerd. Op deze manier worden de behoeften en ervaringen van de zorgprofessionals inzichtelijk gemaakt.

Hieronder worden een aantal factoren beschreven die van invloed zijn op het succes van implementatie (Garssen et al., 2008):

- 1) *Ervaren noodzaak*: belangrijk is dat de professionals het nut en de noodzaak van een innovatie inzien (Garssen et al., 2008). Daarnaast is het belangrijk dat een innovatie evidence based is, dit is nodig om voldoende draagvlak en acceptatie te krijgen (Bannink, 2010). Ervaren noodzaak kan in verband gebracht worden met 'het relatief voordeel' wat gemeten

wordt, in de gestandaardiseerde enquête van Rogers (2003) en Davis (1989) om de adoptiebereidheid te meten. Hoe groter het voordeel, hoe hoger de adoptiegraad zal zijn aldus Rogers (2003).

- 2) *Organisatie/draagvlak*: een tweede voorwaarde voor het succesvol implementeren van een innovatie is dat er binnen de instelling voldoende draagvlak bestaat of gecreëerd wordt (Bannink, 2010). Met voldoende draagvlak wordt bijvoorbeeld bedoeld dat er verschillende expertises in een team worden geplaatst die zich gaan verdiepen in de innovatie. Belangrijk is dat ze zelf achter de innovatie staan (Grol & Wensing, 2006). Zo kan er een stuur-/werkgroep gecreëerd worden die de leiding neemt en een gedetailleerd tijdpad beschrijft voor de te ondernemen implementatieactiviteiten. De stuur-/werkgroep heeft als taak de implementatie gestructureerd te laten verlopen (De Haes et al., 2009). Daarnaast dienen zij als aanspreekpunt te fungeren betreffende de implementatie. Belangrijk is dat de stuur-/werkgroep bijeenkomsten inplant om samen met de medewerkers te evalueren (Garssen et al., 2008).
- 3) *Visie*: het is van belang dat de innovatie overeenkomt met de (lange termijn) zorgvisie binnen de instelling (Garssen et al., 2008). Dit heeft ook te maken met de compatibiliteit, wat onderdeel is van de adoptiebereidheid. De mate waarin de innovatie past binnen de bestaande normen en waarden van de instelling. Volgens Rogers (2003) zal de adoptiesnelheid kleiner zijn, wanneer de innovatie niet past binnen de normen en waarden van de instelling.
- 4) *Bijscholing*: belangrijk is dat de professionals weten om te gaan met de innovatie. In dit onderzoek is de Lastmeter de innovatie. Om professionals te begeleiden in het gebruik van de Lastmeter kunnen er (bij)scholingen plaatsvinden in de vorm van trainingen of klinische lessen (Garssen et al., 2008). In dit geval zou bijscholing, in de vorm van herhaalde trainingen en/of klinische lessen, de complexiteit van de innovatie kunnen verlagen waardoor de innovatie sneller geadopteerd wordt aldus Rogers (2003).

1.7.2 Ervaringen van professionals met implementatie Lastmeter

Uit onderzoek van Garssen et al. (2008), komt naar voren dat implementeren een proces is van vallen en opstaan. Een aantal ervaren problemen door zorgprofessionals, bij het implementeren van de lastmeter in de klinische setting zijn: werkdruk, weerstanden, slechte beschikbaarheid van gegevens, problemen bij verwijzing en gebrek aan sturing. Uit het onderzoek van Mitchell (2013) bleek dat gebrek aan training en sturing ook obstakels zijn die de implementatie van de Lastmeter vermoeilijken. Daarnaast zijn sommige verpleegkundigen van mening zelf over voldoende vaardigheden te beschikken om gesprekken te voeren met de patiënt en tevens te herkennen wanneer een patiënt gespecialiseerde psychosociale zorg nodig heeft (Garssen et al., 2008). Echter, het onderzoek van Mitchell (2013) toont aan dat het lastig wordt gevonden de patiënten op basis van de uitkomsten van de Lastmeter door te sturen naar de juiste deskundige. Tevens bleek uit ander onderzoek dat aarzeling heerst om met de Lastmeter te gaan werken, door gebrek aan ervaringskennis (Den Hertog-Voortman, 2013). Ten slotte werd als aandachtspunt aangehaald, dat de ingevulde lastmeter op een centrale plaats opgeslagen moet worden. Er werden problemen ervaren met het uitwisselen van patiëntengegevens bij het switchen van afdeling (Garssen et al., 2008).

Daarentegen blijkt uit hetzelfde onderzoek van Garssen et al. (2008) dat zorgprofessionals het invoeren van een signaleringslijst een voordeel vinden, omdat daarmee de aandacht voor

psychosociale aspecten een structurele vorm heeft gekregen. Daarnaast dient de signaleringslijst als hulpmiddel voor het gesprek tussen de zorgverlener en de patiënt. Het biedt een ingang en zorgt mede voor een gestructureerd gesprek aldus de geïnterviewde zorgprofessionals (Garssen et al., 2008). De meerderheid van de respondenten uit het onderzoek van Garssens et al. (2008) gaf aan dat de drempel om een patiënt door te verwijzen naar een gespecialiseerde zorgverlener lager is geworden met het gebruik van een signaleringslijst. Tevens verlopen de doorverwijzingen efficiënter. Uit het onderzoek van Bannink (2010) blijkt dat zorgprofessionals door het gebruik van de Lastmeter meer houvast in hun contact met de patiënt ervaren. Ook blijkt dat verpleegkundigen met behulp van de Lastmeter in veel gevallen zelf voldoende hulp/aandacht kunnen geven aan de patiënt, zodat doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg niet nodig is (Bannink, 2010).

1.8 Samenvatting

Kanker is een ingrijpende aandoening en kan het leven verstoren op zowel emotioneel, lichamelijk, praktisch, sociaal en levensbeschouwelijk gebied. De last, ofwel lichamelijke of geestelijke pijn of emotioneel lijden, die kankerpatiënten kunnen ervaren ten gevolge van het lichamelijke probleem wordt samengevat in de term distress. Uit eerder onderzoek blijkt dat patiënten ten gevolge van distress vaker therapie-ontrouw zijn, moeite hebben met het nemen van beslissingen ten opzichte van behandeling, minder tevreden zijn met de zorg. Vermindering van distress is dan ook een belangrijk doel binnen de zorg voor kankerpatiënten. Minister Schippers heeft naar aanleiding van het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' de volgende conclusie getrokken: *"Psychosociale zorg dient een onlosmakelijk deel te zijn van het behandeltraject van patiënten met kanker"*. In de ziekenhuizen is er onvoldoende sprake van het systematisch en vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen ofwel distress. Een hulpmiddel om distress te signaleren is een signaleringsinstrument. De Lastmeter ook wel Distress Thermometer (DT) genoemd is een voorbeeld van een signaleringsinstrument. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de Lastmeter een valide en bruikbaar signaleringsinstrument is bij kankerpatiënten.

Innoveren is vernieuwen. Twee belangrijke begrippen bij innoveren zijn *adoptie* en *implementatie*. Adoptie is de beslissing om een innovatie te gaan gebruiken. Implementatie heeft als doel om de betreffende innovatie een structurele plaats te geven in het handelen en in het functioneren van een organisatie of in de structuur. Allerlei factoren kunnen een implementatieproces beïnvloeden. Uit de literatuur blijkt dat de volgende factoren van invloed zijn op het succes van implementatie: *ervaren noodzaak, organisatie/draagvlak, visie, bijscholing*.

Wat betreft de ervaringen van professionals met implementatie van de Lastmeter. Uit de literatuur blijkt dat er positief gereageerd wordt op de Lastmeter in de klinische setting, maar er zijn ook zeker nog knelpunten. Wat vooral naar voren komt uit de positieve ervaringen is dat zorgprofessionals de invoering van een signaleringslijst een voordeel vinden, om *de psychosociale aspecten structureel te kunnen belichten*. De signaleringslijst biedt een *ingang* en er werd *meer houvast in de patiëntencontacten* ervaren. Doorverwijzing naar *gespecialiseerde zorg was in veel gevallen niet nodig*, met behulp van de Lastmeter konden de verpleegkundigen afdoende hulp/aandacht geven aan de patiënten. Wat betreft de negatieve ervaringen. Vooral *werkdruk, slechte beschikbaarheid van gegevens, problemen op het gebied van doorverwijzing, gebrek aan sturing, gebrek aan ervaringskennis en het documenteren van gegevens* werden als knelpunten ervaren.

2. Methode

In dit hoofdstuk is de methode van dit onderzoek beschreven. De methode van een onderzoek geeft aan hoe het onderzoek wordt uitgevoerd. Tevens is in deze fase het onderzoek afgebakend. Dit komt naar voren in de beschrijving van de populatie, plaats en tijd, de wijze van dataverzameling en dataverwerking. Daarna zal aandacht geschonken worden aan de betrouwbaarheid en validiteit. Het hoofdstuk sluit af met de juridische en ethische aspecten.

2.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp

Om antwoord te kunnen geven op de centrale onderzoeksvraag: 'Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis en wat is er nodig om de implementatie ervan succesvol te laten verlopen?' is er een mixed-method onderzoek uitgevoerd. Er is gebruik gemaakt van triangulatie om met behulp van meerdere methodes van dataverzameling de onderzoeksvraag te beantwoorden (Verhoeven, 2011). De keuze voor een mixed-method onderzoek is gebaseerd op de probleemstelling en de relatief kleine populatie waar dit onderzoek op is gericht. Tijdens dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een surveyonderzoek en semigestructureerde interviews.

Surveyonderzoek is de meest gebruikte methode om meningen, opinies, houdingen en kennis bij grote groepen personen te meten. Het is een gestructureerde dataverzamelingsmethode. De vraagstelling staat bij surveyonderzoek vooraf vast, de respondent wordt beperkt tot een klein maximaal aantal antwoordmogelijkheden. De zogenoemde 'open vragen' zijn zoveel mogelijk achterwege gelaten, omdat deze vragen niet meegenomen konden worden in de kwantitatieve analyse (Verhoeven, 2011). In het kader van dit onderzoek was het doel om met behulp van surveyonderzoek deelvraag één te beantwoorden. Deelvraag één luidt als volgt: hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis?

Semigestructureerde interviews gaven de mogelijkheid om de beleving van respondenten in kaart te brengen. Daarnaast had de onderzoeker de mogelijkheid om het interview iets te sturen, zodat alle informatie ten behoeve van het onderzoek verkregen werd (Verhoeven, 2011). Voorafgaand aan het interview is er een topiclijst opgesteld. De topiclijst is een lijst met onderwerpen die als uitgangspunt diende bij het gesprek (Verhoeven, 2011). In het kader van dit onderzoek was het doel om met behulp van semigestructureerde interviews deelvraag twee te beantwoorden. Deelvraag twee luidt als volgt: wat is er nodig voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis?

De semigestructureerde interviews zijn afgenomen na het analyseren van de enquêtes, omdat de resultaten van invloed konden zijn op de topiclijst en het interview.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit de volgende zorgprofessionals: (2) verpleegassistenten, (5) leerling-verpleegkundigen (alle leerjaren), (3) stagiaires (alle leerjaren), (17) mbo-verpleegkundigen en (5) hbo-verpleegkundigen. Op het moment dat het onderzoek uitgevoerd werd waren zij allen werkzaam op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis. In totaal bestond de onderzoekspopulatie uit 32 personen. Er is voor deze medewerkers gekozen omdat zij

allen intensief contact hebben met de patiënten. Daardoor staan ze dicht bij de patiënten en komen ze tevens in aanraking met de Lastmeter wanneer deze geïmplementeerd wordt. Er is geen onderscheid gemaakt tussen stagiaires, leerlingen en gediplomeerden, omdat zij allen met de Lastmeter dienen te gaan werken wanneer deze geïmplementeerd wordt. De Lastmeter kan en mag door iedere zorgprofessional afgenomen worden.

Bij zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek is er geen steekproef uitgevoerd, omdat de hele onderzoekspopulatie benaderd is voor surveyonderzoek. Wat betreft het kwalitatieve deel, een vijftal zorgprofessionals van de onderzoekspopulatie was bereid mee te werken aan dit onderzoek. De onderzoeker heeft de zorgprofessionals at random gekozen.

2.3 Periode (plaats en tijd)

Het praktijkgerichte onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de organisatie CuraMare op de volgende locatie: het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland; afdeling chirurgie/oncologie. De voorbereiding van dit onderzoek vond plaats vanaf september 2015 op de HZ University of Applied Sciences en het thuisadres. In de periode van februari 2016 tot en met mei 2016 zijn enquêtes verspreid, ontvangen en geanalyseerd. Tevens zijn er in diezelfde periode, nadat de resultaten van de enquêtes inzichtelijk waren, vijf interviews afgenomen. Na het analyseren van de interviews zijn de resultaten beschreven in het onderzoeksrapport.

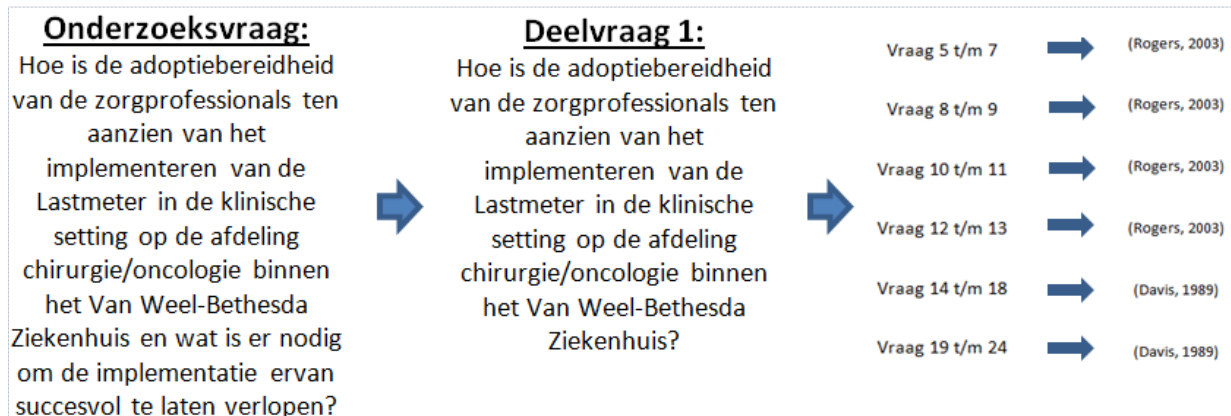
2.4 Dataverzameling

De gegevensverzameling van dit onderzoek heeft plaatsgevonden op twee manieren, door middel van enquêtes en door middel van semigestructureerde interviews. De enquêtes zijn verspreid onder alle 32 zorgprofessionals op de afdeling chirurgie/oncologie. De zorgprofessionals werden vooraf benaderd door in de wekelijkse mail van de afdeling de aandacht te vragen. De enquêtes zijn persoonlijk overhandigd aan de zorgprofessionals, het moment waarop dit is gebeurd werd bepaald aan de hand van het dienstrooster, dit vond plaats in de kalenderweken zeven, acht en negen. Na het invullen werden de enquêtes teruggegeven aan de onderzoeker. De respondenten konden na deelname een paraaf zetten op een aftekenlijst. Om de kans op respons te verhogen werd er onder de deelnemers een taart verloot. Tevens werd er een begeleidende brief toegevoegd die kort het onderzoek en het doel van het onderzoek uitlegde. De begeleidende brief is toegevoegd in bijlage III. Ten tweede zijn er vijf respondenten geïnterviewd. Voorafgaand aan de interviews is er een topiclijst opgesteld om vragen te formuleren waarmee de gewenste informatie verkregen kon worden, zie paragraaf 2.4.2. Tijdens de interviews is er gebruik gemaakt van geluidsopnameapparatuur, de respondenten zijn hier vooraf over geïnformeerd.

2.4.1 Enquête

Om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er onder andere gebruik gemaakt van een bestaande vragenlijst die de adoptiebereidheid van de innovatie meet. De begeleidende brief en enquête zijn samengevoegd en worden weergegeven in bijlage III. De bestaande vragenlijst bestond uit drie delen. Het eerste deel bestond uit vier algemene vragen met betrekking tot: geslacht, leeftijd, functie en bekendheid van de Lastmeter. Het tweede deel bestond uit 20 stellingen over de Lastmeter. De volgende subschalen zijn verwerkt in de 20 stellingen: *relatief voordeel*(vraag 5 t/m 7), *compatibiliteit*(vraag 8 en 9), *complexiteit*(vraag 10 en 11), *mogelijkheid om te testen*(vraag 12 en 13), *gepercipieerd nut*(vraag 14 t/m 18) en *gepercipieerd gebruikersgemak*(vraag 19 t/m 24), zie figuur 3. De subschalen zijn gebaseerd op de theorieën van Rogers (2003) en Davis (1989), zie paragraaf 1.6 van het theoretisch kader. *Waarneembaarheid* is niet opgenomen in de enquête omdat

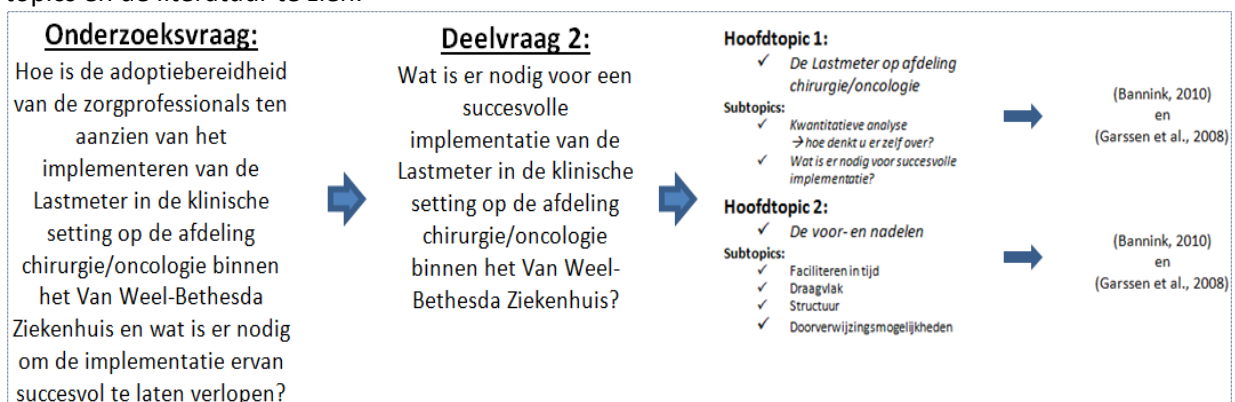
de mogelijkheid ontbreekt om resultaten waar te nemen rondom de nog niet geïmplementeerde Lastmeter. De stellingen konden beantwoord worden via een 5-punts Likertschaal. Als laatste was er een mogelijkheid om tips en/of ideeën te geven over de implementatie van de Lastmeter op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland.



Figuur 3: Operationalisatieproces enquête

2.4.2 Topiclijst

Om de centrale onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er onder andere gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Om te zorgen dat de interviews geordend verliepen is er vooraf een topiclijst opgesteld aan de hand van de gevonden literatuur. De topiclijst wordt weergegeven in bijlage IV. Het eerste topic had betrekking op wat er nodig is voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter. Uit de literatuur blijkt dat de volgende aspecten van invloed zijn op het succes van implementatie: *ervaren noodzaak, organisatie/draagvlak, visie en bijscholing* (Garssen et al., 2008). Het tweede topic had betrekking op de voor- en nadelen van de Lastmeter. Uit de literatuur blijkt dat de positieve en negatieve ervaringen van professionals vooral te maken hebben met de volgende aspecten: *faciliteren in tijd, draagvlak, structuur en doorverwijzingsmogelijkheden*. Het operationalisatieproces is weergegeven in figuur 4. Hierin is de samenhang tussen de deelvraag, de topics en de literatuur te zien.



Figuur 4: Operationalisatieproces topiclijst

2.5 Dataverwerking en analyse

De kwantitatieve verzamelde gegevens zijn verwerkt en geanalyseerd met behulp van het dataverwerkingsprogramma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Vooraf is er in SPSS een codeboek gemaakt. In het codeboek zijn de gegevens gecodeerd in variabelen, om een overzicht te krijgen van de vragen en de bijbehorende antwoorden uit de enquête. Niet ingevulde vragen van de

enquêtes zijn als missing gecodeerd. Een missing heeft een herkenbare code gekregen binnen SPSS. Het codeboek diende als uitgangspunt bij het invoeren van de kwantitatieve gegevens (Verhoeven, 2011). Het codeboek is voordat het in gebruik genomen werd, goedgekeurd door de eerste beoordelaar. De enquêtes van zorgprofessionals die onbekend zijn met de Lastmeter zijn geëxcludeerd en niet meegenomen in de verdere analyse van dit onderzoek. De algemene gegevens van de respondenten, zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau zijn weergegeven in een frequentietabel met absolute en relatieve frequenties. Vervolgens is er in een cirkeldiagram weergegeven welk percentage bekend is met de Lastmeter en welk percentage onbekend is met de Lastmeter. De resultaten van het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek zijn per subschaal inzichtelijk gemaakt met behulp van tabellen en cirkeldiagrammen. De cirkeldiagrammen tonen de verhoudingen tussen de verschillende categorieën.

De kwalitatieve verzamelde gegevens zijn verwerkt en geanalyseerd volgens de acht analysestappen van Verhoeven (2011) in het tekstverwerkingsprogramma Microsoft Office Word. Het interview werd beluisterd en volledig uitgetypt. De eerste stap bestond uit het doorlezen van alle gegevens en de gegevens opdelen in kleine fragmenten (uiteenrafelen) die in één woord samengevat konden worden. Vervolgens zijn de gebruikte termen geïnterpreteerd en is er bekeken of de termen een positieve of negatieve toonzetting hadden. Daarna zijn de fragmenten gecodeerd door te bedenken met welk(e) woord(en) (code) een fragment het best kon worden omschreven. De codes zijn bedoeld om een fragment samen te vatten. Ten vierde zijn de termen geordend (gegroepeerd). Bij stap vijf zijn de gecodeerde begrippen gesorteerd van belangrijkste naar steeds minder belangrijke code. Hierna is er gezocht naar verbanden en combinaties tussen begrippen. Er zijn hoofd- en subgroepen gemaakt door te kijken welke codes bij elkaar horen. Als voorlaatste stap werden de begrippen gestructureerd, de verbanden en volgordes zijn samengevoegd in een tabel. Tenslotte is bij stap acht het model in verband gebracht met de probleemstelling. Er is gekeken of de geanalyseerde gegevens een antwoord geven op de onderzoeksvraag (Verhoeven, 2011). Uiteindelijk zijn de uitkomsten verwerkt in de hoofdstukken 'resultaten', 'discussie', en 'conclusie' van het onderzoeksrapport.

2.6 Betrouwbaarheid

Het is mogelijk dat er tijdens een onderzoek toevallige fouten gemaakt worden. Toevallige fouten kunnen van invloed zijn op de betrouwbaarheid van een onderzoek. Daarnaast is de herhaalbaarheid van een onderzoek van belang om de betrouwbaarheid te kunnen testen. Een onderzoek wat gedaan is moet herhaalbaar zijn. Wanneer de resultaten van het herhaalde onderzoek gelijk zijn aan het eerder gedane onderzoek, dan is het onderzoek betrouwbaar (Verhoeven, 2011).

Om de kwaliteit en daarmee de betrouwbaarheid te waarborgen hebben alle respondenten dezelfde enquête gekregen, zonder aanpassingen tijdens het veldonderzoek. De enquêtes van zorgprofessionals die onbekend zijn met de Lastmeter zijn geëxcludeerd en niet meegenomen in de verdere analyse van dit onderzoek, omdat dit van invloed zou kunnen zijn op de resultaten en daarmee de betrouwbaarheid van dit onderzoek zou kunnen verlagen. Kort geleden hebben de respondenten een klinische les gehad over het onderwerp van dit onderzoek. Dit verkleint de kans op onbekendheid met bepaalde begrippen tijdens het invullen van de enquête. Het meetinstrument dat gebruikt is, is een bestaande enquête. De onderzoeker heeft geen wijzigingen aangebracht. Dit heeft de kans op toevallige fouten verkleind, waardoor de kwaliteit en betrouwbaarheid verhoogd zijn.

Met behulp van het programma SPSS is er een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd, daarmee is de zogenaamde Cronbach's alpha coëfficiënt berekend. De homogeniteit van de subschalen is gecontroleerd. Een getal boven de 0,60 geeft een voldoende gelijkvormig beeld van de meting van een begrip (Verhoeven, 2011). Binnen dit onderzoek is de Cronbach's alpha per subschaal berekend. Relatief voordeel (0,86), compatibiliteit (0,81), complexiteit (0,84), testbaarheid (0,98), gepercipieerd nut (0,87) en gepercipieerd gebruikersgemak (0,84), zie bijlage X. Volgens Verhoeven (2011) geven de stellingen een voldoende homogeen beeld van hetzelfde begrip.

Kwalitatief onderzoek vergt extra inspanning om de kwaliteit en betrouwbaarheid te waarborgen. Een kwalitatief onderzoek is moeilijk te herhalen, laat staan dat uit een herhaling dezelfde resultaten komen (Verhoeven, 2011). Om het onderzoek betrouwbaar en kwalitatief hoog te houden is er rekening gehouden met de hierna volgende aspecten. Voorafgaand aan het afnemen van de semigestructureerde interviews is een proefinterview gehouden. Zodoende kon de topiclijst op fouten en relevantie gecontroleerd worden. Tevens is er gecontroleerd of de juiste informatie verkregen werd om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Tijdens de interviews zijn er geluidsopnames gemaakt. Hiermee kon voorkomen worden dat bij het uittypen van de interviews informatie gemist werd. De interviews zijn letterlijk uitgetypt om verkeerde interpretatie zoveel mogelijk te vermijden. Tijdens het hele onderzoek is gebruik gemaakt van peer examination. Medestudenten hebben elkaars uitwerkingen kritisch beoordeeld en voorzien van feedback, zodat de kwaliteit verhoogd werd. Voorafgaand aan het interview werd de topiclijst kort besproken om eventuele onduidelijke begrippen te verduidelijken, zodat de onderzoeker en de respondenten hetzelfde onder de begrippen verstonden. Hierdoor werd de kans vergroot dat de topiclijst bruikbare aanknopingspunten bood en als leidraad gebruikt kon worden door de onderzoeker om de gewenste data te verzamelen.

2.7 Validiteit

Met de validiteit wordt bepaald in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische fouten. Daarnaast hangt validiteit samen met de geldigheid en zuiverheid van de onderzoeksresultaten (Verhoeven, 2011). Interne validiteit is de mate waarin terechte conclusies getrokken kunnen worden ten opzichte van de probleemstelling (Verhoeven, 2011). De relatief korte periode waarin het onderzoek plaats heeft gevonden kan de interne validiteit vergroten, doordat er minder kans is op automatische veranderingen in een korte periode dan in een lange periode. Tevens kan de persoonlijke benadering van respondenten de kans op uitval verkleind hebben en dus de interne validiteit vergroot hebben. Ten derde kan het gebruik van één onveranderde enquête en één onveranderde topiclijst de interne validiteit vergroten (Verhoeven, 2011). Externe validiteit is de mate waarin de resultaten van het onderzoek te generaliseren zijn (Verhoeven, 2011). Doordat het onderzoek plaats heeft gevonden onder verschillende professies op de afdeling chirurgie/oncologie, was het erg belangrijk om de resultaten kritisch te bestuderen en na te gaan of de resultaten gegeneraliseerd konden worden naar de volledige populatie. Begripsvaliditeit is de mate waarin gemeten wordt wat er gemeten dient te worden. Dit wordt ook wel constructvaliditeit genoemd (Verhoeven, 2011). Om de begripsvaliditeit te verhogen, is de enquête vooraf gecontroleerd door de peergroup en tevens door een neutraal persoon met kennis van dit vakgebied. Daarnaast is de enquête gecontroleerd door de beoordelaars, voordat deze verspreid is. Om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen, zijn de enquêtes volstrekt anoniem ingevuld en verwerkt. Dit bevordert de begripsvaliditeit. Tevens is er op toegezien dat de enquêtes individueel zijn ingevuld. Voorafgaand aan de interviews zijn, voor zover nodig was, begrippen verduidelijkt, zodat de onderzoeker en de

respondenten hetzelfde onder de begrippen verstonden. Hierdoor is de kans vergroot dat de topiclijst heeft gemeten wat de onderzoeker wilde weten.

2.8 Juridische en ethische aspecten

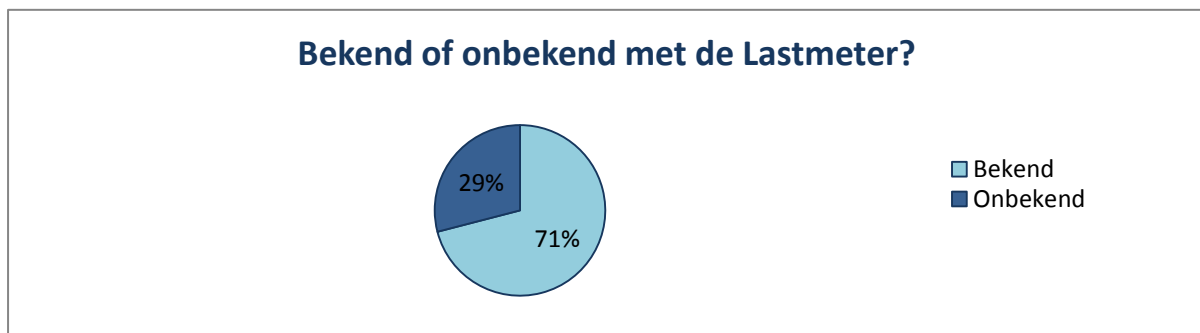
Voordat het onderzoek heeft plaatsgevonden is er toestemming gevraagd aan de instelling; het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis. De schriftelijke toestemming van de instelling is te vinden in bijlage II. Daarnaast is dit onderzoeksvoorstel, voorafgaand aan het onderzoek, door een eerste en tweede beoordelaar vanuit de onderwijsinstelling beoordeeld. Na goedkeuring van het onderzoeksvoorstel is er gestart met de uitvoering van het onderzoek. De respondenten zijn persoonlijk benaderd. De respondenten waren vrij in de keuze om wel of niet deel te nemen aan de enquête. Wat betreft de privacy van de respondenten: de enquêtes zijn anoniem afgenomen en verwerkt. Dit is ook benoemd in de begeleidende brief. Voordat de interviews afgenomen zijn, zijn de zorgprofessionals gevraagd om hun medewerking aan het onderzoek te verlenen, zodat de medewerking op vrijwillige basis is geweest. Daarnaast zijn de gegevens van de respondenten anoniem verwerkt, om de privacy te waarborgen. Na afronding van het onderzoek zullen alle enquêtes en de geluidsopname vernietigd worden om ook na het onderzoek de privacy en anonimiteit te waarborgen.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek weergegeven. Het hoofdstuk begint met een beschrijving van de respondenten en de algemene gegevens. Vervolgens worden de resultaten per domein weergegeven. Daarna volgen de resultaten van het kwalitatieve gedeelte, dit gedeelte begint met een beschrijving van de respondenten en de algemene gegevens. Hierna worden de resultaten uit de interviews weergegeven aan de hand van kernthema's.

3.1 Algemene gegevens en kenmerken van de respondenten

In totaal zijn er 32 enquêtes uitgezet. De enquête is door 31 respondenten ingevuld. In figuur 5 wordt de verdeling van de populatie weergegeven wat betreft de bekend- of onbekendheid met betrekking tot de Lastmeter.



Figuur 5: bekend of onbekend met de Lastmeter? (N=31)

Uit figuur 5 blijkt dat de meerderheid bekend is met de Lastmeter. De 29% (N=9) van de respondenten die onbekend is met de Lastmeter bestaat voor het overgrote deel uit stagiaires en leerling-verpleegkundigen. Op basis van de gegevens uit figuur 5 zijn de negen enquêtes van de respondenten die onbekend zijn met de Lastmeter geëxcludeerd. Van de 22 respondenten die wel bekend zijn met de Lastmeter zijn er zeven respondenten die de enquête niet volledig hebben ingevuld. In die enquêtes waren er missings aanwezig, in de tabellen is terug te vinden bij welke stelling er een missing was.

In tabel 1 worden de algemene kenmerken van de 22 respondenten weergegeven. Geslacht is door alle respondenten ingevuld. De meerderheid van de respondenten bestaat uit vrouwen. De leeftijd van de respondenten is variabel van 20 jaar tot 60 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 37 jaar. De meeste respondenten hebben de leeftijd ingevuld, er was één missing.

De enquête is voornamelijk door mbo-verpleegkundigen ingevuld, namelijk 41% (N=9). Daarnaast heeft 27% (N=6) van de respondenten 'anders, nl...' ingevuld. Daarbij hebben vijf respondenten oncologieverpleegkundige ingevuld en één respondent de combinatie oncologieverpleegkundige en mammacareverpleegkundige. De andere 27% (N=6) bestond uit drie leerling-verpleegkundigen, één verpleegassistent en twee hbo-verpleegkundigen. Van de overige 5% (N=1) is de functie onbekend. Van de respondenten maakt 86% (N=19) deel uit van het vaste team op afdeling chirurgie/oncologie. De overige 14% (N=3) bestaat uit leerling-verpleegkundigen.

Tabel 1: algemene gegevens en kenmerken van de respondenten (N=22)

Kenmerken	Omschrijving	Aantal (%)
Geslacht	Man	2 (9%)
	Vrouw	20 (91%)
Leeftijd	Variabel van 20 jaar tot 60 jaar	21 (95%)
Huidige functie	Stagiaire	0 (0%)
	Leerling-verpleegkundige	3 (14%)
	Verpleegassistent	1 (4%)
	Mbo-verpleegkundige	9 (41%)
	Hbo-verpleegkundige	2 (9%)
	Anders, nl...	6 (27%)

Vanwege de betrekkelijk kleine onderzoekspopulatie zijn de vijf antwoordcategorieën van de 5-punts Likertschaal, bij het analyseren van de gegevens samengevoegd tot drie antwoordcategorieën. Dit heeft als doel om de spreiding van resultaten te beperken en daarmee een minder vertekend beeld van de werkelijkheid te geven.

3.2 Resultaten per domein

In de enquête zijn zes subschalen verwerkt. De volgende subschalen worden in onderstaande paragrafen weergegeven: relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit testbaarheid, gepercipieerd nut en gepercipieerd gebruikersgemak. De resultaten worden weergegeven met behulp van cirkeldiagrammen en tabellen.

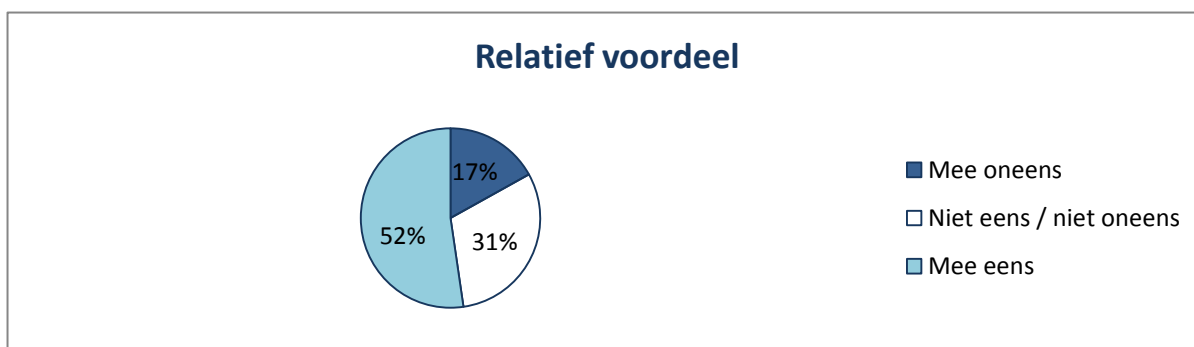
3.2.1 Relatief voordeel

Bij de subschaal *relatief voordeel* wordt bepaald of de onderzoekspopulatie een 'voordeel' ziet om met de Lastmeter te gaan werken op de afdeling chirurgie/oncologie.

Uit dit onderzoek blijkt dat 59% (N=13) van de respondenten denkt dat er eenduidiger gewerkt kan worden door het gebruik van de Lastmeter. Daarnaast denkt 64% (N=14) van de respondenten dat door het werken met de Lastmeter, gegevens rond de patiëntenzorg efficiënter bijgehouden worden. In tabel 2 is te zien dat de meeste respondenten (45%) neutraal staan tegenover de stelling: het gebruik van de Lastmeter zal het bijhouden van patiëntgegevens vergemakkelijken. Figuur 6 laat zien dat de meerderheid, namelijk 52% van de respondenten, het 'eens' is met de stellingen die behoren tot de subschaal 'relatief voordeel'.

Tabel 2: relatief voordeel

	<i>Mee eens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee oneens</i>
	N (%)	N (%)	N (%)
Ik denk dat er eenduidiger gewerkt zal worden door het gebruik van de Lastmeter. (N=22)	13 (59%)	7 (32%)	2 (9%)
Door te werken met de Lastmeter worden gegevens rond de patiëntenzorg efficiënter bijgehouden. (N=22)	14 (64%)	3 (14%)	5 (22%)
Het gebruik van de Lastmeter zal het bijhouden van patiëntgegevens vergemakkelijken. (N=21)	7 (32%)	10 (45%)	4 (18%)



Figuur 6: overallbeeld relatief voordeel (N='21 tot 22' zie tabel 2)

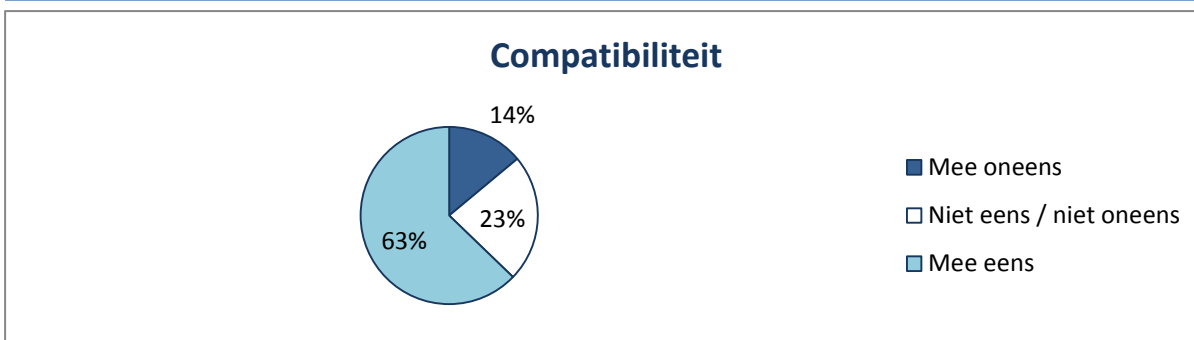
3.2.2 Compatibiliteit

Bij het domein *Compatibiliteit* wordt bepaald of de Lastmeter past bij de bestaande waarden en gewoonten van de onderzoekspopulatie.

Tabel 3 laat zien dat een meerderheid van de respondenten 59% (N=13), het gebruik van de Lastmeter vindt passen bij de manier waarop hij of zij graag werkt. Daartegenover is 18% (N=4) van de respondenten het daar 'mee oneens'. Tevens laat tabel 3 zien dat 14 respondenten (64%) het eens is met de stelling: het gebruik van de Lastmeter past bij hoe ik patiëntgegevens bij wens te houden. Daarnaast heeft 14% (N=6) 'neutraal' geantwoord op deze stelling. Figuur 7 laat zien dat de minderheid, 14% (N=6) van de respondenten het 'oneens' is met de twee stellingen die behoren tot de subschaal 'compatibiliteit'.

Tabel 3: compatibiliteit

	<i>Mee eens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee oneens</i>
	N (%)	N (%)	N (%)
Het gebruik van de Lastmeter past bij de manier waarop ik graag werk. (N=21)	13 (59%)	4 (18%)	4 (18%)
Het gebruik van de Lastmeter past bij hoe ik patiëntgegevens bij wens te houden. (N=22)	14 (64%)	6 (14%)	2 (22%)



Figuur 7: overallbeeld compatibiliteit (N='21 tot 22' zie tabel 3)

3.2.3 Complexiteit

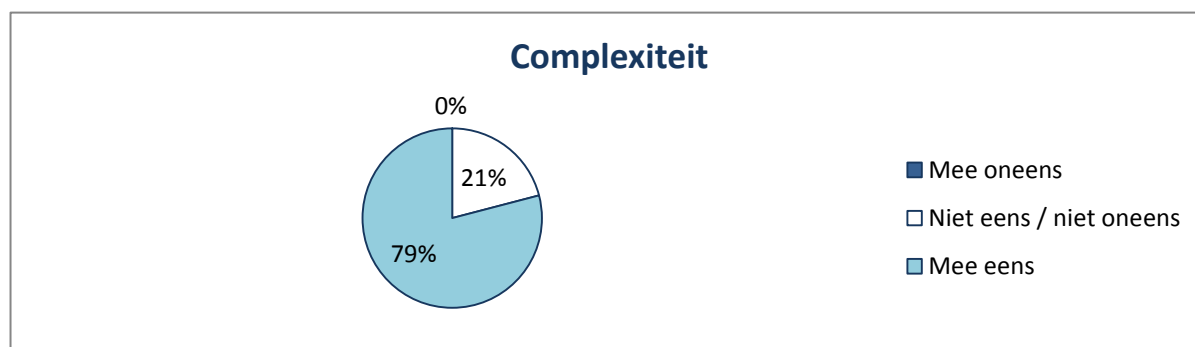
Complexiteit is de mate waarin de innovatie waargenomen wordt als relatief moeilijk te begrijpen en te gebruiken.

Dit onderzoek laat zien dat de meeste respondenten, namelijk 82% (N=18) de manier van werken met de Lastmeter gemakkelijk te begrijpen vindt. Daarnaast is in tabel 4 te zien dat 73% (N=16) van de respondenten het werken met de Lastmeter eenvoudig vindt. Het overige deel van de respondenten, 27% (N=6) heeft 'neutraal' geantwoord op de stelling: het werken met de Lastmeter is

eenvoudig. In figuur 8 is te zien dat niemand, 0% (N=0) van de respondenten het 'oneens' is met de twee stellingen die behoren tot de subschaal 'complexiteit'.

Tabel 4: complexiteit

	<i>Mee eens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee oneens</i>
	N (%)	N (%)	N (%)
De manier van werken met de Lastmeter is voor mij gemakkelijk te begrijpen. (N=21)	18 (82%)	3 (14%)	0 (0%)
Het werken met de Lastmeter is eenvoudig. (N=22)	16 (73%)	6 (27%)	0 (0%)



Figuur 8: overallbeeld complexiteit (N='21 tot 22' zie tabel 4)

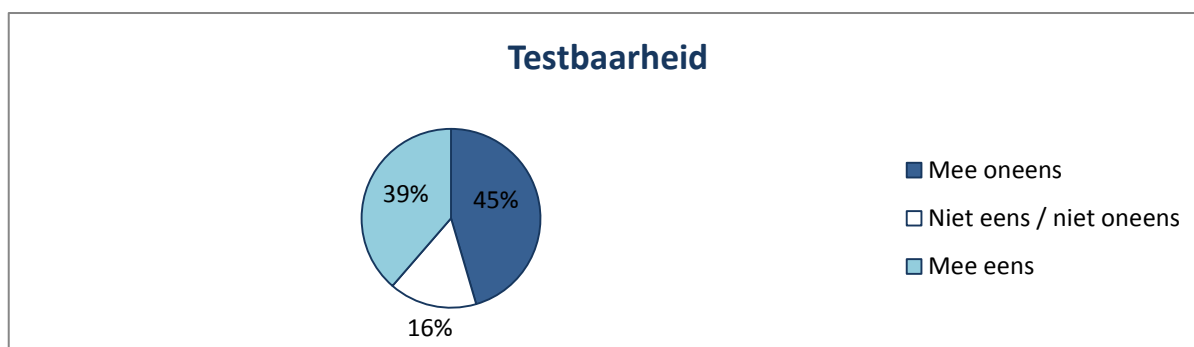
3.2.4 Testbaarheid

Bij het domein *testbaarheid*, gaat het erom of de mogelijkheid bestaat om de innovatie te testen. De onderzoekspopulatie is gevraagd in hoeverre zij de mogelijkheid hebben gehad om met de Lastmeter te experimenteren.

Tabel 5 laat zien dat 41% (N=9) van de respondenten aangeeft het 'eens' te zijn met de stelling: 'ik heb voldoende kans gehad om te oefenen met de Lastmeter' en dat daarnaast 41% (N=9) van de respondenten aangeeft het 'oneens' te zijn met dezelfde stelling. Ook is in tabel 5 te zien dat de helft van de respondenten, namelijk 50% (N=11) aangeeft niet voldoende geoefend te hebben met de Lastmeter. Acht respondenten (36%), vinden wél genoeg geoefend te hebben met de Lastmeter. Uit figuur 9 blijkt dat een kleine meerderheid (45%) het 'oneens' is met de twee stellingen die behoren tot het domein 'testbaarheid'. Daartegenover is 39% (N=17) van de respondenten het wel 'eens' met de stellingen.

Tabel 5: testbaarheid

	<i>Mee eens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee oneens</i>
	N (%)	N (%)	N (%)
Ik heb voldoende kans gehad om te oefenen met de Lastmeter. (N=22)	9 (41%)	4 (18%)	9 (41%)
Ik heb voldoende geoefend met de Lastmeter. (N=22)	8 (36%)	3 (14%)	11 (50%)



Figuur 9: overallbeeld testbaarheid (N=22)

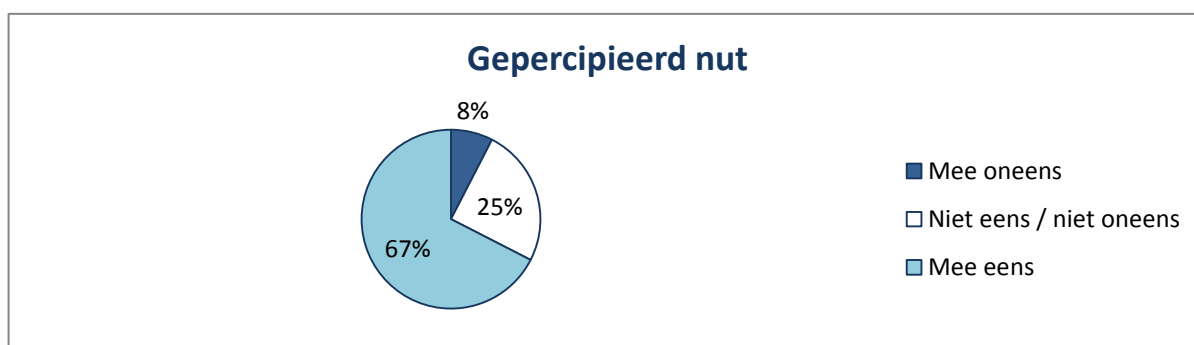
3.2.5 Gepercipieerd nut

Gepercipieerd nut is de mate waarin respondenten geloven dat het gebruik van de Lastmeter een voordeel oplevert.

Uit tabel 6 blijkt dat 77% (N=17) van de respondenten vindt dat de Lastmeter nuttig is en de inhoud van de Lastmeter belangrijk. Slechts 5% (N=1) is het hiermee 'oneens'. Daarnaast denkt 73% (N=16) van de respondenten dat de Lastmeter een waardevolle toepassing is en dat de Lastmeter de kwaliteit van zorg verhoogt. Van de respondenten is 9% (N=2) het hiermee 'oneens'. Ook laat tabel 6 zien dat de helft van de respondenten, 50% (N=11) 'neutraal' heeft geantwoord op de stelling: 'de meningen van collega's rond de Lastmeter zijn belangrijk voor mij'. Figuur 10 geeft een overallbeeld waaruit blijkt dat de meerderheid (67%) van de respondenten het 'eens' is met de stellingen die tot het domein 'gepercipieerd nut' behoren.

Tabel 6: gepercipieerd nut

	<i>Mee eens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee oneens</i>
	N (%)	N (%)	N (%)
Ik denk dat de Lastmeter een waardevolle toepassing is. (N=22)	16 (73%)	4 (18%)	2 (9%)
De Lastmeter is nuttig. (N=22)	17 (77%)	4 (18%)	1 (5%)
De inhoud van de Lastmeter is belangrijk voor mij. (N=22)	17 (77%)	4 (18%)	1 (5%)
De meningen van collega's rond de Lastmeter zijn belangrijk voor mij. (N=21)	7 (32%)	11 (50%)	3 (14%)
De Lastmeter verhoogt de kwaliteit van zorg. (N=22)	16 (73%)	4 (18%)	2 (9%)



Figuur 10: overallbeeld gepercipieerd nut (N='21 tot 22' zie tabel 6)

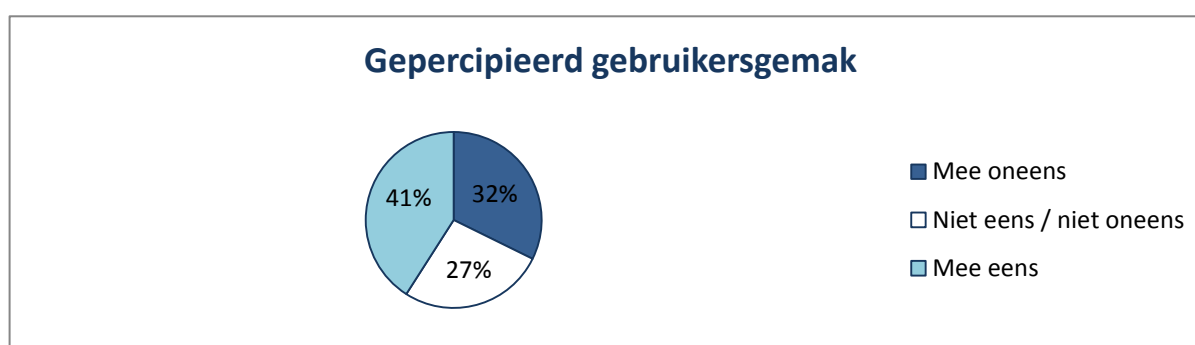
3.2.6 Gepercipieerd gebruikersgemak

Bij *gepercipieerd gebruikersgemak* wordt er gekeken in hoeverre de onderzoekspopulatie vindt dat het gebruik van de Lastmeter niet te complex is of teveel inspanning vraagt.

In tabel 7 is te zien dat een derde van de respondenten zich betrokken voelt bij de ontwikkeling van de Lastmeter. Van de respondenten is 23% (N=5) het daar niet mee eens. Daarnaast blijkt dat slechts 9% (N=2) van de respondenten aangeeft de mogelijkheid gehad te hebben om aanpassingen/feedback (door) te geven over de Lastmeter. De meerderheid van de respondenten (77%) vindt de Lastmeter over het algemeen gemakkelijk in gebruik. Daarentegen is 5% (N=1) van de respondenten het daar niet mee eens. Ongeveer de helft van de respondenten (45% N=10)) geeft aan voldoende begeleid te zijn om met de Lastmeter te leren werken, 41% (N=9) is het hier mee 'oneens'. Van de respondenten heeft 9% (N=2) daar 'neutraal' op geantwoord. In figuur 11 is te zien dat de antwoorden redelijk verdeeld zijn. De meeste respondenten (41%) zijn het 'eens' met de stellingen die tot het domein 'gepercipieerd gebruikersgemak' behoren.

Tabel 7: gepercipieerd gebruikersgemak

	<i>Mee eens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Mee oneens</i>
	N (%)	N (%)	N (%)
Ik voel me betrokken bij de ontwikkeling van de Lastmeter. (N=21)	7 (32%)	9 (41%)	5 (23%)
Ik heb de mogelijkheid gehad om aanpassingen/feedback (door) te geven over de Lastmeter. (N=21)	2 (9%)	5 (23%)	14 (64%)
Het werken met de Lastmeter verloopt op een duidelijke en begrijpelijke manier. (N=22)	6 (27%)	12 (55%)	4 (18%)
Over het algemeen vind ik het gebruik van de Lastmeter gemakkelijk. (N=20)	17 (77%)	2 (9%)	1 (5%)
De informatievoorziening rondom gebruik van de Lastmeter is voldoende geweest. (N=22)	10 (45%)	4 (18%)	8 (36%)
Ik ben voldoende begeleid om met de Lastmeter te leren werken. (N=21)	10 (45%)	2 (9%)	9 (41%)



Figuur 11: overallbeeld gepercipieerd gebruikersgemak (N='20 tot 22' zie tabel 7)

3.3 Benodigheden voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter

Om te onderzoeken wat er nodig is voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter zijn er vijf zorgprofessionals geïnterviewd. Alle respondenten zijn gediplomeerde zorgprofessionals en werkzaam op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis.

3.3.1 Algemene kenmerken respondenten semigestructureerde interviews

De kenmerken van de respondenten zijn weergegeven in tabel 8. Vier van de respondenten zijn van het vrouwelijke geslacht. Eén respondent is van het mannelijke geslacht. De respondenten zijn werkzaam in verschillende functies. Drie van de respondenten zijn op de afdeling werkzaam als oncologieverpleegkundige. Eén respondent werkt naast de afdeling ook op de polikliniek als mammacareverpleegkundige. Eén respondent is werkzaam als hbo-verpleegkundige en één respondent is bezig met omscholing van mbo-verpleegkundige naar hbo-verpleegkundige. Het aantal jaren werkervaring loopt uiteen van 2 tot 20 jaar.

Tabel 8: algemene kenmerken respondenten semigestructureerde interviews (N=5)

Respondentnummer	Functie	Werkervaring	Geslacht
Respondent 1	Hbo-verpleegkundige	8 jaar	Vrouw
Respondent 2	Mbo-verpleegkundige (Hbo-verpleegkundige in wording)	2 jaar	Man
Respondent 3	Oncologieverpleegkundige	20 jaar	Vrouw
Respondent 4	Oncologieverpleegkundige	12 jaar	Vrouw
Respondent 5	Afdeling; oncologieverpleegkundige Polikliniek; mammacareverpleegkundige	16 jaar	Vrouw

3.4 Kernthema's

Na uitvoering van de analysestappen van Verhoeven (2011) van de vijf interviews zijn er negen kernthema's ontstaan. *Draagvlak, aanspreekpunt, richtlijn, scholing, psychosociale zorg/deskundige, tijd, experimentele periode, evalueren en samenwerking met de polikliniek*, zie bijlage IX. De kernthema's zijn uitgewerkt in onderstaande subparagrafen.

3.4.1 Draagvlak

Er is voldoende draagvlak op de afdeling volgens alle respondenten. De respondenten gaven hierbij als reden aan dat het team van verpleegkundigen open staat voor het gebruik van de Lastmeter. Tevens werd aangegeven dat een groot deel van het team bestaat uit oncologieverpleegkundigen die reeds geschoold zijn.

"Zeker omdat er veel oncologieverpleegkundigen zijn geschoold, die zijn in principe allemaal bekend met de Lastmeter vanuit de opleiding vandaan, dus die weten ook de relevantie ervan." (R2)

3.4.2 Aanspreekpunt

Een enkeling gaf aan het zeker belangrijk te vinden dat er een vast aanspreekpunt aangesteld wordt. Sommige respondenten waren van mening dat het belangrijk is om de innovatie als team op te pakken zonder een vast aanspreekpunt. Daarnaast werd ook door andere respondenten benoemd om een groep aan te stellen, welke bestaat uit verschillende disciplines, die de implementatie organiseert.

"Omdat we te veel parttimers ook hebben denk ik dat we het wel als team moeten gaan dragen. Want anders één aanspreekpunt... ja... dat moet iemand zijn die vijf dagen in de week werkt." (R3)

“Ja ik denk een uhm... een groep mensen van een verpleegkundige, team-coördinator en een uh...psycholoog, een groep die dat in gaan zetten op de afdeling.” (R4)

3.4.3 Richtlijn

Volgens alle respondenten is het van belang dat er een duidelijke richtlijn opgesteld wordt, vooral om terug te kunnen vinden wanneer, door wie, hoe vaak, etc. de Lastmeter ingevuld dient te worden. Door sommige respondenten werd aanbevolen een standaard regel op te stellen voor het moment waarop de Lastmeter afgenomen moet worden. Een andere respondent was van mening dat het belangrijk is om de Lastmeter bijvoorbeeld in ‘een zorgpad’ te integreren zodat het niet verzand. Als tip werd gegeven om de Lastmeter digitaal op te slaan.

“En dan moet je denk ik ook net als nu op de polikliniek gewoon een vaste tijd afspreken, na zoveel dagen de Lastmeter afnemen.” (R3)

“Het zou natuurlijk mooi zijn als het digitaal kwam en dat alle zorgverleners die erbij betrokken zijn, dat die er inzicht in hebben.” (R1)

3.4.4 Scholing

Door alle respondenten werd benoemd dat er behoefte is aan scholing om met de Lastmeter te leren werken. De respondenten vinden het belangrijk dat tijdens zo’n scholing het doel duidelijk wordt aangegeven en dat er geoefend wordt met casussen door middel van intervisie of met behulp van een simulatiepatiënt. Door alle respondenten werd ook benoemd dat kennisdeling belangrijk wordt gevonden. Bijvoorbeeld over welke hulp er ingeschakeld wordt bij welk probleem en dat de manier van afnemen besproken wordt, zodat er eenduidig gewerkt wordt. Twee respondenten zijn van mening dat het belangrijk is om de klinische les over de Lastmeter te volgen, welke regelmatig gegeven wordt in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis; in de poliklinische setting.

“Ja er is natuurlijk een klinische les die regelmatig gegeven wordt op de interne c, ik denk dat iedereen die wel moet volgen. Dat is gewoon één richtlijn die hun ook hanteren, dat wij diezelfde hanteren.” (R3)

Meerdere respondenten gaven aan om ook eens tijdens pauzes een casus te bespreken om op die manier kennis met elkaar te delen en elkaar enthousiast te maken.

3.4.5 Psychosociale zorg/deskundige

Uit de interviews komt naar voren dat psychosociale zorg gemist wordt op de afdeling, tegelijkertijd werd aangegeven dat het wel als een taak van een verpleegkundige gezien wordt om de psychosociale kant te bespreken.

“Er kwam naar voren dat er patiënten waren die de psychosociale zorg op de afdeling wel misten.” (R1)

Sommige respondenten gaven aan dat er nu structuur gemist wordt in het geven van de psychosociale zorg doordat de verpleegkundigen niet op één lijn zitten.

“En nu hangt er eigenlijk vanaf welke verpleegkundige je hebt of het ja... ter sprake komt, de psychosociale kant.” (R1)

Daarnaast werd door de meeste respondenten gezegd dat de Lastmeter ook een ‘uitermate geschikt’ hulpmiddel is om een gesprek te beginnen met een patiënt. De Lastmeter kan opening bieden.

“Een patiënt geeft aan dat het goed gaat en dan vraag je met deze vragen hoe het is en dan blijkt het niet goed te gaan, dus je kan iemand ook los maken. Dat gesprek kan heel veel duidelijkheid geven, ook voor de patiënt zelf.” (R4)

Alle respondenten hebben aangegeven dat de beschikbaarheid van maatschappelijk werk/een psycholoog gemist wordt. Sommige respondenten zijn van mening dat de Lastmeter ingezet kan worden op het moment dat een deskundige beschikbaar is. Een enkeling vertelde dat er aan gewerkt wordt om deskundigen beschikbaar te stellen in het ziekenhuis, maar dat het vooral vast zit op geld. Op dit moment is er alleen de mogelijkheid om een patiënt door te verwijzen via de polikliniek, aldus de respondent.

“Beschikbaar, ja dat zou echt een must zijn wil je de Lastmeter uh... ja invullen kan altijd, maar als je er daarna gebruik van wil maken en de mensen iets wil bieden, moet je zorgen dat dat ook gewoon mogelijk is.” (R3)

Eén respondent gaf de aanbeveling om lotgenoten in te zetten op de afdeling, omdat maatschappelijk werk of een psycholoog vaak een stap te ver is voor patiënten. Door lotgenoten in te schakelen die aan bed komen op de afdeling, kan het voor patiënten laagdrempeliger zijn om er met iemand anders over te praten.

“Een lotgenoot kan natuurlijk heel veel invoelende informatie geven.” (R5)

3.4.6 Tijd

Eén respondent gaf aan het echt belangrijk te vinden om de Lastmeter af te nemen en daar ook tijd voor te willen maken, maar dat het afhankelijk is van wat de andere prioriteiten zijn. Andere respondenten gaven aan dat tijd geen probleem hoeft te zijn, omdat het mogelijk is om de patiënt de Lastmeter in te laten vullen en deze op een later tijdstip te bespreken. Of om tijdens de verzorging al veel te vragen/bespreken.

“Nou je kan bijvoorbeeld tijdens wassen al heel veel vragen. Je kan dingen zien en je zegt dan bijvoorbeeld gewoon tegen die mevrouw of meneer we gaan een Lastmeter met u invullen. Nou dan kost het toch niet zoveel tijd meer.” (R5)

3.4.7 Experimentele periode

De meeste respondenten zijn van mening dat het belangrijk is om een experimentele periode in te voeren. Eén respondent gaf aan bijvoorbeeld een maand te kort te vinden en is van mening dat de duur van een experimentele periode zeker vier tot zes maanden moet zijn. De respondenten vinden een experimentele periode belangrijk, om te ondervinden of het een meerwaarde is voor de afdeling, om ‘scheve ruggen’ te voorkomen en om bewijs te leveren of het werkt of niet. Daarentegen vond één respondent een experimentele periode niet nuttig op het moment dat invoering van de Lastmeter op de afdeling verplicht is.

“Ja testen, ja. Dan kan je ook een bewijs leveren dat het werkt... en dan kan je de Lastmeter goed in gaan zetten.” (R4)

3.4.8 Evalueren

De meeste respondenten hebben tijdens de interviews aangegeven dat meerdere tussentijdse evaluaties zeker gewenst zijn. Dit is van belang, omdat er dan een moment is om de knelpunten met elkaar te bespreken en om eventuele verbeterpunten in gang te zetten. Verschillende respondenten gaven aan om bijvoorbeeld tijdens een teamvergadering te evalueren, zodat de evaluatie niet één op één is, maar met iedereen tegelijk. Een andere respondent gaf aan dat het geen extra tijd hoeft te kosten, dat het ook 's middags om half vier op de afdeling in de dag-evaluatie kan.

“Sowieso denk ik dat het goed is om vrij snel te evalueren nadat er gestart is. Want meestal gaat het gewoon bij de eerste poging, heb je altijd wel verbeterpunten. Dus dat is vast nu ook zo en dat is sowieso heel goed.” (R1)

3.4.9 Samenwerking polikliniek

Sommige respondenten gaven aan dat samenwerking met de polikliniek erg belangrijk is om de patiënt niet 'kwijt' te raken. De afdeling en de polikliniek kunnen elkaar ondersteunen door samen te werken. Enkele respondenten gaven ook aan dat de uitkomsten op de polikliniek en op de afdeling kunnen verschillen en dat het daarom zeker meerwaarde heeft om in beide settings de Lastmeter af te nemen en die met elkaar te communiceren.

“Als mensen hier liggen en zo ziek zijn, praten ze vaak wat meer. (...) Op de poli is het bezoek heel kort en dan denken ze al gauw van nou... het gaat wel goed met me. (...) Dus het is voor de poli gewoon ook veel makkelijker om eerder de mensen te ondersteunen.” (R3)

Daarnaast moeten er goede afspraken gemaakt worden tussen de polikliniek, de afdeling en de verpleegkundigen, zodat de patiënten niet belast worden met dubbele afname van de Lastmeter.

“Als er niet veel veranderd is en je neemt de Lastmeter een week erna nog een keer af, dan denk ik dat het meer een last wordt dan een hulpmiddel.” (R2)

4. Discussie

Dit hoofdstuk begint met een korte samenvatting van de belangrijkste resultaten. Vervolgens zijn de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd en vergeleken met de literatuur. Hierna zijn de sterke en de zwakke kanten van het onderzoek besproken.

4.1 Korte samenvatting van de belangrijkste resultaten

De meerderheid van de respondenten ziet voordeel in het gebruik van de Lastmeter en geeft aan dat deze past binnen de bestaande waarden en gewoonten. De Lastmeter is gemakkelijk te begrijpen en lijkt hen makkelijk in gebruik. Daarentegen geeft de meerderheid aan dat zij nog niet voldoende mogelijkheid gehad hebben om te oefenen met de Lastmeter. Uit de interviews kwam naar voren dat het team het vooral belangrijk vindt dat er een deskundige beschikbaar gesteld wordt voor mogelijke doorverwijzing en dat er een richtlijn opgesteld wordt. Daarnaast wordt het belangrijk gevonden dat er gebruik gemaakt wordt van een experimentele periode en dat er samengewerkt gaat worden met de polikliniek. Tevens vraagt het werken met de Lastmeter ook wel de nodige scholing en oefening volgens verschillende respondenten.

4.2 Interpretatie van de resultaten

Uit het surveyonderzoek is gebleken dat de meerderheid van de respondenten voordeel ziet in het gebruik van de Lastmeter en deze vindt passen bij de bestaande waarden en gewoonten. Ook blijkt dat niemand van de respondenten de Lastmeter moeilijk te begrijpen of te gebruiken vindt. Dit alles is in positieve zin van invloed op de adoptiebereidheid want, zo blijkt uit de literatuur van Rogers (2003) hoe groter het voordeel, hoe groter de consistentie en hoe makkelijker de innovatie, des te hoger de adoptiebereidheid. Daarentegen vinden de meeste respondenten dat er niet voldoende geoefend is met de Lastmeter, ook uit de interviews is gebleken dat er behoefte is aan een experimentele periode. Dit komt overeen met de literatuur want, innovaties waarmee niet geoefend kan worden, worden minder snel geadopteerd (Rogers, 2003). Dit onderzoek laat zien dat de zorgprofessionals open staan om de Lastmeter te implementeren, mits er een experimentele periode komt. Dit kan verklaard worden doordat er op de subschalen *relatief voordeel*, *compatibiliteit*, *complexiteit*, *gepercipieerd nut* en *gepercipieerd gebruikersgemak* positief is geantwoord en dat daarnaast minder positief is geantwoord op de subschaal *testbaarheid*.

Uit de interviews is gebleken dat voldoende draagvlak op de afdeling belangrijk is. Sommige respondenten zijn van mening dat de innovatie als team gedragen moet worden zonder aanspreekpunt, dit komt niet overeen met de literatuur van De Haes et al. (2009). Ook komt dit niet overeen met de literatuur van Bannink (2010). Mogelijk wil het team elkaar ontlasten en dit gezamenlijk oppakken om te voorkomen dat de innovatie verzand. Daarnaast is het mogelijk dat de respondenten directe inspraak willen hebben in het proces.

Echter, andere respondenten opperden het idee om een groep aan te stellen met verschillende disciplines en dat de groep als aanspreekpunt fungeert. Ook is duidelijk geworden dat de meeste respondenten het belangrijk vinden om regelmatig te evalueren. Dit komt wél overeen met de literatuur van Bannink (2010), waaruit blijkt dat voldoende draagvlak nodig is. Ook kwam uit de interviews naar voren dat een werkgroep die regelmatig evalueert met de medewerkers van belang is voor een succesvolle implementatie. Dit komt tevens overeen met de literatuur van De Haes et al. (2009) en Garssen et al. (2008).

Daarnaast is gebleken dat er behoefte is om tijdens een scholing of teamvergadering het doel, inclusief theoretische onderbouwing, van de Lastmeter te bespreken en om tevens casussen met elkaar te bespreken. Dit komt overeen met de literatuur, waaruit blijkt dat het belangrijk is dat professionals het nut en de noodzaak inzien van een innovatie (Garssen et al., 2008).

Uit dit onderzoek blijkt dat doorverwijzing naar een deskundige tot op heden nog niet altijd mogelijk is; dit wordt als struikelblok gezien door sommige respondenten. Zo blijkt ook uit de literatuur van Garssen et al. (2008), dat het een eerder ervaren probleem is door zorgprofessionals. Naar verwachting zal dit verbeteren, gezien het feit dat er aan gewerkt wordt om vaste deskundigen beschikbaar te stellen. Door de meerderheid van de respondenten werd 'tijd' niet als knelpunt gezien wat in tegenstelling is met de literatuur van Garssen et al. (2008). Dit is mogelijk te verklaren doordat de meeste respondenten van mening waren dat de Lastmeter niet onmiddellijk besproken moet worden, maar dat er ook een ander tijdstip afgesproken kan worden met de patiënt.

4.3 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Eén van de belangrijke bevindingen uit het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' dat eind 2015 is opgesteld, is dat er in de ziekenhuizen onvoldoende sprake is van systematische en vroegtijdige signalering van psychosociale problemen (Werkgroep 'psychosociale zorg bij somatische aandoeningen', 2015) en dus betreft dit onderzoek een actueel onderwerp. De betrouwbaarheid van de enquête is in dit onderzoek ook een sterk punt. Doordat er gebruik is gemaakt van een gestandaardiseerde enquête, is de kans op toevallige fouten kleiner en wordt de validiteit verhoogd (Verhoeven, 2011). Verder is de Cronbach's alpha per subschaal berekend, alle zes waarden bleken groter te zijn dan 0,80. Volgens Verhoeven (2011) zijn deze waarden voldoende voor de betrouwbaarheid van deze stellingen. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat het om een mixed-method onderzoek gaat. Triangulatie ofwel het gebruik maken van meer dan één methode verhoogt de kwaliteit van de onderzoeksresultaten, omdat de resultaten eigenlijk gecontroleerd worden met behulp van een andere methode (Verhoeven, 2011).

Dit onderzoek is niet representatief voor de gehele onderzoekspopulatie, maar wel voor het vaste team op afdeling chirurgie/oncologie. Van het vaste team heeft namelijk 79% deelgenomen aan dit onderzoek en is ook geïnccludeerd in dit onderzoek.

In totaal zijn er 31 enquêtes geretourneerd. Op basis van onbekendheid met de Lastmeter zijn 9 enquêtes geëxcludeerd. Enerzijds is de betrouwbaarheid negatief beïnvloed door exclusie, omdat de gestelde norm vanuit de opleiding, minimaal 25 respons, niet is behaald. Anderzijds is de betrouwbaarheid positief beïnvloed door exclusie van respondenten die onbekend waren met de Lastmeter. Tevens zijn de uitkomsten niet te generaliseren naar de gehele onderzoekspopulatie en ook niet daar buiten. Zowel de interne als externe validiteit is hierdoor verlaagd.

De gebruikte 5-punts Likertschaal vergroot de kans dat er 'neutraal' wordt aangekruist bij de stellingen in de vragenlijst. De antwoordmogelijkheid 'neutraal' kan geïnterpreteerd worden als 'ik weet het niet' of 'geen mening', hierdoor kunnen meetfouten ontstaan (Verhoeven, 2011).

Daarnaast zijn de missings in dit onderzoek een zwak punt. Deze item-non-respons kan komen door bijvoorbeeld een te lage begripsvaliditeit of doordat men geen mening had bij de betreffende vraag. De periode waarin de semigestructureerde interviews afgenomen moesten worden in plaats van het focusgroepinterview was kort, dit kan van invloed zijn geweest op de kwaliteit en daarmee de betrouwbaarheid van de resultaten. Minder sterk is ook het feit dat dit onderzoek het eerste individuele mixed-method onderzoek van de onderzoeker is.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek. Uit de resultaten en conclusie zijn aanbevelingen voortgekomen voor de praktijk, de opleiding en voor vervolgonderzoek.

5.1 Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van de Lastmeter?

Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis?

Dit onderzoek laat zien dat de meerderheid van de respondenten open staat voor het implementeren van de Lastmeter op de afdeling chirurgie/oncologie. Met name de subschalen gepercipieerd nut (welke overlap heeft met de subschaal relatief voordeel), complexiteit en compatibiliteit scoren hoog. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de respondenten voordeel zien in het gebruik van de Lastmeter. Daarnaast vinden de respondenten de Lastmeter gemakkelijk en eenvoudig te begrijpen. Tevens past de Lastmeter binnen de bestaande waarden en gewoonten van de afdeling en die van de zorgprofessionals. Gezien de lage score bij de subschaal testbaarheid kan geconcludeerd worden dat er niet voldoende geoefend is met de Lastmeter of dat hier geen kans voor is geweest. De innovatie wordt hierdoor mogelijk minder snel geadopteerd.

5.2 Wat is er nodig voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter?

Wat is er nodig voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis?

Uit de interviews kan geconcludeerd worden dat er voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter voldoende draagvlak is op afdeling chirurgie/oncologie. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat het voor een succesvolle implementatie nodig is om een duidelijke richtlijn ter beschikking te stellen, scholing te organiseren en om een experimentele periode in te voeren met tussentijdse evaluaties. Tevens is het belangrijk dat er een deskundige beschikbaar gesteld wordt, zodat een probleemloze doorverwijzing mogelijk is. Tenslotte is ook samenwerking met de polikliniek belangrijk voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter.

5.3 Beantwoording centrale onderzoeksvraag

Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis en wat is er nodig om de implementatie ervan succesvol te laten verlopen?

Geconcludeerd kan worden dat de meerderheid van de zorgprofessionals op de afdeling chirurgie/oncologie bereid is om de Lastmeter te adopteren in de klinische setting. Om de implementatie van de Lastmeter tot een succes te maken is het vooral belangrijk om een duidelijke richtlijn op te stellen, een experimentele periode in te voeren en om een deskundige beschikbaar te stellen naar wie de patiënten doorverwezen kunnen worden. Daarnaast is het belangrijk om scholing te organiseren en om samen te werken met de polikliniek.

5.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Gezien de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals met betrekking tot de Lastmeter, wordt aanbevolen om de Lastmeter te implementeren op afdeling chirurgie/oncologie.

Bij het implementeren van de Lastmeter, wordt aanbevolen om een duidelijke en uitgebreide richtlijn op te stellen. In de richtlijn dient het volgende beschreven te worden: een theoretisch onderbouwd doel, voor welke patiënten de Lastmeter gebruikt wordt, hoe de Lastmeter gebruikt dient te worden, door wie de Lastmeter gebruikt wordt, wanneer de Lastmeter afgenomen moet worden, waar je de ingevulde/besproken Lastmeter documenteert en een duidelijk stappenplan welke acties de verpleegkundige moet ondernemen op het moment dat een patiënt behoefte heeft aan begeleiding van een deskundige.

Daarnaast wordt aanbevolen scholing te organiseren om te oefenen met de Lastmeter. Dit kan bijvoorbeeld in een teamvergadering door een uur te reserveren voor scholing. Het team kan ook op een ander tijdstip, buiten de teamvergadering om, bijeen komen voor scholing. De invulling kan bestaan uit een presentatie met een theoretisch gedeelte en een praktijkgedeelte. In het theoretische gedeelte kan het doel van de Lastmeter besproken worden. In het praktijkgedeelte kunnen er bijvoorbeeld in groepsverband casussen vanuit de praktijk besproken worden en er kan met elkaar nagedacht worden over de inleiding van het gesprek en welke hulp er ingeschakeld kan worden. In de uitnodiging kan vermeld worden dat iedereen een casus uit de praktijk mee moet nemen, waarbij de Lastmeter gebruikt zou kunnen worden. Het is ook mogelijk om te oefenen met behulp van een simulatiepatiënt. Eén verpleegkundige bereidt zich voor met behulp van een casus en speelt de patiënt, een andere verpleegkundige gaat het gesprek aan met de patiënt, dit wordt voor de groep gedaan, zodat er na afloop geëvalueerd kan worden met elkaar. Hoe ging het? Wat ging er goed? Wat ging er minder goed? Eventuele verbeterpunten? Tips? Op deze manier wordt er met elkaar nagedacht over de situatie en vind er kennisdeling plaats.

Ook wordt aanbevolen een experimentele periode in te zetten vóór het implementeren van de Lastmeter. Aanbevolen wordt om een experimentele periode van zeker zes maanden in te zetten. Voordat de experimentele periode start is het nodig dat er een concept richtlijn is voor de verpleegkundigen, zodat er aan de hand van het concept gewerkt kan worden. In die richtlijn moeten de punten beschreven staan welke genoemd zijn in de tweede alinea van deze paragraaf. Er wordt aanbevolen tijdens de experimentele periode in de eerste maand eens in de twee weken te evalueren, daarna maandelijks evalueren. Die evaluatiemomenten zijn belangrijk om een ieder de mogelijkheid te bieden om aan te geven wat hij of zij voor sterke- en/of zwakke punten ervaart met betrekking tot het werken met de Lastmeter. Tevens kan men eventuele verbeterpunten noteren of zelfs direct in gang zetten. Deze evaluatiemomenten kunnen in een teamvergadering/scholing plaatsvinden, maar omdat het evalueren meerdere keren voorkomt kan dit ook plaatsvinden in de dag-evaluatie op de afdeling.

Een andere aanbeveling is samenwerking met de polikliniek. Voor een goede samenwerking moet de richtlijn voor zowel de afdeling als de polikliniek toereikend zijn. Aanbevolen wordt om de Lastmeter te digitaliseren en deze te integreren in 'Pharos' (het computerprogramma waar tot op heden mee gewerkt wordt), zodat de Lastmeter digitaal ingevoerd kan worden en vanaf iedere plaats in het ziekenhuis, voor iedere zorgverlener die bij de patiënt betrokken is, toegankelijk is. Zo is het voor iedere zorgverlener inzichtelijk wanneer de Lastmeter voor het laatst is afgenomen en wordt een

dubbele afname voorkomen. Voor een goede samenwerking is het ook nodig om te vergaderen met aandachtsvelders en leidinggevendenden gericht op dit onderwerp vanuit de poliklinische en klinische setting. In die vergadering is het vooral belangrijk om knelpunten en verbeterpunten te bespreken. De vergadering kan plaatsvinden in één van de vergaderruimtes in het ziekenhuis.

5.5 Aanbevelingen voor de opleiding

Uit dit onderzoek blijkt dat de meerderheid van stagiaires en leerling-verpleegkundigen onbekend is met de Lastmeter. Uit de literatuur is gebleken dat de Lastmeter hulp kan bieden om ingang te verkrijgen bij de patiënt. Aangezien het verlenen van psychosociale zorg valt onder het takenpakket van een verpleegkundige wordt aanbevolen om de Lastmeter op te nemen in de opleiding. Deze zou bijvoorbeeld in de cursus sociale vaardigheden geïntegreerd kunnen worden. In de cursus sociale vaardigheden worden er verschillende soorten gesprekstechnieken besproken. Op het moment dat “het EVA-model” besproken wordt, kan de Lastmeter gepresenteerd worden. Er wordt aanbevolen om het doel van de Lastmeter te bespreken met behulp van een theoretische onderbouwing. Vervolgens kan er een casus uitgedeeld of opgesteld worden en daarna kan er in tweetallen of met behulp van een simulatiepatiënt geoefend worden met het afnemen van de Lastmeter. De ene student speelt de rol van patiënt de andere student speelt de rol van verpleegkundige.

5.6 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een aanbeveling voor verder onderzoek kan bestaan uit een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten met betrekking tot de Lastmeter. Het is interessant om de ervaringen van patiënten te horen die in aanraking zijn geweest met de Lastmeter. Uit één van de interviews bleek namelijk dat patiënten vaak het nut er niet van in zien, “*weer zo’n lijstje invullen zeggen ze dan*”. Er kan onderzocht worden in hoeverre de Lastmeter effectief is voor de patiënten met als uitgangspunt de ervaringen van de patiënten. Dit onderzoek kan bijvoorbeeld uitgevoerd worden onder patiënten die op controle komen op de polikliniek. Er zouden vijf tot zeven patiënten geïnterviewd kunnen worden na toestemming vanuit het ziekenhuis en van de patiënt.

Een andere aanbeveling is vervolgonderzoek op de afdeling chirurgie/oncologie. Dit gedane onderzoek kan beschouwd worden als een 0-meting. Vervolgens kan er na een periode werken met de Lastmeter, bijvoorbeeld aan het eind van een experimentele periode, opnieuw onderzoek gedaan worden op de afdeling vóórdat de Lastmeter geïmplementeerd wordt. Het is nuttig om knelpunten en verbeterpunten aan te tonen met als doel dat de innovatie niet verzand, maar succesvol geïmplementeerd wordt. Ook met het oog op de landelijke implementatie (na autorisatie in de tweede helft 2016) van de gereviseerde richtlijn ‘Detecteren behoefte psychosociale zorg’ waarin de Lastmeter is opgenomen als ‘aanbevolen’ signaleringsinstrument (IKNL, 2015). Hierbij is het belangrijk om te streven naar 100% respons vanwege de kleine populatie. Iedereen die werkzaam is op de afdeling chirurgie/oncologie en direct in contact staat met de patiënt kan benaderd worden, omdat aangenomen kan worden dat de Lastmeter voor iedereen bekend is na de experimentele periode. Aanbevolen wordt om de enquête te digitaliseren en in te stellen dat antwoorden verplicht is, om door te gaan naar de volgende vraag. Dit om missings te voorkomen.

Bronnenlijst

- Bannink, M. (2010). Instrument voor detecteren psychosociale zorgbehoefte. *Pallium*, 12(3), 14-15.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). *Levensverwachting*. Geraadpleegd op 29 januari 2016, op <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37360ned&D1=a&D2=a&D3=0-1,11,21,31,41,51,66&D4=0,10,20,30,40,50,56-l&HD=090710-1550&HDR=G1,T&STB=G2,G3>
- Driessens, O., Walrave, M., & de Bie, M. D. (2007). *De adoptiebereidheid van een elektronisch patiëntendossier bij Vlaamse internetgebruikers*. Antwerpen, België: Universiteit Antwerpen
- Garssen, B., de Kok, E., Kruijver, I., Kuiper, B., Honing, C., & Visser, A. (2008). Het gebruik van signaleringslijsten voor psychosociale problemen in de oncologie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86(5), 269-274.
- Gommer, A., & Poos, M. (2015). *Incidentie en prevalentie*. Geraadpleegd op <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/cijfers-context/incidentie-en-prevalentie#node-incidentie-naar-leeftijd-en-geslacht>
- Grol, R., & Wensing, M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (Herz. Ed.). Maarssen, Nederland: Elsevier gezondheidszorg.
- Haes, H. de., van Weezel, L. G., Sanderma, R. (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: Handboek voor de professional*. Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- Hertog-Voortman, R. den., Lintel-Hekkert, M. te., & Cusveller, B. (2013). Het gebruik van de 'Lastmeter' in de eerste lijn. *Psychosociale Oncologie*, 21(3), 8-9.
- Hesselink, J. (2011). *Zo maak je een verpleegplan*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Hoencamp, E., Haffmans, J., & van Loon, J. (2012). *Psychiatrie een inleiding* (8th ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.
- Integraal Kankercentrum Nederland, Oncoline richtlijnen oncologische zorg. (2010). *Detecteren behoefte psychosociale zorg*. Geraadpleegd op <http://www.oncoline.nl/detecteren-behoefte-psychosociale-zorg>
- Integraal Kankercentrum Nederland. (2015). *Psychosociale zorg onlosmakelijk onderdeel oncologisch behandeltraject*. Geraadpleegd op <http://www.iknl.nl/oncologische-zorg/nieuws/nieuws-detail/2015/11/02/psychosociale-zorg-onlosmakelijk-onderdeel-oncologisch-behandeltraject>
- KWF Kankerbestrijding. (2015). *Psychosociale zorg*. Geraadpleegd op <https://www.kwf.nl/Pages/default.aspx>

- Laarhoven, H. W. M. van. (2013). Distress opnieuw bekeken: Een exploratief onderzoek vanuit de religiewetenschappen en medische wetenschappen. *Nederlands Tijdschrift voor Oncologie*, 10(5), 213-215.
- Linge, R. van. (2006). *Innoveren in de gezondheidszorg: Theorie, praktijk en onderzoek*. Maarssen, Nederland: Elsevier gezondheidszorg.
- Martini, F. H., & Bartholomew, E. F. (2012). *Anatomie en fysiologie: Een inleiding* (5th ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux.
- Mitchell, A.J. (2013). Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful. *Acta Oncologica* 52, 216-224.
- Moolenburgh, W. (2007). Adoptie en diffusie van innovaties: Everett Rogers. *Management tools*, 3, 12-13.
- Pirl, W.F., Fann, J.R., Greer, J.A., Braun, I., Deshield, T., Fulcher, C., Harvey, E., Holland, J., Kennedy, V., Lazenby, M., Wagner, L., Underhill, M., Walker, D.K., Zabora, J., Zebrack, B. & Bardwell, W.A. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. *Cancer*, 120(19), 2946-2954.
- Plouffe, C., Hulland, J., & Vandenbosch, M. (2001). *Research report: Richness versus parsimony in modeling technology adoption decisions- Understanding merchant adoption of a smart card based payment system*.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York, NY: Free Press
- Tuinman, M. A., Gazendam-Donofrio, S. M., & Hoekstra-Weebers, J. (2008). Screening and Referral for Psychosocial Distress in Oncologic Practice: Use of the Distress Thermometer. *Cancer*, 113(4), 870-878.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag, Nederland: Boom Lemma uitgevers.
- Werkgroep 'psychosociale zorg bij somatische aandoeningen'. (2015). *Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bijlage I: de Lastmeter

Lastmeter



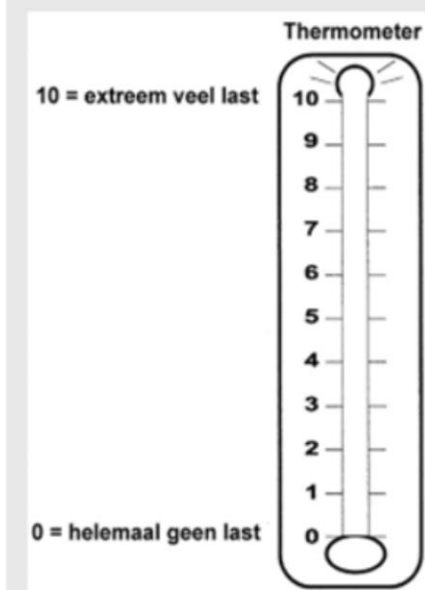
De Lastmeter

Invuldatum: * * (dag-maand-jaar)

Hoeveel last hebt u van problemen, klachten, zorgen?

Vul eerst onderstaande thermometer in.

Omcirkel het nummer op onderstaande thermometer dat het best samenvat hoeveel last u de afgelopen week (inclusief vandaag) hebt gehad op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied.



© IKNL 2008

Probleemlijst

Wilt u voor onderstaande gebieden aangeven of u de afgelopen week (inclusief vandaag) hier moeite mee hebt gehad of problemen bij hebt ervaren. Wilt u elke vraag beantwoorden?

Ja	Nee	
		Praktische problemen
☐	☐	zorg voor kinderen
☐	☐	wonen / huisvesting
☐	☐	huishouden
☐	☐	vervoer
☐	☐	werk / school / studie
☐	☐	financiën
☐	☐	verzekering
		Gezins- / sociale problemen
☐	☐	omgang met partner
☐	☐	omgang met kinderen
☐	☐	omgang met familie / vrienden
		Emotionele problemen
☐	☐	greep hebben op emoties
☐	☐	herinneren van dingen
☐	☐	zelfvertrouwen
☐	☐	angsten
☐	☐	neerslachtigheid / somberheid
☐	☐	spanning
☐	☐	eenzaamheid
☐	☐	concentratie
☐	☐	schuldgevoel
☐	☐	controleverlies
		Religieuze/spirituele problemen
☐	☐	zin van het leven / levensbeschouwing
☐	☐	vertrouwen in God / geloof

Ja	Nee	Lichamelijke problemen
☐	☐	uiterlijk
☐	☐	veranderde urine – uitscheiding
☐	☐	verstopping / obstipatie
☐	☐	diarree
☐	☐	eten
☐	☐	opgezwollen gevoel
☐	☐	koorts
☐	☐	mondslijmvlies
☐	☐	misselijkheid
☐	☐	droge, verstopte neus
☐	☐	pijn
☐	☐	seksualiteit
☐	☐	droge, jeukerige huid
☐	☐	slaap
☐	☐	benauwdheid
☐	☐	duizeligheid
☐	☐	praten
☐	☐	smaakvermogen
☐	☐	veranderingen in gewicht
☐	☐	tintelingen in handen / voeten
☐	☐	wassen / aanraken
☐	☐	dagelijkse bezigheden
☐	☐	moeheid
☐	☐	conditie
☐	☐	spierkracht

Andere problemen

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?

☐ ja ☐ misschien ☐ nee

Zo ja, met wie?

☐ verpleegkundige ☐ geestelijk verzorger
☐ diëtist ☐ psycholoog
☐ fysiotherapeut ☐ lotgenoten
☐ maatschappelijk werker ☐ iemand anders

Bijlage II: schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Nadat de opleiding fase 1B heeft goedgekeurd dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in het onderzoeksvoorstel (fase 1B).

Door dit formulier te ondertekenen wordt er toestemming gegeven aan **Adriana Bouwman** om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de genoemde instelling zoals beschreven in de onderzoeksopzet van fase 1B.

Naam instelling : **Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis**

Naam begeleider/contactpersoon : **Mirjam Adriaanse**

Functie begeleider/contactpersoon : **Opleidingsfunctionaris**

Adres : **Stationsweg 22**

Postcode en Plaats : **3247 BW Dirksland**

E-mail begeleider/contactpersoon : **m.adriaanse@curamare.nl**

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum

04-01-2016

Plaats

Dirksland

Handtekening



MD Adriaanse

Opleidingsfunctionaris

Bijlage III: begeleidende brief + enquête

Beste collega,

U ontvangt deze enquête, omdat u één van de zorgprofessionals bent op de afdeling chirurgie/oncologie binnen Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland.

Mijn naam is Adriana Bouwman. Ik studeer Bachelor verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen. Momenteel ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek, dat in het kader staat van de Lastmeter. Het doel van dit onderzoek is om te inventariseren hoe de adoptiebereidheid is, ten opzichte van het implementeren van de Lastmeter op de afdeling. Adoptiebereidheid is een maat die laat zien of een innovatie (de Lastmeter) geaccepteerd wordt en of er mee gewerkt zal gaan worden in de praktijk.

Via deze weg wil ik u vragen deel te nemen aan mijn onderzoek. De enquête bestaat uit 4 algemene vragen, daarna volgen er 20 stellingen en als laatste is er een mogelijkheid om tips en/of ideeën te geven over de implementatie van de Lastmeter op de afdeling chirurgie/oncologie binnen Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis. De enquête zal ongeveer 5 à 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. Om uw privacy te beschermen wordt de enquête anoniem verwerkt. De gegevens worden alleen gebruikt voor het hierboven genoemde onderzoek en zullen na afronding van het onderzoek vernietigd worden.

U zou mij ontzettend helpen met het invullen van deze enquête, vóór uiterlijk 2 maart 2016. Het invullen van deze enquête staat gelijk aan de toestemming voor deelname. De ingevulde enquête mag u inleveren via de daarvoor bestemde box in de zusterpost op afdeling chirurgie/oncologie.

Heeft u nog vragen? Dan ben ik te bereiken op onderstaand e-mailadres.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Adriana Bouwman
bouw0026@hz.nl

Enquête:

Algemene gegevens:

1. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
☐ Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

3. Wat is uw huidige functie?

- ☐ Stagiaire
☐ Leerling-verpleegkundige
☐ Verpleegassistent
☐ Mbo-verpleegkundige
☐ Hbo-verpleegkundige
☐ Anders, nl

4. Kruis aan wat voor u van toepassing is:

- ☐ De Lastmeter is bekend voor mij
☐ De Lastmeter is geheel onbekend voor mij

Indien de Lastmeter voor u geheel onbekend is, vraag ik u als nog de gehele enquête in te vullen!

Stellingen

Stellingen		Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Helemaal mee oneens
5.	Ik denk dat er eenduidiger gewerkt zal worden door het gebruik van <i>de Lastmeter</i>					
6.	Door te werken met <i>de Lastmeter</i> worden gegevens rond de patiëntenzorg efficiënter bijgehouden					
7.	Het gebruik van <i>de Lastmeter</i> zal het bijhouden van patiëntengegevens vergemakkelijken.					
8.	Het gebruik van <i>de Lastmeter</i> past bij de manier waarop ik graag werk					
9.	Het gebruik van <i>de Lastmeter</i> past bij hoe ik patiëntengegevens bij wens te houden					
10.	De manier van werken met <i>de Lastmeter</i> is voor mij gemakkelijk te begrijpen					
11.	Het werken met <i>de Lastmeter</i> is eenvoudig					
12.	Ik heb voldoende kans gehad om te oefenen					

	met <i>de Lastmeter</i>					
13.	Ik heb voldoende geoefend met <i>de Lastmeter</i>					
14.	Ik denk dat <i>de Lastmeter</i> een waardevolle toepassing is					
15.	<i>De Lastmeter</i> is nuttig					
16.	De inhoud van <i>de Lastmeter</i> is belangrijk voor mij					
17.	De meningen van collega's rond <i>de Lastmeter</i> zijn belangrijk voor mij					
18.	<i>De Lastmeter</i> verhoogt de kwaliteit van zorg					
19.	Ik voel me betrokken bij de ontwikkeling van <i>de Lastmeter</i>					
20.	Ik heb de mogelijkheid gehad om aanpassingen/feedback (door) te geven over <i>de Lastmeter</i>					
21.	Het werken met <i>de Lastmeter</i> verloopt op een duidelijke en begrijpelijke manier					
22.	Over het algemeen vind ik het gebruik van <i>de Lastmeter</i> gemakkelijk					
23.	De informatievoorziening rondom gebruik van <i>de Lastmeter</i> is voldoende geweest					
24.	Ik ben voldoende begeleid om met <i>de Lastmeter</i> te leren werken					

Heeft u afsluitend nog tips of ideeën hoe de Lastmeter het beste geïmplementeerd kan worden binnen Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis; afdeling chirurgie/oncologie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Heeft u vragen over het onderzoek of over de enquête, dan kunt u contact opnemen met Adriana Bouwman via het volgende e-mail adres; bouw0026@hz.nl

Hartelijk bedankt voor het invullen van de enquête!

Bijlage IV: topiclijst

Voordat er gestart wordt met het afnemen van het interview geeft de onderzoeker een korte introductie waarin de centrale onderzoeksvraag en deelvragen benoemd worden. Tevens wordt benoemd dat dit interview opgenomen wordt en vraagt de onderzoeker of de respondent hier bezwaar tegen heeft. Vervolgens wordt er een beknopte analyse van onderzoeksresultaten uit het kwantitatieve deel van dit onderzoek inzichtelijk gemaakt voor de respondent. Daarna wordt er gestart met het interview.

Centrale onderzoeksvraag:

Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis en wat is er nodig om de implementatie ervan succesvol te laten verlopen?

Deelvragen:

1. Hoe is de adoptiebereidheid van de zorgprofessionals ten aanzien van het implementeren van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis?
2. Wat is er nodig voor een succesvolle implementatie van de Lastmeter in de klinische setting op de afdeling chirurgie/oncologie binnen het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis?

Opening

1. De Lastmeter op afdeling chirurgie/oncologie.

- Uit de kwantitatieve analyse is gebleken dat de meerderheid positief gestemd is over het gebruik van de Lastmeter op de afdeling chirurgie/oncologie. Hoe denkt u daar zelf over?
- Wat is volgens u nodig om de lastmeter succesvol te implementeren op de afdeling chirurgie/oncologie?
 - Op wat voor manier de Lastmeter opnemen?
- Testbaarheid

2. Voor & nadelen

- Wat zijn in uw ogen de voor en nadelen?
- Faciliteren in tijd
 - Visie → kernwaarden → deskundigheid, gastvrijheid, compassie en vertrouwen
- Draagvlak
 - Problemen bij verwijzing
 - gebrek aan ervaringskennis?
- Structuur
 - Eenduidig werken
 - Gestructureerd gesprek
- Doorverwijzingsmogelijkheden
 - Expertise beschikbaar?
 - Drempel verhoogd of verlaagd door het gebruik van de Lastmeter?

Afsluiting

Ter afsluiting vraagt de onderzoeker of de respondent nog tips/aanbevelingen heeft en of de respondent verder nog iets kwijt wil over het betreffende onderwerp. Vervolgens wordt benoemd dat de respondent altijd nog mailen wanneer hij/zij denkt nog informatie te hebben voor het onderzoek. De respondent wordt bedankt voor de tijd en de medewerking aan het onderzoek.

Bijlage V: tips/ideeën van respondenten

Respondent	Heeft u afsluitend nog tips of ideeën hoe de Lastmeter het beste geïmplementeerd kan worden binnen Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis; afdeling chirurgie/oncologie?
5	In ieder geval goede voorlichting geven en een duidelijke richtlijn opstellen voor het gebruik; hoe, wanneer, door wie? Daarna goed evalueren en evt. plan bijstellen.
6	Zorg voor een goed en duidelijk implementatieplan waarbij er specifiek gelet wordt op borging, zodat integratie behouden blijft. Tip: de enquête is niet gericht op implementatie, een groot gedeelte zijn toepassingsvragen, welke niet het doel behartigen om voorbereidend onderzoek te doen.
7	De Lastmeter wordt bij de mammacare patiënt al ingevuld. Ook wordt deze op interne C ingevuld en op de uropoli. Vaak zijn de patiënten die op chirurgie/oncologie komen al hier langs geweest.
8	Geef er een klinische les over aan degene die het niet weten. Zelf weet ik er nog niks vanaf, nog niet op school gehad.
9	Ik heb geen tips of ideeën voor de Lastmeter, omdat ik hiervoor er nog nooit van heb gehoord en ik heb er dus ook nog niet mee gewerkt.
11	Wat meer bekend maken op de afdeling, ik ken het voornamelijk van school en klasgenoten.
12	Invoeren: bij anamnese gelijk Lastmeter geven en in laten vullen. Kan er gelijk actie ondernomen worden.
13	Geen tip; ben benieuwd wanneer ik ook de Lastmeter in moet gaan vullen.
15	Mijn functie is verpleegassistent en zal niet met de Lastmeter kunnen/mogen werken, maar het lijkt mij wel nuttig.
16	Klinische les gevolg. Verder nog niet mee gewerkt.
17	Implementeer via een model.
18	Ik denk dat het invullen van statische vragenlijsten over heel persoonlijke problemen geen recht doet aan de problematiek van cliënten. Een persoonlijk gesprek met een verpleegkundige met de Lastmeter als rode lijn zou ik veel beter vinden. Zo kunnen cliënten persoonlijk hun problemen toelichten en zal er veel meer informatie beschikbaar komen dan wanneer een vragenlijstje wordt ingevuld.
19	- Team overleg - Weekmail - Uitleg op prikboard

20	Is voor deze afdeling vaak niet handig. Neemt veel tijd in beslag wanneer je het goed wilt doen.
21	Opmerking: de Lastmeter is wel bekend voor mij, maar heb er hier nog niet mee gewerkt.
23	In vullen voor ontslag → dan weet je waar je staat en wat de klachten zijn.
24	De Lastmeter is voor de afdeling niet / bijna niet haalbaar om in te vullen. Patiënten zijn vaak te ziek en de verpleging te druk. Wat moet je soms met de informatie die je krijgt? Wat kun je er mee? Wat kan je er voor doen? Bij psychische patiënten en bij opname die voor langere tijd blijft, bijvoorbeeld: revalidatie / verpleeghuis opname, misschien nuttiger.
26	Klinische les organiseren over de Lastmeter.

Bijlage VI: codeboek

Nummer van vraag in enquête	Nummer variabele in SPSS	Variabelenaam	Label	Codering	Meet-niveau
x	1	Respnr	Respondentnummer	Nummers	Nominaal
1	2	Geslacht	Wat is uw geslacht?	1 = Man 2 = Vrouw 999 = Missing	Nominaal
2	3	Leeftijd	Wat is uw leeftijd?	999 = Missing	Scale
3	4	Huidige_functie	Wat is uw huidige functie?	1 = Stagiaire 2 = Leerling-verpleegkundige 3 = Verpleegassistent 4 = Mbo-verpleegkundige 5 = Hbo-verpleegkundige 6 = Anders, nl... 999 = Missing	Ordinaal
4	5	Bekend_Onbekend	Kruis aan wat voor u van toepassing is	1 = De Lastmeter is bekend voor mij 2 = De Lastmeter is geheel onbekend voor mij 999 = Missing	Nominaal
5	6	Lastmeter_5	Ik denk dat er eenduidiger gewerkt zal worden door het gebruik van de Lastmeter	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
6	7	Lastmeter_6	Door te werken met de Lastmeter worden gegevens rond de patiëntenzorg efficiënter bijgehouden	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
7	8	Lastmeter_7	Het gebruik van de Lastmeter zal het bijhouden van patiëntgegevens vergemakkelijken.	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
8	9	Lastmeter_8	Het gebruik van de Lastmeter past bij de manier waarop ik graag werk.	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
9	10	Lastmeter_9	Het gebruik van de Lastmeter past bij hoe ik patiëntgegevens bij wens te houden	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
10	11	Lastmeter_10	De manier van werken met de Lastmeter is voor mij gemakkelijk te begrijpen	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
11	12	Lastmeter_11	Het werken met de Lastmeter is eenvoudig	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens	Ordinaal

				4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	
12	13	Lastmeter_12	Ik heb voldoende kans gehad om te oefenen met de Lastmeter	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
13	14	Lastmeter_13	Ik heb voldoende geoefend met de Lastmeter	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
14	15	Lastmeter_14	Ik denk dat de Lastmeter een waardevolle toepassing is.	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
15	16	Lastmeter_15	De Lastmeter is nuttig	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
16	17	Lastmeter_16	De inhoud van de Lastmeter is belangrijk voor mij	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
17	18	Lastmeter_17	De meningen van collega's rond de Lastmeter zijn belangrijk voor mij	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
18	19	Lastmeter_18	De Lastmeter verhoogt de kwaliteit van zorg	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
19	20	Lastmeter_19	Ik voel me betrokken bij de ontwikkeling van de Lastmeter	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
20	21	Lastmeter_20	Ik heb de mogelijkheid gehad om aanpassingen/feedback (door) te geven over de Lastmeter	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
21	22	Lastmeter_21	Het werken met de Lastmeter verloopt op een duidelijke en begrijpelijke manier	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal

22	23	Lastmeter_22	Over het algemeen vind ik het gebruik van de Lastmeter gemakkelijk	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
23	24	Lastmeter_23	De informatievoorziening rondom gebruik van de Lastmeter is voldoende geweest	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
24	25	Lastmeter_24	Ik ben voldoende begeleid om met de Lastmeter te leren werken	1 = Helemaal mee oneens 2 = Mee oneens 3 = Niet eens/niet oneens 4 = Mee eens 5 = Helemaal mee eens 999 = Missing	Ordinaal
25	26	Lastmeter_25	Heeft u afsluitend nog tips of ideeën hoe de Lastmeter het beste geïmplementeerd kan worden binnen Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis; afdeling chirurgie/oncologie?	Mening	Ordinaal

Bijlage VII: variable view SPSS 23.0

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help											
	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Resprnr	Numeric	2	0	Respondentnu...	None	None	8	Right	Nominal	Input
2	Geslacht	Numeric	2	0	Geslacht	{1, Man}...	999	8	Right	Nominal	Input
3	Leeftijd	Numeric	8	0	Leeftijd	None	999	8	Right	Scale	Input
4	Huidige_fun...	Numeric	8	0	Wat is uw huidi...	{1, Stagiaire...	999	8	Right	Ordinal	Input
5	Bekend_On...	Numeric	8	0	Kruis aan wat v...	{1, De Last...	999	8	Right	Nominal	Input
6	Lastmeter_5	Numeric	8	0	Ik denk dat er e...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
7	Lastmeter_6	Numeric	8	0	Door te werken ...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
8	Lastmeter_7	Numeric	8	0	Het gebruik van...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
9	Lastmeter_8	Numeric	8	0	Het gebruik van...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
10	Lastmeter_9	Numeric	8	0	Het gebruik van...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
11	Lastmeter_10	Numeric	8	0	De manier van ...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
12	Lastmeter_11	Numeric	8	0	Het werken met...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
13	Lastmeter_12	Numeric	8	0	Ik heb voldoende...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
14	Lastmeter_13	Numeric	8	0	Ik heb voldoende...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
15	Lastmeter_14	Numeric	8	0	Ik denk dat de ...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
16	Lastmeter_15	Numeric	8	0	De Lastmeter i...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
17	Lastmeter_16	Numeric	8	0	De inhoud van ...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
18	Lastmeter_17	Numeric	8	0	De meningen v...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
19	Lastmeter_18	Numeric	8	0	De Lastmeter v...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
20	Lastmeter_19	Numeric	8	0	Ik voel me betro...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
21	Lastmeter_20	Numeric	8	0	Ik heb de moge...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
22	Lastmeter_21	Numeric	8	0	Het werken met...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
23	Lastmeter_22	Numeric	8	0	Over het algem...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
24	Lastmeter_23	Numeric	8	0	De informatievo...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
25	Lastmeter_24	Numeric	8	0	Ik ben voldoende...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
26	Tips_25	String	500	0	Heeft u afsluite...	None	None	8	Right	Ordinal	Input
1											
Data View Variable View											
IBM SPSS Statistics F											

Afstudeeronderzoek Adriana Bouwman - 00064404

Pagina | 54

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Visible: 26 of 26 Variables

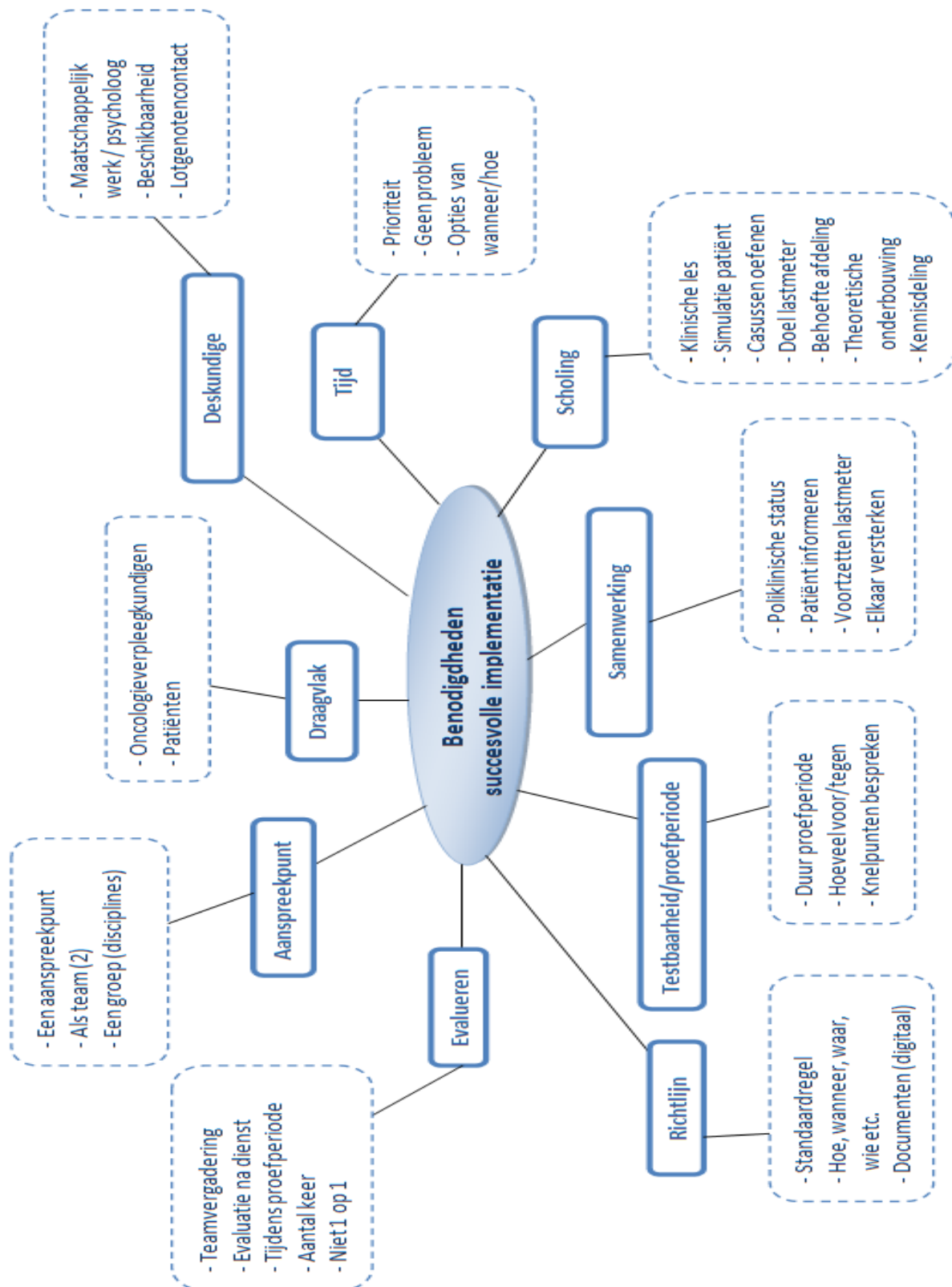
	Lastmeter_...	Lastmeter_...	Lastmeter_...	Lastmeter_...	Lastmeter_...	Lastmeter_...	Lastmeter_...	Lastmeter_...	Lastmeter_...	Tips_25	var	var	var	var
1	4	5	4	4	3	3	3	4	2	1				
2	4	4	3	4	4	2	2	4	4	4				
3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4				
4	4	4	3	3	4	3	3	5	5	5				
5	4	4	4	4	1	1	3	4	2	2 In ieder gev...				
6	3	2	2	3	3	3	3	3	4	4 Zorg voor e...				
7	4	4	3	4	3	2	3	5	4	5 De Lastme...				
8	4	4	3	4	2	2	4	999	4	2 Geef er ee...				
9	4	3	5	4	2	1	3	3	2	1 Ik heb gee...				
10	5	5	5	5	2	3	4	5	5	5				
11	5	5	4	5	3	2	5	999	3	3 Wat meer ...				
12	5	4	4	5	4	1	3	5	5	5 Invoeren: bi...				
13	3	3	3	4	3	1	1	1	1	1 Geen tip; b...				
14	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4				
15	4	999	999	4	999	999	999	999	999	999				
16	4	4	3	4	4	999	4	4	4	999 Klinische l...				
17	4	4	3	4	3	3	3	4	3	3 Implement...				
18	2	4	4	2	2	2	3	4	3	2 Ik denk dat...				
19	4	4	3	4	2	1	1	1	1	1 Teamoverle...				
20	4	3	2	4	3	2	4	4	2	4 Is voor dez...				
21	4	4	3	4	1	1	2	3	2	2 De Lastme...				
22	4	4	3	4	3	3	3	999	2	2				

Variable View

Data View

IBM SPSS Statistics Processor is ready Unicode: OFF

Bijlage IX: mindmap



Bijlage X: cronbach's alpha tabellen

Subschaal: 'relatief voordeel'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,862	,863	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ik denk dat er eenduidiger gewerkt zal worden door het gebruik van de Lastmeter	7,27	3,444	,678	,490	,861
Door te werken met de Lastmeter worden gegevens rond de patiëntenzorg efficiënter bijgehouden	7,20	2,579	,829	,693	,722
Het gebruik van de Lastmeter zal het bijhouden van patiëntgegevens vergemakkelijken	7,47	3,361	,731	,591	,817

Subschaal: 'compatibiliteit'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,815	,815	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Het gebruik van de Lastmeter past bij de manier waarop ik graag werk	3,59	,537	,687	,472	.
Het gebruik van de Lastmeter past bij hoe ik patiëntengegevens bij wens te houden	3,45	,542	,687	,472	.

Subschaal: 'complexiteit'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,840	,841	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
De manier van werken met de Lastmeter is voor mij gemakkelijk te begrijpen	3,83	,557	,726	,527	.
Het werken met de Lastmeter is eenvoudig	4,07	,616	,726	,527	.

Subschaal: 'testbaarheid'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,984	,984	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ik heb voldoende kans gehad om te oefenen met de Lastmeter	2,67	2,023	,968	,938	.
Ik heb voldoende geoefend met de Lastmeter	2,73	2,133	,968	,938	.

Subschaal: 'gepercipieerd nut'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,875	,879	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ik denk dat de Lastmeter een waardevolle toepassing is	14,86	6,052	,809	,773	,823
De Lastmeter is nuttig	14,83	6,719	,761	,729	,841
De inhoud van de Lastmeter is belangrijk voor mij	14,93	6,638	,647	,442	,862
De meningen van collega's rond de Lastmeter zijn belangrijk voor mij	15,38	6,744	,539	,377	,890
De Lastmeter verhoogt de kwaliteit van zorg	14,76	5,690	,809	,727	,822

Subschaal: 'gepercipieerd gebruikersgemak'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,849	,850	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ik voel me betrokken bij de ontwikkeling van de Lastmeter	14,72	19,627	,512	,341	,845
Ik heb de mogelijkheid gehad om aanpassingen/feedback (door) te geven over de Lastmeter	15,40	19,750	,461	,303	,853
Het werken met de Lastmeter verloopt op een duidelijke manier en begrijpelijke manier	14,68	19,393	,603	,599	,833
Over het algemeen vind ik het gebruik van de Lastmeter gemakkelijk	13,80	17,167	,715	,674	,809
De informatievoorziening rondom gebruik van de Lastmeter is voldoende geweest	14,60	15,083	,818	,777	,784
Ik ben voldoende begeleid om met de Lastmeter te leren werken	14,60	14,167	,749	,737	,806

Bijlage XI: uitwerking interview één

Gegevens:

Interview nummer: 1

Respondent: A

Duur opgenomen tekst: 15:00 minuten

Duur interview totaal: 25 minuten

Dikgedrukte tekst: interviewer

Normale tekst: respondent

Fragment Introductie

Nou welkom bij dit interview. Als eerste wil ik u vragen heeft u er bezwaar tegen dat het opgenomen wordt of? Nee hoor dat is prima. **Prima, oké. Nou dit interview heeft betrekking op de adoptiebereidheid van de Lastmeter op afdeling chirurgie/oncologie. Bent u bekend of onbekend met de Lastmeter?** Uhh.. gedeeltelijk bekend. Ik heb er wel eens van gehoord, maar nog nooit mee gewerkt. **Oké, dus u heeft het wel uhh.. ja u weet er wel wat meer over maar nog niet uit uh de praktijk zeg maar.** Nog niet uit de praktijk inderdaad, wel een scholing gehad en uhm... van andere collega's er over gehoord. **Ja ja...** En verder geen praktijkervaring. **Nee, oké. Heeft u verder vragen op dit moment?** Nee hoor. **Nee, nou dan gaan we starten. Dan wil ik u eerst vragen om uzelf eerst even kort te introduceren.** Ik ben uh *respondent A*, sinds uh.. acht jaar hbo-verpleegkundige op de uh.. afdeling chirurgie/oncologie en uhm.. ja, wat wil je nog meer weten? **Uhm.. hoe oud bent u?** 28. **Oké, heeft u hiervoor uhm.. nog andere banen gehad of gewerkt of gelijk hier gestart?** Gelijk hier gestart. **Oké. Ja. Ook de opleiding hier in het ziekenhuis gedaan of?** Het laatste jaar. **Ja ja...** Op de interne vloer en toen na mijn diplomering op chirurgie begonnen. **Ja, oké. Wel een verschil intern en chirurgie.** Ja ik vond het vooral lastig inderdaad dat je dan als pas gediplomeerde op een nieuwe afdeling komt. Dan verwachten ze toch eigenlijk dat je alles weet en dat je als hbo-er aan de slag gaat en dat je dan uh toch ook nog heel veel moet leren. **Ja. Ja ja.. Oké en ik begrijp dus ook dat u op de andere afdeling geen uh.. niet met de Lastmeter heeft gewerkt of?** Nee. **Of tegengekomen bent.** Nee, ik ben m eigenlijk pas goed tegengekomen tijdens de uhm.. oncologieopleiding, scholing, cursus, op het Albeda en dat was vorig jaar. **Ja ja... Ja. En uhm.. gaven ze daar ook uitgebreid les over of?** Daar is een hele les aan uh.. gewijd. Ja, dus dat was een hele avond van uhm drie uur. **Oké?** Ja. **O dus ze besteden daar ook wel aandacht aan op de opleiding.** Ja zeker, ja. Het kwam ook regelmatig terug in de andere lessen toen. **Kijk dat is ook mooi, ja. Ja. Dan ben je er toch al wat bekend mee. Ja. Ja.**

Fragment 1.1 Mening over de Lastmeter

Nou zoals we van te voren hebben gekeken naar de uh.. kwantitatieve analyse is gebleken dat de meerderheid positief gestemd is over de Lastmeter en het gebruik van de Lastmeter op de afdeling. Hoe denkt u daar zelf over? Ik uhm... uh.. hoe ik er zelf tegenover sta? **Ja.. ja.** Uhm.. nou ik denk ook zeker wel dat er behoefte is aan een uhm.. aan uh structuur om die uhm.. om die psychosociale kant in kaart te brengen en die ook goed te kunnen bespreken met de patiënten. **Ja ja... Dus als ik dat goed begrijp bent u wel een voorstander om de Lastmeter te gebruiken op afdeling?** Ja, zeker wel. **Oké.**

Fragment 1.2 Benodigdheden succesvolle implementatie

En uh.. wat is volgens u nodig om de Lastmeter tot succes uh.. om succesvol te implementeren op de afdeling? Uhm.. ja sowieso is het nodig dat er echt genoeg draagvlak bestaat denk ik en uit je enquête blijkt eigenlijk wel dat dat er voldoende is zo. Maar vooral ook uhm.. ja extra tijd om het goed te kunnen implementeren. Dus vooral... tijd voor scholing om de documenten goed op te zetten, overzichtelijk, dat het werkbaar is. Eventueel een protocol of handleiding erbij gemaakt, waar

alles overzichtelijk staat opgeschreven. En... het moet ook ergens in geïntegreerd zijn denk ik dus bijvoorbeeld in een zorgpad, als het daar gewoon in terug komt. **Ja.** Dan is het ook makkelijker om het op te pikken. **Ja ja...** Ja dat het niet verzand in een uh.. uh ja wanneer ga ik het nu doen en dan.. ja dan komt het er vaak niet van. **Ja, ik begrijp het.** **Ja. Ga ik nog heel even terug hoor, wat bedoelt u met uhm voldoende draagvlak?** Dat er genoeg mensen zijn die het, die voorstander zijn. **Ja ja.. oké.** **En uhm.. u zij dat dat bijvoorbeeld in een zorgpad uh.. opgenomen wordt. Heeft u dan ook idee om het uhm... bijvoorbeeld bij een anamnese hoe staat u daar tegenover?** Ja bij een anamnese vind ik zelf lastig, op zich lijkt dat wel logisch omdat je dan gelijk een beeld hebt van iemand, maar zelf zou ik het makkelijker vinden om het te doen als iemand al iets langer is opgenomen, omdat uh bij de anamnese neem je af als iemand boven komt, vaak zijn ze dan moe of best ziek, té ziek soms om die Lastmeter gelijk in te vullen. **Hmmhmm.. Oké.** Dat je dan eigenlijk een ander rustmoment creëert om die Lastmeter te bespreken. **Ja, dus eigenlijk meer richting het ontslag?** Ja... of in ieder geval in de loop van de opname. Eventueel kan het ook de tweede dag zijn, dat je nog tijd hebt om er iets aan te doen of er mee aan de slag te gaan, maar ik denk niet tijdens de anamnese. **Nee, oké.** **En uhm... denkt u dat het nodig is dat iemand uh die taak op zich neemt om dat op te zetten of echt in teamverband bespreken?** Uh.. nee ik denk eigenlijk dat het goed is als één iemand echt een kartrekker wordt en anderen enthousiast meert en meeneemt, dat er echt een vast aanspreekpunt is waar je terecht kan. **Oké, ja.**

Fragment 1.3 Psychosociale zorg

En denkt u ook dat het meer structuur biedt zeg maar? Ja zeker, ja.. toevallig hadden we uhm.. uhh.. een enquête ook gekregen via de poli, de mammapoli. Die patiënten die waren ook op de afdeling geweest en hebben dan achteraf uhm... Ja complimenten gegeven en knelpunten benoemd. **Hmmhmm...** En daar kwam ook naar voren dat er patiënten waren die de uh.. psychosociale zorg op de afdeling wel mistten. **Oké, ja ja...** **Dus ook vanuit de patiëntencategorie is er echt wel uh behoefte aan blijkt nu.** Ja. En nu hangt er eigenlijk vanaf welke verpleegkundige je hebt of het ja... ter sprake komt, psychosociale kant. **Ja ja..** Dat is gewoon niet goed. Dat is gewoon eigenlijk standaard voor iedereen is dat nodig. **Ja.**

Fragment 1.4 Voordelen van de Lastmeter

Heeft u ook uhm.. dat u echt voor en nadelen in uw hoofd heeft van de Lastmeter zelf zeg maar? Uhm... ja de voordelen zijn natuurlijk dat je een bepaalde structuur hebt en dat het gewoon uh.. ter sprake komt die psychosociale zorg en dat het overzichtelijk is van welke gebieden uhm.. uh zijn er moeilijk, welke gebieden hebben extra uhm.. ja begeleiding nodig of moeten besproken worden.

Fragment 1.5 Nadelen van de Lastmeter

Een nadeel is natuurlijk meer uhm.. ja toch tijd en je moet er ook mee leren werken. Dus ja je hebt ook wel een bepaalde mate van scholing nodig en een stukje oefening ook wel. **Ja ja...** Dus het kost gewoon ook tijd om er mee te gaan werken denk ik. Ja en om het ook goed te kunnen doen.

Fragment 1.6 Suggesties

En uh.. heeft u ook nog ideeën om daar op in te spelen voor een succesvolle implementatie? Ja sowieso scholing van te voren ook en uhm.. daarbij ook goed het doel aangeven, waarom je het doet. Want als iemand het doel ergens van inziet dan uhm.. ja dan wordt het ook makkelijker geïmplementeerd denk ik, staan ze er meer achter. En... ja tijd er voor vrij maken om te oefenen en om casussen te bespreken. Ik denk dat dat goed is. En uh.. wat doe je er mee als het ingevuld is. **Ja ja...** Bijvoorbeeld wordt het ergens uhm... geregistreerd en ga je er mee verder? Of wordt het gewoon ingevuld en wordt het niet meer besproken, dat is niet goed en dan heb je er ook eigenlijk niks aan. Dus ik denk vooral ook uhm tijd er voor en ook scholing, casussen bespreken om te oefenen en dan ook uhm.. duidelijk hebben wat je er mee gaat doen. **Ja, dus ook eigenlijk dat het in een teamvergadering naar voren komt zeg maar, dat de kartrekker zeg maar uhm... er mee aan de slag gaat om dat te organiseren.** Ja.

Fragment 1.7 Benodigdheden succesvolle implementatie

Als er bijvoorbeeld ook punten uitkomen waar je iets mee moet dat er dan ook bijvoorbeeld een maatschappelijk werker aanwezig is. **Ja.** Eigenlijk beschikbaar, uh.. om uh.. ja om te vragen uh.. voor die patiënt, om er iets voor te kunnen betekenen.

Fragment 1.8 Knelpunt

Want het lijkt me heel moeilijk als je de Lastmeter invult en je kan er niks mee. Dan denk je ja waarom doe ik het eigenlijk? **Ja ja... is dat ook een knelpunt op de afdeling?** Ik denk het wel ja. En dat zou best wel eens een punt kunnen worden zeg maar wat gewoon uh... ja tegenhoud om die Lastmeter goed in te vullen. **Ja. Ja. Precies. Dus ik begrijp eigenlijk dat uh.. het nu vooral vast loopt op waar sla je het op? Waar bewaar je de gegevens? en de doorverwijzingsmogelijkheid?** Ja, wat doe je er precies mee? **Ja.**

Fragment 1.9 Suggesties

Het zou natuurlijk mooi zijn als het digitaal kwam en dat alle zorgverleners die erbij betrokken zijn dat die er inzicht in hebben. **Ja.**

Fragment 1.10 Tijd

Ik hoorde u ook net uh.. over tijd? Denkt u dat het uhm...ja hoe staat u daar zelf tegenover? Maakt u daar tijd voor of schiet dat erbij in? Uhm... ik zou er tijd voor willen maken denk ik en ik denk ook echt dat het belangrijk is, maar uh.. ja het ligt er aan wat je andere prioriteiten zijn. **Ja ja...** op zo'n moment. **Maar als het ingevoerd wordt dan zou het wel zo zijn uhm.. dat het ook afgenomen wordt zeg maar? Of gaan dan echt de prioriteiten voor?** Nou ja soms is dit ook een prioriteit, maar het kan ook voorkomen zeg maar dat er nog hogere prioriteiten zijn. **Ja.** Dus dat hangt echt een beetje van de situatie af denk ik.

Fragment 1.11 Benodigdheden succesvolle implementatie

En verschilt dat ook per collega zeg maar? Hoe ze tegenover de Lastmeter staan of merkt u wel dat eigenlijk uh het grootste gedeelte zoals ook uit de enquêtes bleek wel open staat voor de lastmeter? Ik denk dat iedereen of uh ja de meesten in ieder geval die staan zeker open er voor. Maar uhm.. ja als er gewoon maar voldoende tijd voor gemaakt wordt en scholing en uhm.. ja dat er ook iemand beschikbaar is om er wat mee te kunnen doen. **Ja.** Ik denk dat dat de belangrijkste punten zijn, ja. **Oké.**

Fragment 1.12 Suggesties

Heeft u verder nog ideeën wat kan helpen om uh.. tot een succes te maken? Uhm... nee ja sowieso dat het op uh, digitaal komt.. denk dat scheelt. En verder uhm, ja zou ik het niet ineens weten, niet naast wat we besproken hebben. **Nee nee.. zou het ook verschil maken als een buitenstaand... eigenlijk een deskundige hier komt om de lastmeter te introduceren of dat echt iemand van het team het doet?** Ik denk dat dat voor hier eigenlijk niet veel uitmaakt. **Nee, oké.** Iemand van het team die ook gewoon lijfelijk aanwezig is op de afdeling en die uh die er ook regelmatig op terug komt of kan komen, ik denk dat dat eigenlijk nog belangrijker is. **Ja dat spreekt dan meer aan?** Ja. **Oké.**

Fragment 1.13 Benodigdheden testbaarheid

En uhm we kwamen ook het puntje van testbaarheid tegen in de kwantitatieve analyse, daar bleek dat de meerderheid het ook niet mee eens was, denkt u dat er nog uhm bepaalde behoeftes zijn op de afdeling gezien de meerderheid het oneens is met de testbaarheid? Om er mee te oefenen bedoel je? **Hmmhmm... of? Bijvoorbeeld.** Want dat is eigenlijk nu helemaal nog niet gebeurd volgens mij toch? **Nee neem, voor zover ik weet niet.** Alleen van de poli denk. **Ja ja... ja ik denk dat je inderdaad tijdens die scholing dat je dan uhm.. dat je dat ook mee kan nemen. Dat je misschien ook een simulatiepatiënt uhm.... Bijvoorbeeld kan gebruiken.** **Ja.** Dat je daarmee in gesprek gaat. **Ja want uh... Zou het bijvoorbeeld ook een optie zijn om het een paar maanden te proberen en daarna**

weer te evalueren of? Ja dat is sowieso denk ik dat het goed is om vrij snel weer te evalueren nadat er gestart is. **Ja dat ook iedereen aan kan geven wat de knelpunten zijn.** Wat de knelpunten zijn, ja en dat je daar wat aan doet. **Ja.** Want meestal gaat het gewoon bij de eerste poging, heb je altijd wel verbeterpunten. **Ja.** Dus dat is vast nu ook zo. Dus dat is sowieso heel goed. **Oké. Nou kort samengevat begrijp ik dan eigenlijk uit het verhaal uhm... ja dat het belangrijk is om iemand aan te stellen zeg maar als kartrekker die het allemaal organiseert en ook scholingen geeft tijdens teamvergaderingen eventueel met een simulatie uh patiënt, om te kijken, dat iedereen een beeld heeft hoe gaat het in zijn werk? Dat verder belangrijk is dat goed geregeld wordt waar de gegevens opgeslagen worden en dat uhm doorverwijzingsmogelijkheden voor iedereen duidelijk zijn en ook te vinden op de uh afdeling.** Ja. Klopt dat? Ja ja, klopt. **Oké. Ja en dat er ook duidelijk opgesteld wordt van uhm wat de bedoeling is, wanneer ga je het afnemen?** **Ja ja, precies.** Hoe vaak neem je het af? Ja. Dat dat ook duidelijk is. **Dat eigenlijk een soort protocol opgesteld wordt.** Denk het wel. **Ja, oké duidelijk.**

Fragment 1.14 Tips of aanbevelingen

Uhm.. dan wil ik ter afsluiting nog vragen of u verder nog tips of aanbevelingen heeft? Nee, ja, niet ineens. Vooral dat enthousiasme en alles denk als je dat zelf overdraagt dan heb je al een groot stuk te pakken. **Ja. Ja. Oké dat is ook belangrijk hier op de afdeling in ieder geval?** Zeker, absoluut.

Fragment afsluiting

Goed, wilt u verder nog iets kwijt over het betreffende onderwerp? Nee, ik vind het een mooi onderwerp. Ik hoop eigenlijk wel dat het geïmplementeerd wordt. **Ja ja... u bent echt een voorstander?** Ja wel hoor, zeker, ja. **Goed, nou als u nog meer informatie denkt te hebben mag u altijd nog uh mailen en verder wil ik u hartstikke bedanken voor uw tijd en de medewerking aan het onderzoek.** Ja graag gedaan, succes nog verder met je scriptie. **Goed, dank u wel!**

Open coderen

Fragment	Codering/thema	Uitspraken	Label en waarde
1.1	Mening over de Lastmeter	○ Nou ik denk ook zeker wel dat er behoefte is aan een uhm.. aan uh structuur. ○ Om die psychosociale kant in kaart te brengen en die ook goed te kunnen bespreken met de patiënten.	○ Behoeftte aan structuur (+) ○ Psychosociale kant goed bespreken met de patiënten (+)
1.2 + 1.7 + 1.11	Benodigheden succesvolle implementatie	○ Uhm.. ja sowieso is het nodig dat er echt genoeg draagvlak bestaat denk ik ○ Maar vooral ook uhm.. ja extra tijd om het goed te kunnen implementeren. ○ Tijd voor scholing om de documenten goed op te zetten, overzichtelijk, dat het werkbaar is. ○ Eventueel een protocol	○ Genoeg draagvlak (*) ○ Extra tijd (*) ○ Scholing (*) ○ Overzichtelijke documenten en werkbaar (*) ○ Protocol of handleiding (*) ○ Integreren (*)

	1.7	of handleiding erbij gemaakt, waar alles overzichtelijk staat opgeschreven. ○ Het moet ook ergens in geïntegreerd zijn denk ik dus bijvoorbeeld in een zorgpad. ○ Ja dat het niet verzand in een uh.. uh ja wanneer ga ik het nu doen en dan.. ja dan komt het er vaak niet van ○ Dat er genoeg mensen zijn die het, die voorstander zijn. ○ Ja bij een anamnese vind ik zelf lastig, op zich lijkt dat wel logisch omdat je dan gelijk een beeld hebt van iemand, maar zelf zou ik het makkelijker vinden om het te doen als iemand al iets langer is opgenomen. ○ Dat je dan eigenlijk een ander rustmoment creëert om die Lastmeter te bespreken. ○ in de loop van de opname. ○ dat je nog tijd hebt om er iets aan te doen of er mee aan de slag te gaan, ○ ik denk eigenlijk dat het goed is als één iemand echt een kartrekker wordt en anderen enthousiast meert en meeneemt, dat er echt een vast aanspreekpunt is waar je terecht kan. ○ Als er bijvoorbeeld ook punten uitkomen waar je iets mee moet dat er dan ook bijvoorbeeld een maatschappelijk werker aanwezig is.	○ Zorgen dat het niet verzand (*) ○ Genoeg voorstanders (*) ○ Anamnese (-) ○ Rustmoment creëren (+) ○ In de loop van de opname (+) ○ Genoeg tijd om actie te ondernemen (+) ○ Aanspreekpunt + kartrekker (+) ○ Maatschappelijk werker beschikbaar (+) ○ Open staan (+) ○ Voldoende tijd voor vrij maken (+) ○ Scholing (+) ○ Deskundige beschikbaar (+)
--	-----	--	--

	1.11	- Ik denk dat iedereen of uh ja de meesten in ieder geval die staan zeker open er voor. - Als er gewoon maar voldoende tijd voor gemaakt wordt en scholing en uhm... ja dat er ook iemand beschikbaar is om er wat mee te kunnen doen.	
1.3	Psychosociale zorg	- En daar kwam ook naar voren dat er patiënten waren die de uh.. psychosociale zorg op de afdeling wel mistten. - En nu hangt er eigenlijk vanaf welke verpleegkundige je hebt of het ja... ter sprake komt, psychosociale kant. - Dat is gewoon eigenlijk standaard voor iedereen is dat nodig.	- Psychosociale zorg gemist op afdeling (-) - Verpleegkundigen niet op één lijn (-) - Standaard voor iedereen nodig (+)
1.4	Voordelen van de Lastmeter	- De voordelen zijn natuurlijk dat je een bepaalde structuur hebt. - Dat het gewoon uh.. ter sprake komt die psychosociale zorg. - Dat het overzichtelijk is van welke gebieden uhm.. uh zijn er moeilijk, welke gebieden hebben extra uhm.. ja begeleiding nodig of moeten besproken worden.	- Structuur (+) - Psychosociale zorg bespreekbaar (+) - Overzichtelijk (+) - Inzichtelijk welke gebieden moeilijk zijn en extra begeleiding nodig hebben (+)
1.5	Nadelen van de Lastmeter	- Een nadeel is natuurlijk meer uhm.. ja toch tijd en je moet er ook mee leren werken. - Een bepaalde mate van scholing nodig en een stukje oefening ook wel.	- Tijd (-) - Verg oefening (-) - Bepaalde mate van scholing is nodig (-)

1.6 + 1.9 + 1.12	Suggesties	○ Scholing van te voren ook en uhm.. daarbij ook goed het doel aangeven, waarom je het doet. ○ Tijd er voor vrij maken om te oefenen en om casussen te bespreken. ○ Dus ik denk vooral ook uhm tijd er voor en ook scholing, casussen bespreken om te oefenen en dan ook uhm.. duidelijk hebben wat je er mee gaat doen. ○ Het zou natuurlijk mooi zijn als het digitaal kwam en dat alle zorgverleners die erbij betrokken zijn dat die er inzicht in hebben. ○ Sowieso dat het op uh, digitaal komt. ○ Iemand van het team die ook gewoon lijfelijk aanwezig is op de afdeling en die uh die er ook regelmatig op terug komt of kan komen, ik denk dat dat eigenlijk nog belangrijker is.	○ Scholing (+) ○ Goed het doel aangeven (*) ○ Tijd vrij maken om te oefenen met casussen (+) ○ Het moet duidelijk zijn wat er na invulling gedaan moet worden (+) ○ Digitaal (+) ○ Aanspreekpunt op de afdeling (+)
1.8	Knelpunt	○ Het lijkt me heel moeilijk als je de Lastmeter invult en je kan er niks mee. Dan denk je ja waarom doe ik het eigenlijk? ○ En dat zou best wel eens een punt kunnen worden zeg maar wat gewoon uh... ja tegenhoud om die Lastmeter goed in te vullen.	○ Doorverwijzingsmogelijkheden (-)
1.10	Tijd	○ Ik zou er tijd voor willen maken denk ik en ik denk ook echt dat het belangrijk is, maar uh.. ja het ligt er aan wat je andere prioriteiten zijn.	○ Tijd voor willen maken (+) ○ Er zijn soms ook hogere prioriteiten (-)

		○ Soms is dit ook een prioriteit, maar het kan ook voorkomen zeg maar dat er nog hogere prioriteiten zijn.	
1.13	Benodigheden testbaarheid	○ Ja ik denk dat je inderdaad tijdens die scholing dat je dan uhm... dat je dat ook mee kan nemen. Dat je misschien ook een simulatiepatiënt uhm... bijvoorbeeld kan gebruiken. ○ Sowieso denk ik dat het goed is om vrij snel weer te evalueren nadat er gestart is. ○ Ja en dat er ook duidelijk opgesteld wordt van uhm wat de bedoeling is, wanneer ga je het afnemen?	○ Simulatiepatiënt (+) ○ Vrij snel evalueren (+) ○ Duidelijk opstellen wat de bedoeling is (*)
1.14	Tips of aanbevelingen	○ Vooral dat enthousiasme en alles denk als je dat zelf overdraagt dan heb je al een groot stuk te pakken.	○ Enthousiasme (+)

Bijlage XII: axiaal coderen

Legenda:

- **Blauw:** interview 1
- **Rood:** interview 2
- **Oranje:** interview 3
- **Groen:** interview 4
- **Paars:** interview 5

Thema	Fragment	Label + Lading
Mening over de Lastmeter	1.1 2.1 3.1 4.1 5.1	○ Behoeft aan structuur (+) ○ Psychosociale kant goed bespreken met de patiënten (+) ○ Hulpmiddel (+) ○ Structurele methode (+) ○ Positieve bijdrage (+) ○ Klinisch functioneel (+) ○ Duidelijke meting (+) ○ Elke patiënt heeft er recht op (*) ○ Belangrijk (+) ○ Checken (+) ○ Klachten toe- of afgenomen (*)
Benodigdheden succesvolle implementatie	1.2 + 1.7 + 1.11 2.4 + 2.6 + 2.17 3.3 + 3.16	○ Genoeg draagvlak (*) ○ Extra tijd (-) ○ Scholing (+) ○ Overzichtelijke documenten en werkbaar (*) ○ Protocol of handleiding (*) ○ Integreren (*) ○ Zorgen dat het niet verzand (*) ○ Genoeg voorstanders (*) ○ Anamnese (-) ○ Rustmoment creëren (+) ○ In de loop van de opname (+) ○ Genoeg tijd om actie te ondernemen (+) ○ Aanspreekpunt / kartrekker (+) ○ Maatschappelijk werker beschikbaar (+) ○ Open staan (+) ○ Voldoende tijd voor vrij maken (+) ○ Scholing (+) ○ Deskundige beschikbaar (+) ○ Richtlijn nodig (*) ○ Theoretische onderbouwing (+) ○ Goede afspraak tussen poli/afdeling/ verpleegkundigen (+) ○ Inzicht (*) ○ Oefenen met casus (+) ○ Kennisdeling met collega's (+) ○ Beschikbaarheid deskundige (+)
(deskundige)		

(richtlijn)	3.7	○ Mogelijkheid doorverwijzing (+) ○ Maatschappelijk werk (+) ○ Vaste tijd (+) ○ Standaard regel (+) ○ Team (+) ○ Parttimers (-) ○ Een aanspreekpunt (-) ○ Klinische les (+) ○ Iedereen (+) ○ Eén richtlijn (*) ○ Bijscholing / klinische les (+) ○ Heel goed (+) ○ Met elkaar nadenken (+) ○ In evaluatie bespreken (+) ○ Geen extra tijd nodig (+)
(aanspreekpunt)	3.12	
(scholing + richtlijn)	3.13	
(evalueren/oefenen)	3.15	
(aanspreekpunt)	4.4	○ Groep mensen (+) ○ Groep (+) ○ Groep (+) ○ Hoe vaak (*) ○ Behoeft (*) ○ Wanneer (*) ○ Hoe vaak (*) ○ Waar (*) ○ Waar noteren (*) ○ Psycholoog nog niet vast in huis (-) ○ Verpleegkundige (+) ○ Doorverwijzingsmogelijkheid (+) ○ Behoeft is er (*) ○ Moment met patiënt (+) ○ Wanneer (*) ○ Allerlei momenten (+) ○ Derde dag (*) ○ Zoveelste dag (*) ○ Elke opname (+) ○ Psychosociale zorg wordt al verleend (*) ○ Laagdrempelig (+) ○ Geen grootse toestand (*) ○ Meetinstrument (*) ○ In kaart brengen (+) ○ Op terug vallen (+) ○ Duidelijkheid over de Lastmeter (+) ○ Manier van afnemen (+) ○ Vaardigheid (+) ○ Belangrijk (*) ○ Casussen (+) ○ Behoeft aantonen (+) ○ Uitleg (+)
(richtlijn)	4.5	
(deskundige)	4.7	
Lastmeter afnemen (richtlijn)	4.10	○ Continue (*) ○ Begin opname én voor ontslag (+) ○ Les (+) ○ Voorbeelden (+)
(Lastmeter in gebruik nemen)	4.12	
(scholing)	4.16	
(richtlijn)	5.2	
(tijdstip afnemen)	5.3	
(scholing)	5.6	

(documenteren)	5.8 + 5.10	○ Oefenen (+) ○ Inscannen (*) ○ Inzien (+) ○ Digitaal (+) ○ Digitaal (+) ○ Persoonlijk doornemen (+) ○ Tweede keer patiënt zelf (+) ○ Uitleg geven (+) ○ Niet zomaar afgeven (*) ○ Geld (-) ○ Mee bezig (+) ○ Geen vaste psycholoog (-) ○ Geen maatschappelijk werker (-) ○ Mee bezig (+) ○ Geen behoefte (-) ○ Toch inschakelen (*) ○ Psychiater (+) ○ Proberen (+) ○ Niet als het verplicht is (-) ○ Maand heel kort (-) ○ Vier tot zes maanden (+)
Lastmeter invullen	5.13	
(deskundige)	5.15	
(proefperiode)	5.19	
Psychosociale zorg / structurele psychosociale zorg / aanbod psychosociale zorg en maatschappelijk werk Metten	1.3 2.2 + 2.14 3.2 + 3.9 4.2	○ Psychosociale zorg gemist op afdeling (-) ○ Verpleegkundigen niet op één lijn (-) ○ Standaard voor iedereen nodig (+) ○ Taak van een verpleegkundige (+) ○ Zonder structuur (-) ○ Specifiek kijken (*) ○ Met behulp van Lastmeter (+) ○ Overgenomen door verpleegkundigen (+) ○ Psycholoog wachttijd (-) ○ Klinische setting dynamisch (*) ○ Tijd (-) ○ Doorverwijzingsmogelijkheid is nodig (*) ○ Maatschappelijke zorg (+) ○ Maatschappelijk werk en psycholoog (+) ○ Psycholoog via de poli (*) ○ Deskundige beschikbaar (-) ○ Psychosociale aspect meten (-)
Voordelen van de Lastmeter	1.4 2.9 4.8	○ Structuur (+) ○ Psychosociale zorg bespreekbaar (+) ○ Overzichtelijk (+) ○ Inzichtelijk welke gebieden moeilijk zijn en extra begeleiding nodig hebben (+) ○ Gericht problemen belichten (+) ○ Bewustzijn (+)
Nadelen van de	1.5	○ Tijd (-)

Lastmeter	2.8 4.9 5.12	○ Vergt oefening (-) ○ Bepaalde mate van scholing is nodig (-) ○ Tijd (-) ○ Hoe neem je de Lastmeter af? (-) ○ Betrouwbaarheid (-) ○ Het blijft een leidraad (-) ○ Handvat (-) ○ Nut (-) ○ Weer een lijstje (-) ○ Uitleg is nodig (+)
Tips of aanbevelingen / suggesties	1.6 + 1.9 + 1.12 + 1.14 2.13 3.18	○ Scholing (+) ○ Goed het doel aangeven (*) ○ Tijd vrij maken om te oefenen met casussen (+) ○ Het moet duidelijk zijn wat er na invulling gedaan moet worden (*) ○ Digitaal (+) ○ Aanspreekpunt op de afdeling (+) ○ Enthousiasme (+) ○ Oefenen met een casus (+) ○ Kennisdeling (+) ○ Gewoon proberen (+) ○ Meerwaarde ook voor poli (+) ○ Proefperiode (+) ○ Proeftijd (+) ○ Evalueren in proeftijd (+) ○ Tijdens proeftijd evalueren (+) ○ Meerdere keren evalueren (+) ○ Niet stoppen na 1 x evalueren (+) ○ Evaluatiepunt meenemen/gebruiken (+)
Hulpmiddel	2.5 + 2.10 3.21 4.3	○ Te vaak afgenomen (-) ○ Het moet z'n doel dienen (*) ○ Te vaak herhaald, meerwaarde (-) ○ Met behulp van richtlijnen (+) ○ Specifiek (+) ○ Op het juiste moment, mooi hulpmiddel (+) ○ Verkeerd moment? Meerwaarde en tijd (-) ○ Lastmeter biedt opening (+) ○ Gesprek beginnen (+) ○ Open breken (+) ○ Los maken (+) ○ Duidelijkheid geven (+) ○ Duidelijkheid geven (+)
Knelpunt	1.8	○ Doorverwijzingsmogelijkheden (-)
Tijd	1.10	○ Tijd voor willen maken (+) ○ Er zijn soms ook hogere prioriteiten (-)

	3.17 5.14	○ Patiënt vult Lastmeter in (+) ○ Lastmeter overleggen met de patiënt op later tijdstip (+) ○ Lastmeter niet gelijk bespreken (+) ○ Ander moment (+) ○ Tijd geen probleem (+) ○ Tijdens wassen (+) ○ Actie op observatie (+) ○ kost weinig tijd (+) ○ Voor gaan zitten (*)
Draagvlak	2.11 3.11 4.6 5.11	○ Oncologieverpleegkundigen (+) ○ Lastmeter bekend (+) ○ Draagvlak (+) ○ Draagvlak (+) ○ Moet kunnen (+) ○ Oncologieverpleegkundigen (+) ○ Genoeg patiënten (+)
Aanspreekpunt	2.16 4.17 5.5 + 5.7	○ Draagvlak alleen (-) ○ Aanspreekpunt (-) ○ Grotere kans dat het erbij inschiet (*) ○ Groep (+) ○ Collega's begeleiden (+) ○ Groep (+) ○ Iemand die er achter staat (+) ○ Iemand die er voor gaat (+) ○ Iemand die het organiseert en in de gaten houdt (+) ○ Team én aanspreekpunt (+) ○ Teambespreking (+) ○ Elkaar aanspreken (+)
Borging	2.12	○ Het borgen (-)
Benodigheden testbaarheid / leren werken met de Lastmeter	1.13 2.7 + 2.15	○ Simulatiepatiënt (+) ○ Vrij snel evalueren (+) ○ Duidelijk opstellen wat de bedoeling is (*) ○ Eenduidig afnemen van de Lastmeter (*) ○ Oefenen met casussen (+) ○ Welke hulp ga je geven bij welk probleem (*) ○ Intervisie (+) ○ Onderbouwing (*) ○ Experimentele periode (+) ○ Tussentijds evalueren (+)
Testbaarheid	4.14 5.18	○ Testen (+) ○ Bewijs leveren (+) ○ Moeilijk (*) ○ Feeling krijgen (+) ○ Verdieping (+) ○ Aanleren (+)

Verwachting gebruik van de Lastmeter	2.3	- o Goede afspraken nodig (+) - o Eigen invulling er aan geven (-)
Samenwerking met de polikliniek / benodigdheden succesvolle samenwerking	3.4 + 3.8 + 3.10 4.11 5.4	- o Regelmatig controle (+) - o Afdeling; te veel verloop (-) - o Samenwerking (+) - o Poliklinisch doorverwijzen (+) - o Polistatus (+) - o Meerwaarde (+) - o Meer ondersteuning (+) - o Aantekening status (+) - o Patiënt informeren (*) - o Poliklinische status (+) - o Overleg poli voldoende (+) - o Goed (+) - o Tegen kwijtraken (+) - o Zeker (+)
Eenduidig werken	3.6 4.15	- o Allemaal (*) - o Iedereen aanbieden (*) - o Bij elke patiënt (+) - o Wanneer afnemen (*) - o Waar opslaan (*) - o Inzichtelijk voor arts / verpleegkundige (*)
Gebruik Lastmeter / evalueren	3.14 + 3.19 4.13 5.20	- o Bespreken (*) - o Bedoeling Lastmeter (*) - o Eigen idee invullen (-) - o Eén lijn (+) - o Waar je tegen aan loopt (+) - o Doel lastmeter (*) - o Juiste begeleiding (+) - o Teamvergadering (+) - o Scholingsdag (+) - o Ziekenhuisbreed (+) - o Voor vragen / knelpunten (+) - o Vergadering (+) - o Halfuur (*) - o Tegelijk (+) - o Niet één op één (-)
Lotgenotencontact	5.16	- o Lotgenoot op afdeling (+) - o Invoelende informatie (+) - o Laagdrempeliger (+)

Bijlage XIII: ruimtelijk schema en hiërarchie

Codering/thema	Positief label	Negatief label	Neutraal label
Mening over de Lastmeter	Structuur (2) Duidelijk hulpmiddel (2) Psychosociale kant goed bespreken (1) Positieve bijdrage (1) Klinisch functioneel (1) Belangrijk (1) Checken (1)		Elke patiënt heeft er recht op (1) Klachten toe- of afgenomen (1)
Benodigdheden succesvolle implementatie – <i>deskundige</i>	Deskundige beschikbaar (7) Mee bezig (2) Verpleegkundige (1)	Deskundige nog niet beschikbaar (3) Geld (1) Geen behoefte (1)	Toch inschakelen (1) Behoeftte is er (1)
Benodigdheden succesvolle implementatie – <i>richtlijn / Lastmeter afnemen</i>	Standaard regel Lastmeter afnemen (5) Documenteren digitaal / inzien (3) Goede afspraak tussen poli / afdeling / verpleegkundigen (1) Genoeg tijd om actie te ondernemen (1)	Anamnese (1)	Richtlijn nodig (4) Hoe vaak (3) Wanneer (3) Waar (2) Ergens in integreren (2) waar noteren / inscannen (2) Behoeftte (1) Eenduidig afnemen van de Lastmeter (1)
Benodigdheden succesvolle implementatie – <i>aanspreekpunt</i> + aanspreekpunt	Groepje (5) Collega's begeleiden Team (1) Eén aanspreekpunt (1) Team én aanspreekpunt (1) Iemand die er achter staat, voor gaat en het organiseert (1) Teambespreking (1) Elkaar aanspreken (1) Collega's begeleiden (1)	Eén aanspreekpunt (4)	Kans dat het er bij inschiet (1)
Benodigdheden succesvolle implementatie – <i>scholing / oefenen</i>	Casussen oefenen / simulatiepatiënt / kennisdeling (11) Scholing / klinische les (6) Manier van afnemen (5) Theoretische onderbouwing (5) Voldoende tijd voor vrij maken / iedereen (2) Intervisie (1) Feeling krijgen (1)	Extra tijd (1)	Inzichtelijk maken wat de bedoeling is (2) Welke hulp ga je geven bij welk probleem (2) Niet zomaar afgeven (1) Onderbouwing (1)
Benodigdheden succesvolle implementatie – <i>evalueren</i>	Evalueren (3) Geen extra tijd nodig (1)		
Benodigdheden succesvolle implementatie – <i>proefperiode</i>	Experimentele periode (3) Vier tot zes maanden (1) Bewijs leveren (1) Open staan (1)	Niet als het verplicht is (1) Maand heel kort (1)	
Draagvlak	Genoeg draagvlak (3) Oncologieverpleegkundigen (2) Lastmeter bekend (1) Genoeg patiënten (1)		Genoeg draagvlak (2)

Psychosociale zorg en maatschappelijk werk	Taak van verpleegkundigen / overgenomen door verpleegkundigen (2) Maatschappelijk werk en psycholoog (2) Standaard voor iedereen nodig (1) Lastmeter (1)	Psycholoog wachttijd (3) Geen structuur / niet op één lijn (2) Psychosociale zorg gemist op afdeling (1) Psychosociale aspect meten (1)	Klinische setting dynamisch (1) Specifiek kijken (1) Doorverwijzingsmogelijkheid is nodig (1) Psycholoog via de poli (1) Psychosociale zorg wordt al verleend (1)
Voordelen van de Lastmeter	Structuur (2) Gericht moeilijke gebieden belichten (2) Psychosociale zorg bespreekbaar (1) Bewustzijn (1)		
Nadelen van de Lastmeter		Bepaalde mate van scholing is nodig (4) Tijd (2) Leidraad / handvat (2) Betrouwbaarheid (1) Nut (1) Wéér een lijstje (1)	
Tips of aanbevelingen / suggesties	Tijdens proeftijd evalueren / evalueren (5) Scholing/oefenen (4) Proeftijd (3) Digitaal (1) Aanspreekpunt op de afdeling (1) Enthousiasme (1) Meerwaarde ook voor de poli (1) Laagdrempelig / meetinstrument (1)	Het moet duidelijk zijn wat er na invulling gedaan moet worden (1)	Goed het doel aangeven (1) Meetinstrument (1) Geen grootse toestand (1)
Hulpmiddel	De Lastmeter biedt opening (4) Duidelijkheid geven (2) In kaart brengen / op terug vallen (2) Specifiek (1) Met behulp van een richtlijn (1) Mooi hulpmiddel (1)	Te vaak afnemen (3)	Het moet zijn doel dienen (1)
Knelpunt		Doorverwijzingsmogelijkheden (1)	
Borging		Het borgen (1)	
Tijd	Lastmeter op later moment bespreken (3) Tijd geen probleem (3) Tijdens verzorgingsmoment (2) Patiënt vult Lastmeter in (1)	Er zijn soms ook hogere prioriteiten (1)	Voor gaan zitten (1)
Verwachting gebruik van de Lastmeter + Gebruik Lastmeter / evalueren	Teamvergadering (3) Goede afspraken nodig / een lijn / juiste begeleiding (3) Voor vragen / knelpunten (2) Scholingsdag / ziekenhuisbreed (2)	Eigen invulling er aan geven (2) Niet één op één (1)	Doel Lastmeter (2) Bespreken (1) Halfuur (1)
Samenwerking met	Meerwaarde (3) Meer controle /	Afdeling; te veel verloop (1)	Patiënt informeren (1)

de polikliniek / benodigdheden succesvolle samenwerking	ondersteuning (3) Notitie poliklinische status (3) Samenwerking / overleg poli (2) Poliklinisch doorverwijzen (1)		
Eenduidig werken	Bij elke patiënt (1)		Allemaal / iedereen aanbieden (2) Wanneer afnemen (1) Waar opslaan (1) Inzichtelijk voor arts / verpleegkundigen (1)
Lotgenotencontact	Lotgenoot op afdeling (1) Invoelende informatie (1) Laagdrempeliger (1)		

Bijlage XIV: beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322)

Naam student:

Studentnummer:

Differentiatie:

Datum:

	Elk item wordt beoordeeld op een 10-puntsschaal: 5 is onvoldoende en 6 is voldoende. Score 3 mag in de beoordeling niet voorkomen.			Aantal punten
0	Rapportage <i>Indicatoren HZ kader: 1 – 4</i> (LET OP, moet minimaal zes zijn anders geen verdere beoordeling)	Onderzoeksverslag is geschreven in eigen woorden. Verslag ziet er netjes en verzorgd uit, inclusief voorwerk. Lettergrootte klopt. Alle hoofdstukken zijn opgenomen. Taalgebruik is objectief, correct en zakelijk. Bronvermelding en literatuurlijst zijn volgens de APA-normen. Voor spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl geldt: maximaal 3 fouten per pagina!		
1	Inleiding <i>Indicatoren HZ kader: 5 – 7</i>	De student noemt de aanleiding en achtergronden van het onderzoek. De student beschrijft zorgvuldig, logisch en helder het praktijkprobleem. De student beschrijft de relevantie voor Verpleegkunde/vroedkunde. De student noemt de doelstelling van het onderzoek. De student noemt de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Er is een leeswijzer aanwezig.		
2	Theoretisch kader <i>Indicatoren HZ kader: 8 -10</i> <i>DD 1*</i>	Zoekplan (zoekvraag +zoekstrategie+ zoekboom) wordt beschreven. In het theoretisch kader worden de kernbegrippen beschreven in eigen woorden. De bestudeerde literatuur is hierbij leidend. Er is een logische opbouw. Aantal bronnen en relevantie van bronnen is voldoende.		
3	Methode <i>Indicatoren HZ kader: 11-13</i>	De student noemt onderzoekstype, onderzoeksontwerp, onderzoekspopulatie, Plaats en tijd. De student bespreekt de betrouwbaarheid en validiteit. Verloop van de dataverzameling, verwerking en analyse is beschreven. De student verantwoordt elke keuze vanuit onderzoeksliteratuur.		
4	Resultaten <i>Indicatoren HZ kader: 14 -16</i>	Resultaten worden zonder interpretatie benoemd en duidelijk weergegeven met behulp van tabellen, grafieken en/of schema's.		
5	Discussie <i>Indicatoren HZ kader: 17-18, 20</i> <i>DD3*</i>	Resultaten zijn geanalyseerd. Student laat zien kritisch te kunnen zijn, verbanden te leggen tussen bevindingen en koppeling te maken met theoretische kader. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek worden benoemt en de gevolgen daarvan voor de betrouwbaarheid en externe en interne validiteit.		
6	Conclusies <i>Indicator HZ kader: 19</i>	Hoofd en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie.		
7	Aanbevelingen <i>Indic HZ kader 21 – 24</i> <i>DD2*</i>	Aanbevelingen volgen logisch uit onderzoek, zijn concreet en realistisch, dragen bij aan een daadwerkelijke en duurzame oplossing		
6	Evaluatie <i>Indicatoren HZ kader: 28-30</i> <i>DD2, DD5*</i> Alleen in te vullen door 1^e begeleider!	Toont professioneel gedrag tijdens onderzoek. Hieronder valt: Planmatig werken (volgens de tijdsplanning van het concept en definitieve versie); Zelfstandigheid (eigen keuzes gemaakt en eigen invulling; binnen begeleidingsuren gebleven; feedback adequaat opgepakt); Samenwerking met 1 ^{ste} begeleider (tijdig geïnformeerd over problemen en belangrijke keuzes, openstaan voor suggesties en kritiek).		
		Max aantal te halen punten	80 of 90*	Behaalde punten
	Toegekend cijfer	Behaalde punten / 8 of 9* *2 ^e beoordelaar vult onderdeel 8 niet in!		
Wanneer rapportage onvoldoende is wordt Niet Deelgenomen op de VLD ingevoerd.				

*Dublindescriptoren zie bijlage 9

Naam eerste beoordelaar:

Naam tweede beoordelaar: