

Verpleegkundigen van Buurtzorg werken samen met mantelzorgers

Afstudeeropdracht



Auteurs:	Liesbeth Suurmond (131509) Mirjam de Ruiter (131486) Saskia Dronkers (131543)
Opleiding:	Hbo Verpleegkunde
Opdrachtgever:	Arend Jan Zwart
Begeleider:	Gert Madern, MScN
Beoordelaar:	Thirza Schouten, MSc
Instellingsbegeleider:	Hettie de Wilde
Academie:	Christelijke Hogeschool Ede
Instelling:	Buurtzorg Nederland
Teams:	Spijkenisse, Rotterdam- Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid
Datum:	Mei 2016

Voorwoord

Voor u ligt ons onderzoeksverslag over de samenwerking van verpleegkundigen met mantelzorgers uit drie Buurtzorgteams. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van onze afstudeeropdracht voor de opleiding hbo-verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Dit verslag beschrijft hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd en wat de uitkomsten en conclusies zijn. Op grond hiervan hebben wij aanbevelingen opgesteld aan verpleegkundigen werkzaam bij de drie Buurtzorgteams om de samenwerking met mantelzorgers te verbeteren en zo nodig overbelasting te voorkomen.

Wij willen vanaf deze plaats de verschillende personen bedanken die eraan bijgedragen hebben dat dit onderzoeksverslag tot stand is gekomen. In de eerste plaats danken wij Gert Madern onze begeleider vanuit de CHE voor zijn prettige en bemoedigende ondersteuning. Verder beoordelaar Thirza Schouten voor de nuttige feedback op het plan van aanpak en de soepele communicatie. Hettie de Wilde willen we bedanken, omdat zij als instellingsbegeleider ons proces en product steeds goed heeft gevolgd en haar reactie hierop heeft gegeven. Ook zijn we alle geïnterviewde mantelzorgers en verpleegkundigen dankbaar voor de input die zij geleverd hebben. We vonden het bijzonder dat mantelzorgers tijd voor een interview wilden vrijmaken, omdat sommigen van hen een druk schema hebben.

Vanaf februari 2016 tot en met mei 2016 hebben wij samen aan dit onderzoek gewerkt. We zijn blij dat dit in goede harmonie is verlopen en dat we gebruik konden maken van elkaars kwaliteiten om deze afstudeeropdracht tot een goed einde te brengen.

Liesbeth Suurmond, Mirjam de Ruiter en Saskia Dronkers.

Ede, mei 2016

Samenvatting

Aanleiding

Vanuit de participatiesamenleving is toegenomen aandacht voor mantelzorgers. Ook verpleegkundigen van de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid werken meer samen met mantelzorgers en signaleren regelmatig overbelasting. Bij de start van dit onderzoek was nog onbekend hoe de samenwerking verloopt en wat beide partijen verwachten. Eveneens was niet bekend wat verpleegkundigen en mantelzorgers nodig hebben om de zorg rond de cliënt goed te laten verlopen, zodat minder overbelasting optreedt bij mantelzorgers.

Doel

Het doel van dit onderzoek is geweest om inzicht te krijgen in hoe verpleegkundigen uit eerder genoemde Buurtzorgteams samenwerken met mantelzorgers. Tevens om te onderzoeken wat beide partijen hierbij nodig hebben dat zo mogelijk overbelasting bij mantelzorgers voorkomen wordt. Om dit doel te realiseren is van dit onderzoek een verslag gemaakt met aanbevelingen voor verpleegkundigen.

Methode

In dit onderzoek is gebruikt gemaakt van de kwalitatieve onderzoeksmethode. Vooraf heeft literatuurstudie plaatsgevonden. Het praktijkonderzoek heeft bestaan uit semigestructureerde interviews met verpleegkundigen en mantelzorgers. De vragen voor deze interviews zijn opgesteld aan de hand van de gegevens uit de literatuurstudie. De interviewgegevens zijn geanalyseerd en verwerkt.

Resultaten

De literatuur beschrijft de rollen die mantelzorgers kunnen innemen, wat de verhouding is tussen draagkracht en draaglast en welke meetinstrumenten beschikbaar zijn om de belasting in kaart te brengen. Ook Buurtzorg heeft haar visie op mantelzorg in een beleidsdocument beschreven. Voor de landelijke en gemeentelijke overheid zijn de mantelzorgers tevens belangrijke partners in de zorg voor de burgers.

De resultaten uit het praktijkonderzoek zijn uitgesplitst naar mantelzorgers en verpleegkundigen. Mantelzorgers geven aan dat hun rol hen is overkomen. Ze hebben voor zichzelf geen duidelijke grens tot wanneer ze zullen blijven zorgen voor hun naaste, maar ervaren regelmatig dat de draaglast hun draagkracht te boven gaat. Mantelzorgers verwachten weinig van de gemeente aan ondersteuning en zijn positief over de samenwerking en ondersteuning door Buurtzorgverpleegkundigen. Ze missen het gebruik van meetinstrumenten om overbelasting te meten niet.

Verpleegkundigen herkennen de verschillende rollen die mantelzorgers kunnen hebben. De rol van schaduwcliënt bij overbelaste mantelzorgers is de meest voorkomende. Verpleegkundigen gebruiken geen meetinstrumenten om dit te signaleren. Ook zijn zij niet goed op de hoogte van het beleid van Buurtzorg en van de gemeente in het ondersteunen van mantelzorgers. De geïnterviewde verpleegkundigen vinden enerzijds dat hun taak ten opzichte van vroeger niet is veranderd, maar zien anderzijds dat er nieuwe competenties nodig zijn, zoals coachen. Soms missen ze de bewustwording of de vaardigheden om mantelzorgers meer te betrekken. De kleinschaligheid bij Buurtzorg wordt ervaren als een succesfactor om prettig met mantelzorgers te kunnen samenwerken. Als punten ter verbetering worden genoemd: meer kennis op het gebied van meetinstrumenten, gesprekstechnieken, sociale kaart, betere invulling van de regisseursrol, tijd en aandacht voor de mantelzorger.

Conclusie

De meeste mantelzorgers ervaren dat zij een zware taak hebben en staan hier meestal niet bewust in: zij laten het over zich heen komen. Dit leidt ertoe dat zij het vaak niet meer kunnen loslaten. Mantelzorgers zijn slecht op de hoogte van ondersteuningsmogelijkheden en gaan hier te laat naar op zoek. Ook hebben zij weinig positieve verwachtingen op dit gebied.

Verpleegkundigen werken veelal met onbewuste kennis, de zogenaamde tacit knowledge (Cox, de Louw, Verhoef & Kuiper, 2012) in de omgang met mantelzorgers. Op deze manier, vanuit intuïtie en ervaring, worden ook tekenen van overbelastingesignaleerd.

Verpleegkundigen uit de onderzochte Buurtzorgteams denken dat zij hun taak beter zouden kunnen invullen wanneer zij meer kennis hebben van mogelijkheden op het gebied van mantelzorgondersteuning en scholing zouden krijgen in gesprekstechnieken. Ook pleiten zij voor een betere invulling van de regisseursrol, zodat mantelzorgers een vaste contactpersoon hebben, die functioneert als aanspreekpunt en belangenbehartiger. Op deze manier zou de kwaliteit van de samenwerking met mantelzorgers verhoogd kunnen worden.

Aanbevelingen

De aanbevelingen voor verpleegkundigen bestrijken drie terreinen: de omgang met de mantelzorger, de omgang met collega's uit de drie betreffende teams en vergroting van kennis. In deze aanbevelingen wordt gepleit voor expliciete aandacht voor overleg met mantelzorgers tijdens de intake, evaluatiemomenten en cliëntbesprekingen.

Tevens wordt aandacht gevraagd voor het houden van besprekingen en/of klinische lessen over het beleid van Buurtzorg op het gebied van mantelzorg en het bestaan en gebruik van meetinstrumenten. Voor de opdrachtgever zijn twee aanbevelingen opgesteld in het kader van bewustwording van het onderwerp, het verspreiden van kennis en toepassen van gespreksvaardigheden voor de omgang met mantelzorgers. Op het vlak van toekomstig onderzoek is een aanbeveling opgesteld voor het doen van onderzoek naar de invloed van tacit knowledge op de kwaliteit van zorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Probleemstelling	8
1.2.2 Probleemomschrijving	8
1.2.2 Hoofdvraag	8
1.2.3 Deelvragen	8
1.2.4 Doelstelling	8
1.2.5 Begripsafbakening	8
2. Methode	9
2.1 Literatuuronderzoek	9
2.2 Onderzoeksmethode	9
2.3 Data-verzameling en analyse	9
2.3.1 Data-verzamelingsmethode	9
2.3.2 Data-analyse	10
2.4 Onderzoekspopulatie en steekproef	11
2.4.1 Inclusie criteria	11
2.4.2 Exclusie criteria	11
2.5 Validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek	12
2.5.1 Validiteit	12
2.5.2 Betrouwbaarheid	12
2.6 Ethische aspecten	13
3. Resultaten uit het onderzoek	14
3.1 Resultaten literatuuronderzoek.....	14
3.2 Resultaten praktijkonderzoek	20
3.2.1 Resultaten mantelzorgers	20
3.2.2 Resultaten verpleegkundigen	22
4. Conclusie, aanbevelingen, discussie.....	27
4.1 Conclusie praktijkonderzoek	27
4.1.1 Conclusie mantelzorgers	27
4.1.2 Conclusie verpleegkundigen	27
4.1.3 Eindconclusie	28
4.2 Aanbevelingen.....	29
4.3 Discussie.....	30
5. Literatuurlijst.....	32
6. Bijlagen	35
Bijlage 1. Tijdsplanning.....	35
Bijlage 2. Instrumenten uit deelvraag 2	37
Bijlage 3. Interviews mantelzorgers en verpleegkundigen.....	53
Bijlage 4. Labelen en coderen twee interviews.....	57
Bijlage 5. Contract gegevens project	66
Bijlage 6. Randvoorwaarden	68
Bijlage 7. Samenwerkingscontract	69

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De laatste jaren is de aandacht voor het onderwerp mantelzorg toegenomen. Mantelzorg en andere informele zorg zijn belangrijke bouwstenen in de zorg geworden. Met de hervormingen in de zorg die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden is getracht de zorgkosten meer beheersbaar te maken (Veldhuijzen van Zanten, 2011). Verzorgingshuizen zijn ontmanteld en ouderen moeten langer thuis blijven wonen. De visie op zorg is gekanteld van zorgen voor naar zorgen dat. De focus ligt op zelfredzaamheid (V&VN, 2014). Mantelzorgers en vrijwilligers zijn de eersten die moeten inspringen als een oudere niet meer in staat is helemaal zelfredzaam te zijn.

Het huidige kabinet hecht grote waarde aan de informele zorgverleners voor de samenleving en stuurt in zijn beleid aan op verlichten en versterken van deze groep. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft met ondersteuning van het Expertisecentrum Mantelzorg hiertoe een beleidsstuk opgesteld, de Toekomstagenda informele zorg en ondersteuning. Daarin wordt gepleit voor een goede samenwerking tussen de formele en informele zorg in de eerste lijn, met als doel dat de ouderen langer thuis kunnen blijven wonen (VWS, 2015). De problemen en aanbevelingen uit dit stuk zijn tot stand gekomen door gezamenlijk overleg van alle partijen, dit zijn zowel professionals, zorgverzekeraars en gemeenten als organisaties van mantelzorgers en vrijwilligers. De volgende onderwerpen zijn door hen voorgedragen om nader onderzocht en uitgewerkt te worden:

- Samenspel formele en informele zorg en ondersteuning
- Goed toerusten van de mantelzorger en zorgvrijwilliger
- Deskundigheidsbevordering van professional, mantelzorger en vrijwilliger
- Vrijwilligers Nieuwe Stijl
- Informele ondersteuning om maatschappelijk actief te blijven (VWS, 2015).

Ondanks alle aandacht voor en publicaties over het onderwerp op macro niveau, signaleren professionals in het veld op micro niveau nog dagelijks overbelaste mantelzorgers. Huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen kunnen hier talloze voorbeelden van noemen (Van Lier, 2014; Van Etten, 2015). Op mesoniveau lopen zij hierbij tegen problemen aan zoals gebrek aan middelen, tekort aan kennis van de sociale kaart en onduidelijk beleid van de zorgorganisatie of de gemeente op het gebied van informele zorg.

Vanuit het beroepsprofiel voor verpleegkundigen V&V2020, deel 3 (V&VN, 2012) blijkt dat verpleegkundigen een taak hebben in het ondersteunen en begeleiden van mantelzorgers. Dit met het oog op de instandhouding van het systeem rond een cliënt om de zelfredzaamheid zo lang mogelijk in stand te houden. Ook in het verpleegkundig proces van indiceren, een zorgplan opstellen met problemen of diagnoses is de mantelzorger een item dat meegenomen wordt in het besluitvormingsproces. Als verpleegkundige diagnose is bekend: “overbelaste mantelzorg” (Carpenito, 2012:357). Verpleegkundigen bij Buurtzorg werken met het Buurtzorg Informatie Systeem waarin dossiers van cliënten worden aangemaakt. Deze dossiers bevatten onder meer een assessment met als te beoordelen steungebied het onderwerp mantelzorg. Dit bevat interventies die gekozen kunnen worden om de zorg te plannen en uit te voeren als dit gebied aangemerkt wordt als actueel probleem (Buurtzorgweb, 2016).

Ondanks de aandacht vanuit het beroepsprofiel en de omschreven taken ervaren verpleegkundigen regelmatig dat ze niet in staat zijn de mantelzorger voldoende te ondersteunen en moeten ze constateren dat de belasting voor veel mantelzorgers te zwaar wordt. Onder geriatrieverpleegkundigen in het ziekenhuis is onderzoek gedaan naar aandacht voor mantelzorgers door verpleegkundigen (Feith & Vermaas, 2012). Twee van de drie ondervraagde verpleegkundigen ervoeren knelpunten in de mantelzorgondersteuning,

zoals te weinig tijd of het missen van een bruikbaar instrument voor het meten van overbelasting. Hierdoor werden eventuele problemen te laat gesignaleerd. Ook mantelzorgers zijn ondervraagd over de door hun ervaren ondersteuning van professionals. Uit onderzoek blijkt dat mantelzorgers van dementiepatiënten hierover tevreden zijn. Het minst tevreden zijn zij over de communicatie met hulpverleners en de afstemming tussen hulpverleners onderling (Peeters, Werkman & Francke, 2014). Uit ander onderzoek komt naar voren dat mantelzorgers die samenwerken met professionals van thuiszorg of wijkverpleging hierover lang niet altijd positief zijn. Bijna een op de drie mantelzorgers was van mening dat hij niet voldoende kon mee beslissen over de zorg en dat de verpleegkundige weinig oog voor hem had (Klerk de, Boer de, Plaisier, Schyns & Kooiker, 2014).

Hoe verpleegkundigen bij Buurtzorg de samenwerking met en ondersteuning aan mantelzorgers uitvoeren en ervaren is niet bekend. In lijn met de bovengenoemde agendapunten uit de Toekomstagenda informele zorg, zoals samenwerking, toerusting en deskundigheidsbevordering is het zinvol om te onderzoeken wat nodig is voor verpleegkundigen bij Buurtzorg om goed met mantelzorgers te kunnen samenwerken. Want deze samenwerking is voor verpleegkundigen een belangrijk aandachtspunt met het oog op het bevorderen van het zelfmanagement van de cliënt (V&VN, 2014). Eveneens is belangrijk om na te gaan hoe de andere partij, de mantelzorgers, de samenwerking met en ondersteuning door verpleegkundigen ervaart en wat zij nodig heeft om de belasting dragelijk te houden.

Het samenwerken met en ondersteunen van mantelzorgers is een voor verpleegkundigen relevant onderwerp. In het beroepsprofiel 2020 staan de verschillende rollen of competentiegebieden waarin een verpleegkundige bekwaam dient te zijn. (V&VN, 2012). Dit zijn de verpleegkundige als zorgverlener, samenwerkingspartner, communicator, kwaliteitsbevorderaar, organisator, gezondheidsbevorderaar en reflectieve professional. In het samenwerken en ondersteunen van mantelzorgers kunnen al deze competenties naar voren komen. Vanwege het beperkte tijdsbestek waarin dit onderzoek plaatsvindt, zullen slechts een aantal rollen op de voorgrond treden, zoals samenwerkingspartner en kwaliteitsbevorderaar. Het onderzoek en de daaruit voortkomende aanbevelingen beogen de kwaliteit van samenwerken en ondersteunen van mantelzorgers door verpleegkundigen bij Buurtzorg te bevorderen.

1.2 Probleemstelling

1.2.1 Probleemomschrijving

Op dit moment is het onbekend hoe verpleegkundigen en mantelzorgers bij de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam- Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid met elkaar samenwerken en wat zij hierbij nodig hebben. Eveneens is onbekend wat verpleegkundigen en mantelzorgers bij Buurtzorg nodig hebben om overbelasting bij de mantelzorger te voorkomen of verminderen. Het is zinvol om hier meer inzicht in te verkrijgen, met als doel de samenwerking te bevorderen en daarbij de balans tussen draaglast en draagkracht van de mantelzorger dragelijk te houden.

1.2.2 Hoofdvraag

Hoe werken verpleegkundigen en mantelzorgers van de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid samen en wat hebben beide partijen hierbij nodig, om zo mogelijk overbelasting bij mantelzorgers te verminderen?

1.2.3 Deelvragen

1. Welke positie heeft de mantelzorger in het huidige zorgstelsel?
2. Welke instrumenten zijn er om overbelasting te meten en hoe worden deze gebruikt?
3. Wat is het beleid van Buurtzorg ten aanzien van mantelzorgers?
4. Hoe ervaren mantelzorgers hun taken en de samenwerking met verpleegkundigen van Buurtzorg en wat hebben zij hierbij nodig?
5. Hoe ervaren verpleegkundigen van Buurtzorg de samenwerking met mantelzorgers en wat hebben zij hierbij nodig?

De eerste drie vragen worden beantwoord door middel van literatuuronderzoek, de laatste twee door middel van praktijkonderzoek.

1.2.4 Doelstelling

Naar aanleiding van dit onderzoek, in mei 2016, zijn aanbevelingen uitgebracht aan de verpleegkundigen van de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid over de samenwerking met de mantelzorgers, met het oog op het zo mogelijk verminderen van overbelasting.

1.2.5 Begripsafbakening

In dit onderzoek wordt gesproken over verpleegkundigen, hiermee worden mbo- en hbo-verpleegkundigen bedoeld.

Onder mantelzorgers worden in dit onderzoek personen verstaan die minimaal acht uur per week voor hun naaste zorgen.

Definitie van samenwerken: het gezamenlijk inzetten om een bepaald doel te bereiken. Samenwerking vindt plaats tussen minimaal twee personen, dus ook in een groep of meerdere groepen (Ensie, 2015).

Definitie van ondersteunen: helpen overeind te blijven of helpen als iemand het moeilijk heeft (Encyclo, z.d.).

2. Methode

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving en verantwoording van de methode die gebruikt zal worden om tot beantwoording te komen van de hoofdvraag en de deelvragen. Het gehele onderzoek is gebaseerd op literatuur- en praktijkonderzoek.

2.1 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek zal bestaan uit het zoeken naar artikelen met de best beschikbare bewijslast met behulp van de vijf stappen van evidence based-practice en zal gericht zijn op micro-, meso- en macro niveau.

1. Het (klinische) probleem vertalen in een beantwoordbare vraag;
2. Het efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal;
3. Het beoordelen van het gevonden bewijs op methodologische kwaliteit en toepasbaarheid;
4. Het toepassen van het gevonden resultaat in de praktijk;
5. Het regelmatig evalueren van het proces en het resultaat (Cox et al, 2012).

Er zal bij de literatuurstudie onderscheid gemaakt worden in evidence uit verschillende bronnen. Voor het formuleren van een goede zoekvraag is gebruik gemaakt van de PICO methode (Cox et al, 2012). De afkorting PICO staat voor P-patiënt, I-intervention, C-comparison en O-outcome. De PICO voor het zoeken naar literatuur in dit onderzoek luidt:

P: verpleegkundigen

I: interventies, huidige beleid bij Buurtzorg

C: ontbreken van interventies en eenduidig beleid

O: reduceren of voorkomen van overbelasting mantelzorgers, samenwerking mantelzorgers, balans in draaglast en draagkracht

Het literatuuronderzoek wordt voltooid door gebruik te maken van de zoekmachines Springer Link, Google Scholar, Pubmed en Google, met de volgende zoektermen:

Onderzoek naar samenwerking met mantelzorgers, Richtlijn mantelzorg, mantelzorger, caregiver, overload, samenwerking mantelzorgers en wijkverpleegkundigen, participatie samenleving, homecare, collaboration.

2.2 Onderzoeksmethode

Bij praktijkonderzoek kan gebruik gemaakt worden van kwantitatief en/of kwalitatief onderzoek. De keuze hierbij hangt af van welke methode de meest bruikbare informatie geeft op de onderzoeksvraag. Bij dit onderzoek is een keuze gemaakt voor de kwalitatieve methode. Het gaat hierbij om het verkrijgen van inzichten en het openstellen voor de ervaringen van de respondenten (Baarda, 2014). Door middel van het stellen van open vragen wordt er ruimte geboden aan de ervaringen van de geïnterviewde respondenten. De mogelijkheid bestaat om met hen de diepte in te gaan met doorvragen naar ervaringen, positieve en negatieve aspecten. Een beoordeling van non-verbale reacties behoort hierbij tot de mogelijkheden. Op onverwachte situaties kan ingegaan en vragen kunnen bijgesteld worden.

2.3 Data-verzamelmethode en analyse

2.3.1 Data-verzamelmethode

De bepaling van de methode van dataverzameling hangt af van meerdere factoren zoals onder andere de probleemstelling, populatie, budget en de tijd. Dataverzameling voor dit praktijkonderzoek zal plaats vinden met behulp van interviews. Hierbij zal gebruik gemaakt gaan worden van semigestructureerde interviews (Verhoeven, 2014).

Gebruikmakend van een topiclijst zullen vragen opgesteld worden, die gebaseerd zijn op het literatuuronderzoek en de hoofdvraag. De hiermee ontwikkelde semigestructureerde interviews zullen circa acht tot twaalf vragen bevatten. Daarbij zal ruimte zijn om in te gaan op de eigen ervaringen van de respondent. De tijdslimiet van de interviews zal ongeveer 45 minuten zijn. Naast de opgestelde vragen zullen de respondenten de mogelijkheid krijgen om onderwerpen te bespreken die zij gemist hebben.

De respondent verneemt vooraf van de interviewer dat de gegeven informatie gebruikt zal gaan worden voor een afstudeeronderzoek naar de samenwerking tussen verpleegkundigen en mantelzorgers bij Buurtzorg om zo na te gaan hoe die verloopt en of eventuele overbelasting bij mantelzorgers verminderd kan worden. Met behulp van een geluidsopname wordt een letterlijke uitwerking van het interview gemaakt. Voor deze geluidsopname wordt vooraf toestemming gevraagd.

Voorafgaand aan de interviews zullen minimaal twee proefinterviews worden afgenomen. Hierbij wordt nagegaan of de vragenlijst hiaten of overbodige zaken bevat. De interviews worden individueel afgenomen maar zullen worden opgenomen en beoordeeld door de andere onderzoekers. Hierna zullen eventueel nog aanpassingen plaatsvinden (Verhoeven, 2014).

2.3.2 Data-analyse

Na de dataverzameling, worden de interviews verbatim uitgetypt en kwalitatief geanalyseerd. Verhoeven (2014:317) geeft een stapsgewijze methode om verzamelde gegevens op een kwalitatieve manier te verwerken.

Stap 1: Uiteenrafelen van de tekst en opzoeken van relevante fragmenten.

Stap 2: Evalueren van de termen uit deze fragmenten. Toekennen waarde hieraan.

Stap 3: Omschrijven, coderen van de fragmenten met een woord.

Stap 4: Eerste ordening. Groeperen van termen of codes.

Stap 5: Aanbrengen van een volgorde in deze ordening.

Stap 6: Leggen van verbanden tussen de begrippen. Eventueel splitsen van codes.

Stap 7: Aanbrengen verdere structuur. Gegevens in een model plaatsen.

Stap 8: Model in verband brengen met probleem- en vraagstelling.

Deze methode zal in grote lijnen worden gevolgd voor het analyseren en coderen van de dataverzameling. De genoemde stappen zullen niet altijd helder te onderscheiden zijn en vloeiend in elkaar overlopen. Op deze wijze zal worden gewerkt aan het beantwoorden van de hoofdvraag. De onderzoekers zullen deze procedure individueel toepassen en daarna de uitkomsten met elkaar vergelijken om tot overeenstemming te komen van de resultaten.

2.4 Onderzoekspopulatie en steekproef

In dit onderzoek wordt het volgende onder populatie verstaan: Alle eenheden waarvan in het onderzoek uitspraken gedaan worden (Verhoeven, 2014).

De onderzoekspopulatie in dit onderzoek betreft twee categorieën binnen de drie Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid.

1. Verpleegkundigen die werkzaam zijn in de zelfsturende teams binnen Buurtzorg in de bovengenoemde teams.
2. Mantelzorgers die zorg verlenen aan de cliënten binnen deze bovengenoemde teams.

In dit onderzoek wordt onder de steekproef verstaan: Een selectie uit de populatie die de mogelijkheden heeft aan het onderzoek mee te doen. (Verhoeven, 2014).

1. Een selectie van minimaal drie verpleegkundigen uit elk team werkzaam binnen de drie zelfsturende Buurtzorgteams uit Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid.

2. Een selectie van minimaal drie mantelzorgers uit elk team, die zorg verlenen aan de cliënten binnen de drie zelfsturende Buurtzorgteams uit Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid.

Gezien het tijdsbestek voor dit onderzoek is het niet mogelijk om alle personen uit de populatie te interviewen en de gegevens te verwerken, ook het bereik voor de gehele populatie zal niet haalbaar zijn. Het onderzoek zal op deze manier te omvangrijk worden. Er is daarom gekozen voor een voorlopige afbakening van het aantal te interviewen personen. Zowel bij verpleegkundigen als mantelzorgers gaat het om drie personen per team. De selectie zal plaats vinden op grond van beschikbaarheid en tijd van de verpleegkundigen en mantelzorgers. Dit aantal zal uitgebreid worden indien geen verzadiging van de onderzoeksgegevens is verkregen.

In dit onderzoek wordt onder respondenten verstaan: personen die daadwerkelijk deelnemen aan vragenlijstenonderzoek (Verhoeven, 2014).

Respondenten zijn verpleegkundigen en mantelzorgers uit de betreffende regio's die daadwerkelijk deelnemen aan dit onderzoek.

2.4.1 Inclusie criteria

De inclusie criteria voor dit onderzoek zijn de verpleegkundigen uit de Buurtzorgteams van Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid. Tevens de mantelzorgers van cliënten binnen deze drie teams, die minimaal acht uur per week aan mantelzorg besteden.

2.4.2 Exclusie criteria

De exclusie criteria zijn mantelzorgers van cliënten uit andere Buurtzorgteams dan bovengenoemde. Mantelzorgers die minder dan acht uur per week aan mantelzorg besteden. Verpleegkundigen die niet werkzaam zijn in een van de drie teams en verzorgenden binnen en buiten deze teams zijn ook uitgesloten van deelname aan dit onderzoek.

2.5 Validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek

2.5.1 Validiteit

Validiteit is de mate waarin onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2014). Bij validiteit wordt ook wel onderscheid gemaakt tussen interne en externe validiteit.

De interne validiteit wordt verhoogd doordat er gewerkt wordt met een semigestructureerde vragenlijst die gebaseerd is op de literatuur. Eveneens doordat eerst twee proefinterviews afgenomen worden bij een verpleegkundige en een mantelzorger uit een zelfsturend team van Buurtzorg om zo onduidelijkheden te ondervangen.

Daarnaast worden deze interviews opgenomen en door de andere onderzoekers beoordeeld om bij eventuele op- of aanmerkingen de vragen te kunnen aanpassen.

Tijdens het lopende onderzoek worden de interview vragen niet gewijzigd, omdat de resultaten dan niet meer eenduidig geïnterpreteerd kunnen worden.

De resultaten zullen niet representatief zijn voor de rest van de Buurtzorgteams in Nederland, omdat als steekproef slechts drie teams gekozen zijn voor het onderzoek. Deze teams uit Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid, vormen naar verwachting wel een afspiegeling van alle Buurtzorgteams, omdat het gaat om een team uit een middelgrote stad, een grote stad en een dorp.

In dit onderzoek worden verschillende maatregelen genomen om de validiteit van dit kwalitatieve onderzoek te verhogen.

Er wordt tijdens het onderzoek een logboek bijgehouden waarin de registratie van alle stappen en argumentaties wordt verwerkt. Tevens wordt ook gebruik gemaakt van de 'peer feedback' methoden, hierbij geven de onderzoekers, begeleider vanuit school en de instellingsbegeleider feedback op de dataverzameling, analyse en mogelijke argumenten.

2.5.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid hangt af van de nauwkeurigheid van het gebruikte meetinstrument. Betrouwbaarheid geeft de mate aan waarin een onderzoek vrij is van toevallige fouten (Verhoeven, 2014).

Verhoeven geeft een aantal maatregelen (2014:336), die ook op dit onderzoek toegepast kunnen worden.

De onderzoeksopzet wordt verantwoord middels dit plan van aanpak. Het plan wordt meegelezen en/of beoordeeld door de instellingsbegeleider, opleidingsbegeleider en opleidingsbeoordelaar. Gebruik zal worden gemaakt van een (semi)gestructureerde vragenlijst, die gebaseerd is op de literatuur. De interviews zullen opgenomen worden. De interviewvragen en het afnemen hiervan zullen getest worden door middel van twee proefinterviews.

Na de proefinterviews kunnen deze nog eenmaal aangepast worden aan de hand van de bevindingen. Na het afnemen van de interviews en voorlopige analyse van de gegevens zal gekeken worden of informatieverzadiging is opgetreden. Als dit niet het geval is, zullen de onderzoekers nog meer interviews afnemen. De verzamelde data zullen op een systematische manier geanalyseerd worden door alle onderzoekers afzonderlijk. Hierna zullen de gegevens door middel van peer feedback beoordeeld en gecodeerd worden.

2.6 Ethische aspecten

Van de werkgever is toestemming verkregen om verpleegkundigen en mantelzorgers van cliënten te interviewen.

Er zal integer omgegaan worden met de respondenten. Hun deelname aan de interviews is vrijwillig en er zal vooraf duidelijke informatie plaatsvinden over het doel van het onderzoek en hoe met de gegevens zal worden omgegaan. Te allen tijde hebben de respondenten gelegenheid om hun medewerking aan het onderzoek te beëindigen.

Met de persoonlijke gegevens uit de interviews wordt zorgvuldig en vertrouwelijk omgegaan. De verkregen informatie wordt anoniem verwerkt in het verslag. Ook bij de presentatie van de resultaten wordt de anonimiteit gewaarborgd.

Door middel van dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan het tot stand brengen van goede zorg. Alles wat tijdens het onderzoek ten nadele van de individuele cliënt en mantelzorger zou kunnen zijn, zal daarom vermeden worden.

Na afloop van het onderzoek zullen de opnames worden verwijderd, zodat gegevens niet meer traceerbaar zullen zijn.

3. Resultaten uit het onderzoek

3.1 Resultaten literatuuronderzoek

3.1.1 Definitie mantelzorg

Voor het begrip mantelzorg bestaan veel definities. In de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, art. 1b, 2015) is mantelzorg “langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt”. Mezzo, de landelijke vereniging voor mantelzorgers en zorgvrijwilligers omschrijft het op haar site beknopt: “Mantelzorg is alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving” (Mezzo, 2014). In sommige onderzoeken worden striktere marges aangehouden bij de definitie en worden alleen mensen die langer dan drie maanden en meer dan acht uur per week hun naaste helpen als mantelzorger aangemerkt. Dit maakt het mogelijk om het aantal zwaarder belaste mantelzorgers in kaart te brengen. Aan laatstgenoemde omschrijving voldeden in 2015 ruim 600.000 mensen (SCP, 2015). Worden als criteria drie maanden óf meer dan acht uur per week genomen dan komt het aantal mantelzorgers tussen de 3,5 en 4 miljoen te liggen. (SCP, 2015).

Uit Europees onderzoek blijkt dat Nederlandse inwoners, samen met die uit Zwitserland, Frankrijk en Spanje minder mantelzorg verlenen dan Tsjechen, Grieken en Duitsers (Riedel & Kraus, 2011). In dit onderzoek is het percentage Nederlandse mantelzorgers lager dan volgens de Nederlandse cijfers. In tegenstelling tot wat in ons land gebruikelijk is, wordt huishoudelijk werk in het Europese onderzoek buiten beschouwing gelaten in het geval de mantelzorger een huisgenoot is.

3.1.2 Verwachtingen vanuit overheid

Het huidige zorgstelsel is er op gericht dat mensen zolang mogelijk thuis en zelfredzaam kunnen blijven (Rijksoverheid, z.d.). Tegelijk is, om de zorg betaalbaar te houden, de rol van overheid en professionals gekanteld van zorg overnemen, naar samenwerken en ondersteunen van eigen kracht van cliënten (Peters & Scholten, 2014).

Wijkverpleegkundigen dienen te indiceren volgens het normenkader en het cliëntstelsel te onderzoeken op mogelijkheden van de cliënt zelf of die van zijn netwerk om problemen op te lossen. Pas als dit niet toereikend is komt professionele zorg in beeld (V&VN, 2012).

Ook is de zorg gedecentraliseerd en zijn veel voorzieningen en taken die eerst bij de Rijksoverheid lagen nu bij de gemeenten neergelegd. De Wmo 2015, opvolger van de wet uit 2007, wil het gebruik van de voorzieningen beperken. Dit moet worden bereikt doordat burgers eerst hun eigen mogelijkheden onderzoeken en een beroep doen op hun eigen omgeving. Het ondersteunen van het netwerk van de cliënt, dus ook van de mantelzorgers, is een voorliggende oplossing boven het gebruik van algemene voorzieningen. Het verstrekken van individuele hulpmiddelen wordt als laatste stap toegepast (Overheid.nl, 2015). Op deze manier moeten de middelen terecht komen bij de mensen die het echt nodig hebben. Het “recht op zorg” is een beleidsvrijheid van de gemeente geworden (Jager-Vreugdenhil, 2012). Mantelzorgers zijn hiermee een onmisbare schakel geworden in de zorg. Dit kan ertoe leiden dat zij zich gevangen voelen tussen hun vrijwillig opgepakte taak en wat de overheid van hen wil. Het inschakelen of verlenen van mantelzorg blijft echter altijd een vrije keuze en cliënten kunnen niet verplicht worden hun netwerk in te schakelen. Mantelzorgers zijn niet verplicht om hulp te verlenen (Movisie, 2014). Tegelijkertijd is het vanuit de mantelzorger gezien niet altijd een vrije keuze om hulp te verlenen. Verantwoordelijkheidsgevoel voor de ander en verwachtingen van de omgeving kunnen mee bepalen of iemand mantelzorgtaken zal vervullen (Jager-Vreugdenhil, 2012).

3.1.3 Rollen van mantelzorgers

Mantelzorgers groeien vaak langzaam in hun rol. Het startpunt ligt in de relatie die ze met de ander hebben vanuit een gelijkwaardige relatie van geven en ontvangen. Het passeren van de grens tussen het geven van gebruikelijke zorg en zorg die dat niet meer is, is niet gemakkelijk te markeren. Mantelzorgers zullen zich niet snel als zodanig typeren en ook degene aan wie ze hulp verlenen blijven hen zien als partner, kind of ouder. Mantelzorger is een term die professionals hen toekennen (Jager-Vreugdenhil, 2012).

Twigg (in Jager-Vreugdenhil, 2012) onderscheidt drie mogelijke functies van mantelzorgers. De mantelzorger als resource, als co-worker en als co-cliënt. In het eerste geval is de mantelzorger een nuttige hulpbron waardoor de professional zijn taak goed kan uitvoeren. In de tweede situatie helpt de mantelzorger de professional om de gestelde zorgdoelen te halen en in het laatste geval is de mantelzorger zelf een onderdeel van het zorgplan van de zorgverlener. Het is belangrijk voor een professional om de mantelzorger te herkennen en erkennen in zijn rol. Tevens om onderscheid in functies te kunnen maken, omdat het tot een dilemma kan leiden in hoe er met de situatie wordt omgegaan. De keuze kan liggen tussen de continuïteit van zorg van de cliënt of het welzijn van de overbelaste mantelzorger. Ook kan de vraag gesteld worden of de aandacht uit moet gaan naar de meest belaste mantelzorger of naar degenen die niet in beeld zijn of afhaken (Jager-Vreugdenhil, 2012). De zorg zal hiervoor op maat gesneden moeten worden.

3.1.4 Samenspel formele en informele zorg

Sinds 2009 wordt in Nederland het vergelijkbare SOFA-model gehanteerd om aan te geven welke rollen de mantelzorger kan vervullen in de driehoeksverhouding met de zorgverlener en degene die hulp nodig heeft en welke houding hierbij past. Dit zijn samenwerkingspartner (Samenwerken), schaduwcliënt (Ondersteunen), persoonlijk betrokkene (Faciliteren) en ervaringsdeskundige (Afstemmen) (Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.).

Vanuit de overheid ligt de nadruk op de mantelzorger als samenwerkingspartner of co-worker, omdat dit leidt tot besparing. En als overbelasting dreigt komt hij in beeld als schaduwcliënt of co-cliënt. Het is belangrijk de mantelzorger te blijven zien in zijn oorspronkelijke context van persoonlijk betrokkene, omdat van hieruit de motivatie komt om te zorgen voor de naaste (Jager-Vreugdenhil, 2012).

Peters en Scholten (2014) beschrijven dat professionals een andere manier van werken moeten aanleren, om mantelzorgers een prominentere rol toe te kennen bij de zorgverlening. Vaardigheden die zij dan moeten ontwikkelen zijn bijvoorbeeld: ondersteunend bezig zijn en vertrouwen hebben in eigen kunnen van netwerk, als coach optreden, overzicht houden, dichtbij en laagdrempelig zijn. Het gaat om meedenken in plaats van opleggen.

3.1.5 Juridische aspecten van mantelzorg

Vanuit wet- en regelgeving zijn nog enkele relevante gegevens te noemen. De Kwaliteitswet Zorginstellingen richt zich op zorgaanbieders en schrijft voor dat deze verantwoorde zorg moeten bieden. Deze wet is niet van toepassing op mantelzorgers en beperkt hun activiteiten dus niet (Scholten & Van Dijk, 2012). Ook richtlijnen en protocollen zijn opgesteld voor beroepsbeoefenaars en zeggen niets over hoe mantelzorgers hulp verlenen. De wet BIG bepaalt dat bepaalde risicovolle handelingen zijn voorbehouden aan bevoegde personen. Het gaat hier om beroepsmatige werkzaamheden. Mantelzorgers vallen buiten deze wet en het is hen toegestaan deze handelingen uit te voeren. Bij fouten is de mantelzorger en niet de zorgaanbieder aansprakelijk, omdat een mantelzorger niet in opdracht van een zorgaanbieder handelt (Dijk van, 2012). In de rol van falende toezichthouder kan een zorgaanbieder wel aansprakelijk gesteld worden. Bij een verschil van inzicht tussen zorgverleners en cliënt over de kwaliteit van de zorg door de mantelzorger is het raadzaam te documenteren dat dit een punt van bespreking is geweest en ook wat is gedaan om dit te

verbeteren en te monitoren. Hiermee toont de zorgaanbieder aan dat hij aan zijn zorgplicht voldaan heeft (Scholten & Van Dijk, 2012).

Verpleegkundige handelingen vallen niet onder gebruikelijke zorg. Gebruikelijke zorg is zorg die huisgenoten geacht worden elkaar te geven. De consequentie hiervan is dat mantelzorgers niet de plicht hebben zorg te geven die buiten deze gebruikelijke zorg valt, zoals verpleegkundige zorg. Eveneens kunnen cliënten verpleegkundige handelingen door mantelzorgers weigeren (Dijk van, 2012).

3.1.6 Draagkracht en draaglast

De verhouding tussen draaglast en draagkracht geeft de belasting van de mantelzorger weer. Draaglast geeft het totaal van lasten aan waar een mantelzorger mee te maken heeft en draagkracht geeft het vermogen aan om de lasten waarmee de mantelzorger te maken heeft te dragen. Wanneer de balans tussen de draaglast en de draagkracht zoek is en het gevaar bestaat dat de draaglast groter wordt dan de draagkracht, ontstaat de kans op overbelasting (Kragt, 2007 & Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.).

Dat de draaglast groter is dan de draagkracht kan blijken uit verschillende signalen. Deze zijn onder te verdelen in drie categorieën (Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.):

1. Lichamelijke klachten:
hoofdpijn, buikpijn, verhoogde bloeddruk, toenemende vermoeidheid, duizeligheid en afnemende eetlust.
2. Psychische klachten:
schuldgevoelens, vergeetachtigheid, slaapproblematiek en snel geëmotioneerd raken.
3. Gedragmatige klachten:
rusteloos, chaotisch, agressief, verwaarlozing, gebruik van kalmerende middelen.

Volgens Kragt (2007) wordt de verstoring van de balans tussen draaglast en draagkracht in grote mate beïnvloed door persoonlijke factoren van de mantelzorger. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen objectieve en subjectieve belasting. Objectieve belasting houdt de belasting in die buitenstaanders kunnen waarnemen en die door een ander kan worden gemeten aan de hand van verschillende gegevens, zoals aard en duur van de ziekte van de zorgvrager en de hoeveelheid verzorgende taken die een mantelzorger uitvoert. Subjectieve belasting draait om de persoonlijke beleving en gevoelens van de mantelzorger. Subjectieve belasting is moeilijker te meten dan objectieve belasting. Verschillende meetinstrumenten zijn ontwikkeld waarmee objectieve en/of subjectieve belasting vastgesteld kunnen worden (Kragt, 2007).

3.1.7 Meetinstrumenten

CRA-D (Caregiver Reaction Assessment Dutch)

Dit meetinstrument (zie Bijlage 2) meet de ervaren zorglast van mantelzorgers. De CRA bestaat uit 24 stellingen, die zijn onderverdeeld in vijf categorieën: mate waarin de mantelzorger zijn of haar dagelijkse taken moet onderbreken, de financiële belasting, het tekort aan steun van de familie, de gezondheidsproblemen van de mantelzorger en de positieve ervaringen van het verlenen van zorg door de mantelzorger (Expertisecentrum mantelzorg, z.d.). De vragenlijst besteedt aandacht aan de subjectieve factoren in belasting van de mantelzorger en is neutraal opgesteld van aard (Kragt, 2007). Omdat dit instrument niet ziekte specifiek is, is het geschikt voor gebruik voor mantelzorgers bij alle soorten patiëntengroepen. Het afnemen van de vragenlijst neemt vijf tot tien minuten in beslag.

CSI (Caregiver strain index)

Dit is een meetinstrument (zie Bijlage 2) dat bestaat uit dertien stellingen die beantwoord kunnen worden met 'ja' of 'nee'. Van overbelasting is sprake wanneer zeven stellingen of meer positief beantwoord zijn (Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.). De stellingen gaan in op de subjectieve belasting en besteden geen aandacht aan objectieve belasting van de mantelzorger (Kragt, 2007). De CSI is een wetenschappelijk gevalideerd instrument en is ontwikkeld in de Verenigde Staten van Amerika in 1983 door B. Robinson. De CSI is één van de meest gebruikte (internationale) meetinstrumenten om overbelasting bij mantelzorgers te meten. Dit instrument is in eerste instantie geïmplementeerd binnen de CVA revalidatie in heel Nederland, maar is ook bruikbaar voor mantelzorgers van andere patiëntengroepen. De CSI is snel en eenvoudig in gebruik (Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.).

EDIZ (Ervaren Druk door Informele Zorg)

Het meetinstrument EDIZ (zie Bijlage 2) is vooral ontwikkeld om belasting bij mantelzorgers van patiënten met dementie te meten. EDIZ is wetenschappelijk gevalideerd en bestaat uit een lijst met negen stellingen, welke oplopend beantwoord kunnen worden van minder naar meer druk. Het invullen van de lijst neemt ongeveer vijf minuten in beslag (Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.). De uitkomsten van het meetinstrument moeten worden beschouwd als een momentopname. Bij het regelmatig invullen van de vragenlijst ontstaat een overzicht op de langere termijn. De EDIZ wordt bij verschillende instellingen gebruikt zoals onder andere het Trimbos Instituut, de Academie Gezondheidszorg in Utrecht en het Alzheimercentrum van het VU Medisch Centrum (Kragt, 2007).

EDIZ-plus

Dit is een vragenlijst (zie Bijlage 2) die ook gebruikt kan worden bij mantelzorgers van andere patiëntengroepen dan alleen die van patiënten met dementie. De items uit de vragenlijst zijn meer arbeid gerelateerd en richten zich op de gezondheid van de mantelzorger (Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.).

SRB (Self Rated Burden Scale)

Dit is een instrument (Bijlage 2) waarbij met behulp van een lijn met daarop de getallen 1-100, door mantelzorgers kan worden aangegeven hoe zij op dat moment de zorglast ervaren. Dit gebeurt door middel van één vraag waarbij de 0 weergeeft dat de mantelzorger "de zorg helemaal niet zwaar vindt" en de 100 geeft aan dat zij "de zorg veel te zwaar vindt". Het instrument is niet ziekte specifiek. Uit onderzoek over respijtzorg (Exel van, Scholte op Reimer, Brouwer, Van den Berg, Koopmanschap & Van den Bos, 2004) blijkt dat dit instrument prettig in gebruik is, omdat het beknopt is en de mantelzorger aan kan geven hoe hij de draaglast ten opzichte van de draagkracht ervaart. Het meetinstrument meet alleen subjectieve belasting. Niet ingegaan wordt op de oorzaak van de overbelasting (Kragt, 2007).

Volgens Kragt (2007) die alle bovenstaande meetinstrumenten met elkaar heeft vergeleken, blijkt dat draagkracht en draaglast de belangrijkste aspecten zijn bij het ervaren van overbelasting van mantelzorgers. Dit komt in geringe mate terug bij bovenstaande meetinstrumenten. Alle meetinstrumenten zijn binnen vijf tot tien minuten in te vullen. Het taalgebruik van de EDIZ en CSI is eenvoudig. De CRA is complexer vanwege de langere zinnen. De vragenlijst van de EDIZ is niet neutraal en bevat veel negatieve aspecten van het verlenen van mantelzorg. De CRA bevat ook positieve vragen. Dit zorgt voor een prettigere balans. De SRB is geschikt om een zeer snelle indruk te krijgen van de belasting van de mantelzorger. Daarna zou er met behulp van een ander instrument moeten worden gezocht naar de oorzaken van de belasting.

Mantelscan

De mantelscan (zie Bijlage 2) is een instrument om samen met de mantelzorger en de patiënt het zorgnetwerk in kaart te brengen. De scan biedt visuele hulpmiddelen bij het structureren van het zorgnetwerk. De mantelscan is ontwikkeld naar aanleiding van het onderzoek naar netwerken “Op zoek naar weerkaatst plezier” (Tonkens, Broeke, Hoijtink, 2009) van de Universiteit van Amsterdam. Hieruit kwam de behoefte naar voren om te werken met een instrument dat de belasting van het netwerk in kaart brengt. In de mantelscan wordt aandacht besteed aan onder andere vragen van de mantelzorger, de aard van de zorgvraag, het zorgnetwerk en geeft een advies aan de mantelzorger. Een vast onderdeel van de mantelscan is de ecomap (het in kaart brengen van het sociale netwerk), genogram (het in kaart brengen van de familie) en de EDIZ. De mantelscan is voor elke zorgverlener te gebruiken en duurt ongeveer een uur. Het draagt bij aan de vertrouwensband en maakt mantelzorgers bewuster van de situatie. Na de verkregen informatie kan een advies worden gegeven op basis van de bestaande knelpunten (Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.).

3.1.8 Mantelzorgbeleid bij Buurtzorg

Het mantelzorgbeleid van Buurtzorg Nederland geeft duidelijk weer wat wordt verwacht van de verpleegkundigen. Het beleid geeft door middel van zes stappen aan wie welke zorg levert en wat de verpleegkundigen hierbij nodig hebben.

De stappen zijn te doorlopen als een continu interactief en iteratief proces waarin kennis en informatie wordt opgebouwd over nieuwe oplossingen.

Na een goede (1) behoefte- indicatie bouwt de buurtzorgprofessional het (2) informele en (3) formele netwerk rondom de cliënt op, wordt er (4) zorg verleend en aandacht besteed aan de (5) adaptieve hulpvragen van de cliënt, waarna de zorg weer (6) afgebouwd wordt.

1. *Behoeftindicatie*: De verpleegkundigen gaat in het ‘zorgplan’ uit van de concrete behoeften van de cliënt door een diagnose van de totale situatie middels een zorgvraag diagnose, een maatschappelijke diagnose en een sociale diagnose.
2. *Informeel cliëntnetwerk*: De verpleegkundigen bouwt en ondersteunt om de cliënt heen een sluitend netwerk van informele zorg door vrijwilligers en mantelzorger.
3. *Formeel zorgnetwerk*: De verpleegkundigen bouwt rondom het team en de cliënt een sluitend netwerk van alle formele zorg- en hulpverleners uit de buurt die ingeschakeld en geconsulteerd kunnen worden ten behoeve van de cliënt.
4. *Zorg*: De verpleegkundigen levert kwalitatief hoogwaardige en verantwoorde zorg (persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteuning, etc.), op basis van gelijkwaardigheid en gericht op kwaliteit van leven.
5. *Adaptieve hulp*: De verpleegkundigen levert adaptieve hulp aan de cliënt, op maat gesneden op de persoonlijke, sociale en materiële opgaven van het individu.
6. *Ontzorgen*: De verpleegkundigen werkt aan de zorgonafhankelijkheid, zelfredzaamheid en samenredzaamheid van de cliënt binnen zijn systeem (Buurtzorgweb, 2015).

Daarnaast is het beleid bij Buurtzorg dat bij een intake de situatie van de cliënt in kaart gebracht dient te worden met de mogelijkheden van de mantelzorgers. Deze informatie kan in het Buurtzorg Informatie Systeem (BIS) worden verwerkt. Het BIS is gebaseerd op het Omaha systeem (een classificatie systeem voor het zorgplan, met vier domeinen waarbinnen aandachtsgebieden worden onderscheiden, het omgevingsdomein, het psychologisch domein, het fysiologisch domein en het gezondheid gerelateerd domein). Bij de intake kunnen signalen en symptomen met betrekking tot de (on)mogelijkheden van de mantelzorg in kaart worden gebracht.

Ter ondersteuning kan gebruik gemaakt worden van enkele van de eerder beschreven meetinstrumenten om overbelasting bij mantelzorgers in kaart te brengen, de Self Rated Burden en de Caregiver Strain Index. Deze zijn door Buurtzorg in het BIS opgenomen.

Bij het kiezen van interventies kan gebruik gemaakt worden van de richtlijn Mantelzorg. Deze richtlijn is een overzicht van alle mogelijke problemen en bijbehorende interventies op het gebied van mantelzorg. De richtlijn staat in het BIS zodra duidelijk is dat mantelzorg een actueel of potentieel probleem is.

Met de uitkomsten hiervan kunnen tevens de ondersteuningsinterventies gemeten worden op effectiviteit (Buurtzorgweb, 2015).

3.1.9 De vakgroep Mantelzorg

De vakgroep mantelzorg is in 2011 gestart, maar is drie jaar later weer gestopt. De bijeenkomsten van de vakgroep kostten teveel tijd, reistijd en declaraties en het uiteindelijke doel werd niet duidelijk. De vakgroepen passen niet goed bij het Buurtzorgconcept, aldus projectmedewerker Margo Berends. Het expertnetwerk, waar iedere verpleegkundige met een aandachtsgebied van een bepaald ziektebeeld of project zich kan aanmelden sluit beter aan omdat dit vraag- en opdrachtgericht werkt. Hiermee kan hulp ingeschakeld worden van een collega die in het expertnetwerk zit. Buurtzorg werkt vanuit het principe, 'geen aanbod creëren waar geen vraag voor is'.

Vanuit deze gedachte heeft Buurtzorg ook besloten niet mee te doen aan het onderzoek 'In voor mantelzorg', een landelijk programma waaraan 80 zorginstellingen hebben meegewerkt. Eerdergenoemde projectmedewerker gaf aan dat Buurtzorg wel benaderd wordt voor dit soort onderzoeken maar zichzelf de keus stelt waar ze aan mee wil werken. Het is voor Buurtzorg de afweging wat dit oplevert en hoeveel tijd het kost, het doel was bij dit onderzoek niet relevant genoeg. (M. Berends, persoonlijke mededeling, 15 maart, 2016).

Buurtzorg Nederland is begin 2015 gestart met het faciliteren van teams bij het opstarten van preventieprojecten in de wijk. Thema's waarop deze preventieprojecten zich richten zijn sociale activering, gezonde leefstijl en het versterken van informele zorg. Bij dit laatste gaat het vooral om het verzorgen van mantelzorgcursussen waarbij aandacht wordt besteed aan de verzorging van een zieke in de thuissituatie en informatie over ziekte en gezondheid (Buurtzorgweb, 2015).

3.1.10 Beschikbare cursus

De cursus ZorgSamen voor mantelzorgers is in januari 2016 beschikbaar gesteld op het Buurtzorgweb. Het eindresultaat is een werkboek (cursusinhoud) en een draaiboek (voorbereiding) voor een vijfdelige cursus. Uitleg over de nieuwe regels in de zorg, de WMO, vaardigheden en informatie over onder andere verzorging, medicatie en hulpmiddelen. Deze cursus onderscheidt zich van eerdere soortgelijke cursussen door de vermelding van relevante veranderingen in de wetgeving.

Het werkboek en draaiboek zijn direct in te zetten omdat het kant en klare documenten zijn en hierdoor bruikbaar in alle teams (Buurtzorgweb, 2016).

3.1.11 Slotsom

In deze literatuurstudie is onderzocht wat de positie is van de mantelzorger in het huidige zorgstelsel waarin de informele zorg een steeds grotere plaats inneemt. Ook is beschreven wat de verhouding is tussen draaglast en draagkracht en welke meetinstrumenten beschikbaar zijn om deze uitkomst vast te stellen. Tevens is onderzocht wat het beleid van Buurtzorg is ten aanzien van mantelzorgers en welke keuzes hierbij gemaakt zijn.

3.2 Resultaten praktijkonderzoek

De resultaten uit het praktijkonderzoek worden weergegeven aan de hand van meerdere concepten. Deze concepten zijn zichtbaar geworden na het analyseren van de interviews. De resultaten zijn onderverdeeld in die voor mantelzorgers en voor verpleegkundigen van Buurtzorg.

3.2.1 Resultaten mantelzorgers

3.2.1.1 Mantelzorger worden

Alle geïnterviewde mantelzorgers vertellen dat het worden van mantelzorger geen bewuste keuze is geweest. Twee van de negen mantelzorgers zien het als hun plicht dit te doen. “Ik vind als echtgenote, dan heb je toch ook wel zorgplicht. Dat gaat gewoon automatisch zonder na te denken, dat doe je gewoon” (B9, r.11). “Ja, dat word je gewoon natuurlijk, ja het is je man dus daar doe je alles voor” (B1, r.37). De overige mantelzorgers laten weten dat het hen is overkomen. “Daar rol je in, het wordt steeds meer. Dat is niet van ik zal nu eens mantelzorger gaan worden, je hoort pas later dat dat zo heet” (B2, r.40). “Je hebt niet zoiets van oh ik word mantelzorger, maar het sluimert er gewoon in. Je gaat eigenlijk steeds meer steun bieden en helpen waar het kan. Dus ja, het overkomt je” (B7, r.31).

3.2.1.2 Grenzen van de mantelzorger

De mantelzorgers uit het praktijkonderzoek hebben verschillende reacties over waar hun grenzen liggen. Twee mantelzorgers geven aan niet te weten waar hun grens ligt. “Nee, ik zou niet weten waar die grens...” (B6, r.73). Anderen laten weten dat de grens ligt bij het toenemen van de huidige zorg. “Dat zou ik ook niet aankunnen allemaal. Dat ik ze moet gaan wassen en dan zou ik toch wel hulp daarvoor inschakelen daarnaast, want dat wordt te zwaar” (B7, r.64). “Of als ze helemaal bedlegerig wordt, dat is natuurlijk ook een stuk zwaarder, dan wordt het lastig” (B2, r.47). Een andere grens kan het gedrag of mentaal welbevinden van de zorgvrager zijn. “Dan denk ik ja, we helpen waar we kunnen en als je dan zo doet is dat verre van leuk. En dan zeg ik dat is mijn grens” (B7, r.45). “Gaaf hij dement worden, dan denk ik dat ik de grens ga bereiken, omdat je dan een driedubbele zorg gaat krijgen. En dan heb ik zoiets van dat is mijn grens. Maar zolang zijn koppetje nog goed is, hou ik het vol” (B9, r.20). Een andere beweegreden voor het niet stellen van een grens is de angst voor opname in een intramurale instelling. “We willen ze natuurlijk zo lang mogelijk thuis laten”. (B7, r.59). “En dan, als je niet wilt dat ze in een tehuis komt” (B8, r.21). Eén mantelzorger vertelt aan de grens te zitten: “als ik eerlijk ben dan ben ik allang aan de grens” (B5, r.28).

3.2.1.3 Signalen van overbelasting

Acht van de negen geïnterviewde mantelzorgers herkennen signalen van overbelasting, al dan niet in ernstige mate. De laatste mantelzorger laat weten dat het nog te dragen is. “... vooral met constant dezelfde vragen en constant opbellen. Dat gebeurt natuurlijk ook veel... Je wordt er heel ongeduldig van” (B2, r.49). “Dat ik wat minder van haar kan hebben of zo. Het is ook niet altijd even makkelijk” (B8, r.38). “Heel erg moe kunnen zijn. En wat ik tegenwoordig ook steeds meer doe is 's middags eventjes een uurtje op de bank liggen, dan ben ik te moe om aan mijn hobby te beginnen” (B9, r.33). Signalen van overbelasting zijn niet alleen lichamelijk, maar kunnen ook zorgen voor mentale overbelasting. “En dat is voor mij een teken dat ik op dat moment wel eens overbelast ben, niet alleen lichamelijk, maar ik ben ook veel geestelijk bezig” (B9, r.41). “... Het werkt natuurlijk op je hoofd maar ook op je lijf in” (B5, r.62). Een toename van de draaglast is een genoemde oorzaak van overbelasting bij verschillende mantelzorgers. “Het is ook alles er omheen, alle extra's alle zorgafspraken” (B5, r.66). Vier van de negen mantelzorgers geven aan meer tijd voor zichzelf nodig te hebben ter voorkoming van overbelasting. “Dan denk ik wel eens tjonge tjonge nou niet eens eventjes iemand anders die het voor een uurtje kan overnemen” (B6, r.84). “Wat zou ik dan

nodig hebben? Dat hij eens een paar uurtjes gewoon door iemand opgehaald wordt, dat ze even lekker met hem gaan wandelen, dat ik een paar uurtjes voor mijzelf heb” (B9, r.41).

3.2.1.4 Participatie samenleving

Drie van de negen mantelzorgers merken dat er gekort is op extra's vanwege de bezuinigingen. “Ze krijgt gelukkig ook nog haar huishoudelijke hulp. Niet veel, daar is ook op gekort ...” (B8, r.97). “Ja, minder huishoudelijke hulp wel, dit zou ik meer krijgen” (B1, r.53). De bezuinigingen hebben ook gevolgen voor het mantelzorg compliment. “Maar vroeger toen ik voor ... zorgde kreeg ik een mantelzorgcompliment, weet je wel? Dat was best leuk. Het was natuurlijk niet veel. Maar het idee dat je inderdaad gewaardeerd werd he. Dat vond ik echt wel leuk, maar dat is allemaal al verdwenen” (B8, r.70). Andere mantelzorgers hebben geen ervaring of verwachting van de gemeente, of zij houden dit zelf af omdat zij moeite hebben met loslaten. “Je gaat natuurlijk eigenlijk pas in het uiterste situatie naar zo'n instantie toe naar de gemeente. Ik bedoel je zou nog eerder bij je buurvrouw iets vragen” (B5, r.155). “Ik moet zeggen dat ik daar nooit bij stil heb gestaan, ik heb gewoon het werk gedaan” (B6, r.97). “Vervangende mantelzorg maar dan is het dat een vreemd iemand hier zou komen ...” (B5, r.96).

3.2.1.5 Meetinstrumenten

Zes van de negen geïnterviewde mantelzorgers vertellen nog niet eerder van een meetinstrument voor het meten van overbelasting te hebben gehoord of dat het ooit is afgenomen door een verpleegkundige van Buurtzorg. Overbelasting komt wel tijdens persoonlijk contact ter sprake. De overige drie mantelzorgers hebben deze vraag niet beantwoord. “Dat ik een formulier heb ingevuld dat zou ik me niet kunnen herinneren nee, niet gebeurd niet” (B2, r.70). “Nee, ik had er ook nog nooit van gehoord” (B8, r.123). “Hebben wel geregeld gesprekken via de telefoon of als ik bij mijn moeder ben maar verder niet” (B2, r.71). Voor wat betreft de mantelscan geven drie mantelzorgers aan dat zij er geen behoefte aan hebben. “Van mij hoeft het niet, het gaat goed zo” (B1, r.68). Twee mantelzorgers vertellen dat zij daar weinig tot geen netwerk voor hebben. “Nee, want degene die echt ja voor de rest bij ... komen dat zijn niet echt vaste mensen dan. Er komen natuurlijk wel eens mensen, maar niet dat je zegt van echt een vast netwerk” (B7, r.139). Een laatste mantelzorger laat weten dat het inzetten van een vast netwerk niet zinvol is, omdat zij nog een te gevarieerd leefpatroon hebben om zich vast te leggen met afspraken. “Nou het is hier niet elke dag hetzelfde, dat is toch een gevarieerd patroon en dan lijkt het mij ook heel erg moeilijk om dan iedereen te vragen van joh zou jij dan op die dag of op die dag iets willen doen. Want dan kan ik nooit van te voren zeggen. Dus ik denk niet dat dit nut heeft voor me” (B9, r.85).

3.2.1.6 Samenwerking met de verpleegkundigen

Alle geïnterviewde mantelzorgers zijn positief over de samenwerking met de verpleegkundigen van Buurtzorg, op twee verbeterpunten en één incident na. Als positieve punten worden genoemd dat de verpleegkundigen van Buurtzorg betrokken zijn, er een goede communicatie is, er voldoende afstemming bij de zorg is geweest, dat zij lief zijn, dat zij de zorg verlichten, dat zij de tijd voor ontspanning nemen en dat zij vrolijkheid meebrengen. “De communicatie loopt heel goed” (B7, r.187). “Maar het heeft alle verwachtingen overtroffen. Ik zou jullie niet meer willen missen. Heel Buurtzorg niet” (B9, r.118). Als verbeterpunt laat één mantelzorger weten dat zij het dossier mist nu alles digitaal gerapporteerd wordt. “Vroeger had je een map he. Maar die is er niet meer” (B8, r.152). Een andere mantelzorger vertelt dat er bij de start geen afstemming van de zorg is geweest, maar dat zij dit niet heeft gemist omdat dit hoofdzakelijk over huishoudelijk werk ging. “De taken van nu en ons daar is geen afstemming over geweest daar wordt nooit over gepraat, maar ik heb ook het idee dat jullie taak niet is haar financiën en de boodschappen en de

vuilnisbak buiten aan de straat zetten. Dit doen de verpleegkundigen niet” (B2, r.87). Zeven van de negen mantelzorgers laten weten geen verbeterpunten voor de samenwerking met de verpleegkundigen te hebben. “Nou nee ik zou het zo niet weten ik kan niet echt iets zeggen wat er veranderd zou moeten worden” (B2, r.97). Eén mantelzorger heeft een incident gehad met een verpleegkundige, maar dit is eenmalig geweest.

3.2.2 Resultaten verpleegkundigen

3.2.2.1 Herkenning van de rollen

Alle geïnterviewde verpleegkundigen herkennen de drie rollen van mantelzorgers, expert, samenwerkingspartner en schaduwcliënt uit de praktijk. Een verpleegkundige zegt: “Ik denk en dan heb ik een beetje de pest over mezelf, denk verdorie, zo simpel, waarom heb ik dit nou niet bedacht waarom heb ik daar de tijd niet voor genomen. Het zijn zeker experts, nou en of” (A4, r.14). Een ander over de rol van samenwerkingspartner: “dat je dat samen doet ja dat is eigenlijk de meest ideale omstandigheid” (A6, r.14). De rol van schaduwcliënt vindt de meeste herkenning. Een verpleegkundige zegt: “de andere rollen zijn niet zo intens, zo voel ik het, dan niet zo voor ons belangrijk. We moeten eigenlijk juist de mantelzorger die zo overbelast is een beetje bewaken dat dat weer goed komt. Ja, de laatste vind ik echt de belangrijkste” (A8, r.25). Door de intake ontstaat er al een beeld van welke rol de mantelzorger inneemt zegt een verpleegkundige. De mate waarin verpleegkundigen zich bewust zijn van de rollen varieert. Vier verpleegkundigen zijn zich hier bewust van, maar vinden soms de overgang vloeiend of plaatsen personen niet gauw in een hokje en vinden dat iedere mantelzorger anders is: “ieder mens is gewoon anders en ook de motivatie van iedereen is ook anders ja er zijn mensen die dat gewoon heel enthousiast doen en is ook heel leuk vinden je heb ook kinderen die veel doen omdat het eenmaal zo hoort ja dat maakt al een heel verschil” (A2, r.48). Drie verpleegkundigen waren zich eerder niet bewust van de rollen van mantelzorgers, maar herkennen ze wel.

3.2.2.2 Verwachtingen

De verwachtingen die verpleegkundigen hebben in de samenwerking met mantelzorgers stemmen in grote mate overeen. Vier van de acht verpleegkundigen verwachten in de samenwerking: afstemming, het doel helder krijgen, samen alles op de rit krijgen, beide partijen observeren en het netwerk in kaart blijven houden. Hierbij hoort goede communicatie die een belangrijke rol speelt in de samenwerking. “Nou sowieso goeie communicatie en open verhouding dat ze echt durven wat te vragen en te bespreken een beetje op gelijk niveau willen proberen om daar mee om te gaan ...” (A8, r.30). De verhouding tussen formele en informele zorg speelt hierbij tevens een rol. Bij vier van de acht verpleegkundigen ligt een grens bij de technische handelingen. Zij verwachten dit niet van mantelzorgers, maar is van de situatie afhankelijk; soms kunnen en doen mantelzorgers dit wel. Ook geven drie verpleegkundigen aan dat het belangrijk is om tijdens een intake de verwachtingen onderling te bespreken, van zowel de cliënt, de mantelzorgers en de verpleegkundigen. Op deze manier liggen er afspraken, dan zijn de grenzen duidelijk en is er een goede basis. Een verpleegkundige geeft aan dat het bij Buurtzorg wat vloeiender verloopt, die overgang tussen de formele en informele zorg: “een heel belangrijke rol speelt dat mensen veel vaker er voor kiezen om thuis te blijven maar dat is niet alleen een vrije keuze maar veelal ook ingegeven door het feit dat, dat ook verwacht wordt of dat het beleid daar heel sterk op gericht is” (A6, r.30).

3.2.2.3 Samenwerking

De samenwerking van mantelzorgers is een groot concept uit de interviews. Verpleegkundigen gaven duidelijk aan wat zij willen, hopen en verwachten in de samenwerking met de mantelzorgers. Twee van de acht verpleegkundigen zegt zelfs dat zij niks zonder mantelzorgers kunnen en dat het dan minder aangenaam is voor de cliënt: “en

samenwerkingspartner om de doelen te bereiken, ja dat is zeker waar want zonder die mantelzorgers kunnen wij eigenlijk niks” (A4, r.17). Vijf van de acht verpleegkundigen geven aan dat zij meer de mantelzorgers kunnen inschakelen. “Daar hoef je geen ouderwetse houding voor te hebben, maar we moeten gewoon die mantelzorgers veel meer inschakelen” (A4, r.78).

Alle verpleegkundigen geven aan dat de samenwerking erg belangrijk is, maar ook lastig kan zijn in sommige cliëntsituaties. Een verpleegkundige zegt dat familie vaak meer kan doen dan dat ze doet en dat deze grens van wie doet wat moeilijk aan te geven is. Twee van de acht andere verpleegkundigen geven aan dat zij de samenwerking goed vinden lopen: “Ja, want dat is bij heel veel cliënten ook wel aan de orde, dat het allemaal goed loopt en dat je goede afspraken kan maken ... bij het grootste deel van de cliënten is dat ook en ervaar ik die samenwerking altijd als heel prettig” (A7, r.39). Drie van de acht verpleegkundigen geven aan dat het ook voor een groot deel te maken heeft met het coachen van de mantelzorgers en het bijsturen. Eens in de zoveel tijd een gesprek over de voortgang van de cliënt en de samenwerking van beide partijen zou meer kunnen, aldus vijf van de acht verpleegkundigen. “... Dan zou je weer is een gesprek met een persoon willen hebben en gaan kijken van hé wat doe jij wat doe ik, wat er aan de hand is ook om te zorgen dat iemand thuis ook overeind kan blijven dat is het uiteindelijke doel” (A2, r.58).

3.2.2.4 Nieuwe vaardigheden

De geïnterviewde verpleegkundigen zien dat ze nieuwe vaardigheden nodig hebben in de omgang met mantelzorgers. Toch zijn ook dingen hetzelfde gebleven. Drie verpleegkundigen met veel ervaring werkten altijd al volgens het principe dat de cliënt en zijn systeem leidend zijn en dat je daar bij moet aansluiten en moet samenwerken. Een van hen erkent dat het in sommige situaties lastig kan zijn om de regie te delen, “omdat je dan als het ware verschillende kapiteins hebt” (A6, r.41). Het is een zoeken naar balans, mensen hun eigen kracht bewust maken en leren vinden, maar aan de andere kant ook opkomen voor mensen die dit zelf niet kunnen en overbelasting signaleren, geven drie verpleegkundigen aan als vaardigheden in hun huidige werk. Het netwerk erbij betrekken is een thema dat vijf verpleegkundigen op de een of andere manier noemen. Een zegt: “Wat de huidige stand van zaken is in de zorg en dat er ook wel verwacht wordt, waar mogelijk mantelzorgers betrokken moeten worden in de zorg dat je wel probeert met elkaar te kijken wie wat kan doen dat je niet zegt oh, wij zijn van de zorg en nemen alles van jullie over” (A3, r.86). Mantelzorgers meer inschakelen is zo’n nieuwe vaardigheid, maar blijft altijd maatwerk. Een verpleegkundige zegt dat cliënten ook niet altijd alles met hun mantelzorger willen bespreken, bijvoorbeeld omdat ze hen willen beschermen. Drie verpleegkundigen zeggen dat het soms toch gemakkelijker is om het zelf te doen, dan om het aan mantelzorgers of cliënten te vragen: “dan denk je er inderdaad ook niet aan en dan heb je het zelf gedaan voordat je het aan hun heb gevraagd” (A4, r.72). Een van die drie vindt dat vragen vooral moeilijk omdat ze bang is voor overbelasting van mantelzorgers. Een ander vindt dat ze nog wel kan groeien in het de cliënt zelf laten doen: “ik zou nog meer gericht kunnen zijn eventueel op het zelf aanleren, zelf doen” (A5, r.37). Twee verpleegkundigen noemen ook loslaten als een nieuwe vaardigheid. Overleg en contact hebben met mantelzorgers speelt een centrale rol in de taken van verpleegkundigen. Zes van de acht verpleegkundigen noemen hier aspecten van: twee hebben het over verwachtingen uitspreken en taken verdelen. Andere zaken die in dit verband uit de interviews naar voren komen zijn: mensen informeren over het mantelzorgproces, regelmatig evalueren en met de familie om de tafel zitten om overbelasting te signaleren, maar ook om waardering en steun uit te spreken. Ook contact op andere manieren, zoals even bellen of mailen met mantelzorgers zien verpleegkundigen als hun taak met als doel goede zorg voor de cliënt. Een verpleegkundige vindt dat ze met haar overstijgende rol haar collega’s kan aansturen en een ander vindt dat door die hogere verwachtingen haar werk leuker is geworden.

3.2.2.5 Draaglast en draagkracht

Alle acht verpleegkundigen kunnen benoemen wanneer de draaglast de draagkracht te boven gaat. Een zegt dit bij het zorgstartgesprek soms op te maken uit hoe mantelzorger en cliënt met elkaar omgaan: “Dan merk je al een beetje hoe het gaat en hoe de interactie is” (A7, r.120). Vaak geven mantelzorgers zelf ook aan dat de zorg zwaar is: ze vertellen het, ze klagen er over, ze kunnen hun emoties niet onder controle houden. Ze laten soms hun irritaties merken en zijn korter aangebonden. Deze punten gaven vijf verpleegkundigen aan. Twee verpleegkundigen noemen non-verbale signalen: “Je ziet het ook... aan die gezichten soms” (A4, r.94). Tevens kan het een onderbuikgevoel zijn, het loopt niet meer lekker. Het kan ook zijn dat de mantelzorger allerlei klachten ontwikkelt, hij wordt ziek of raakt burn-out.

Samen noemen de verpleegkundigen veel aspecten die deze overbelasting kunnen veroorzaken. Vijf keer wordt gezegd dat je voor mantelzorg niet zelf kiest, dat het sluipenderwijs steeds verder gaat en dat het door de langdurigheid te zwaar wordt: “mensen beginnen op dag A, want dan moeder niet meer alleen zijn, maar wat ze zich niet realiseren... je kan wel beginnen maar wanneer is het einde” (A6, r.65). Wat de last ook groter kan maken en uit twee interviews naar voren komt, is dat de cliënt zelf geen hulp wil aanvaarden: “dat is soms wel dat het heel lang aanmoddert dat de kinderen heel hoog zit maar de ouders willen het niet hebben” (A1, r.91) of dat de mantelzorger de zorg moeilijk los kan laten. Nog een verzwarende factor die uit twee interviews naar voren komt is dat de mantelzorger geen erkenning en waardering voor zijn zorgtaken krijgt van de cliënt. Het feit dat andere partijen, zoals familie, professionals of de gemeente, waardering geven aan mantelzorgers kan de zorg juist lichter maken: “mensen willen ook gezien worden in hun rol daar waardering voor krijgen, erkenning is een heel belangrijk punt” (A6, r.75). Gebrek aan ondersteuning wordt driemaal genoemd als risicofactor die het wankel evenwicht tussen draagkracht en draaglast kan verstoren en waarbij overbelasting op de loer ligt. Dit vindt plaats als een mantelzorger er veelal alleen voor staat en als hij niet even afstand kan nemen, niet iets voor zichzelf kan doen en hij geen vakantie kan nemen. Mensen die zelf moeite hebben om redzaam te blijven omdat ze lichamelijk, psychisch of sociaal zwakker zijn, lopen een groter risico op overbelasting als ze ook nog voor een ander moeten zorgen. Dit geven drie verpleegkundigen aan. Een verpleegkundige geeft wel aan dat het kijken naar overbelasting subjectief is, dat je ook kunt projecteren doordat je je inleeft.

3.2.2.6 Meetinstrumenten

Meetinstrumenten is een veel gekozen concept bij het analyseren van de interviews van de verpleegkundigen. Hieronder vallen ook de onderwerpen ervaringen met de mantelscan en signaleren van overbelasting van mantelzorgers. De ervaringen zijn minimaal maar men is op de hoogte van het bestaan. Er wordt door acht verpleegkundigen gezegd dat er nog niet eerder mee is gewerkt: “... niet veel denk ik helemaal niet ze zullen wel bestaan ze zullen wel de scorelijsten hebben maar nee eigenlijk nee nee ik zou het niet weten of wij op het web ook formulieren hebben ik heb die nog nooit gezien ...” (A1, r.103). Vier verpleegkundigen weten dat er een meetinstrument is: “... maar ik ben er zelf niet bekend mee. Maar ik had het wel opgezocht op het Buurtzorgweb dus ik heb wel gekeken van hoe die lijst er uit ziet ...” (A7, r.142). Vier verpleegkundigen geven aan het enerzijds niet perse nodig te hebben om overbelasting te herkennen: “...ik gebruik het toch meer mijn oren ogen en observatie mijn verstand. Daar komt het meetinstrument denk ik wel een beetje in terug” (A3, r.119). “... natuurlijk het geeft houvast maar voor mezelf heb ik wel een voelhoorn als dat in de lucht hangt dan vang ik het wel op dat is wel soms heel duidelijk” (A6, r.91). Maar anderzijds zeggen alle verpleegkundigen dat het ook erg verhelderd kan zijn. Verpleegkundigen staan open om met een instrument of scan te gaan werken en om ervaring op te doen, alles om de zorg en samenwerking te verbeteren: “maar ik denk dat zinvol is ...” (A4, r.135), “... in ieder geval kan dat heel steunend zijn denk ik en dat kan zowel voor de zorgvrager als voor de zorgverlener, die mantelzorger dan, heel veel dingen verduidelijken ...” (A6, r.97).

Bij de intake wordt door alle verpleegkundigen rekening gehouden met mantelzorgers. Zij zijn zich hiervan goed bewust en proberen dan ook in kaart te brengen wie wat doet rondom een cliënt: “Nou op zich vraag je ook best wel bij startgesprek al van de verhouding en de relatie met de kinderen en het contact persoon en wie doet die doet wat. En dat is eigenlijk ook al een meting natuurlijk van hoe een netwerk in elkaar zit ... ” (A8, r.115).

3.2.2.7 Buurtzorgbeleid

Het Buurtzorgbeleid op het gebied van mantelzorg is bij weinig van de geïnterviewde Buurtzorgverpleegkundigen bekend. Van de acht verpleegkundigen weet een verpleegkundige wat hierin vermeld staat en de overige zeven weten niet wat dit beleid inhoudt: “Ze moeten ongetwijfeld iets hebben, mantelzorgers is het item van nu” (A5, r.98). Wel geven zij aan ongeveer een idee te hebben wat er in hoort te staan. Twee verpleegkundigen weten dat er op het Buurtzorgweb instructiefilmpjes zijn voor gesprekken met de mantelzorgers. Een andere verpleegkundige zegt dat verpleegkundigen weten dat het belangrijk is om mantelzorgers in te schakelen: “... dat goed te begeleiden dat dat wel echt heel belangrijk is (A4, r.141). “Dat we minder zorg leveren en dat mantelzorg daarin komt” (A4, r.142). De enige verpleegkundige die weet te vertellen wat er in het beleid staat, geeft aan dat Buurtzorg veel handvatten heeft voor mantelzorgondersteuning, zoals: “...soort van scholing gehad over de mantelzorg die vind ik heel duidelijk die op het web staat ...” (A3, r. 135). Over het beleid zelf geeft ze nog een aanvulling: “... het beleid ja, ik denk dat je echt moet kijken in een situatie waar je komt, niet van wat kan ik hier allemaal eens gaan doen maar meer eens kijken en proberen de vraag achter de vraag daarbij proberen te krijgen ...” (A3, r.137). Er komt duidelijk naar voren dat verpleegkundigen het erg belangrijk vinden om iets met de mantelzorgers te willen gaan doen: “... ik denk wel dat dat de mantelzorgers heel belangrijk zijn voor Buurtzorg. Dat we daar heel open voor moeten staan en dat stimuleren sowieso ...” (A8, r.129).

3.2.2.8 Voorzieningen vanuit de gemeente

Over het concept voorzieningen vanuit de gemeente hebben de verpleegkundigen van Buurtzorg weinig inhoudelijke informatie te melden. Vier van de acht verpleegkundigen weten dat de gemeente kortingen geeft en jaarlijks een kleine intentie wil geven aan mantelzorgers, het zogenaamde mantelzorgcompliment. Hierop is de laatste jaren erg bezuinigd. Een verpleegkundige is hiervan precies op de hoogte: “er was altijd een mantelzorgcompliment, dat is drastisch ingeperkt, het was een leuke bijdrage, dat was echt een compliment voor niks dat je €250 kreeg, maar dat is teruggebracht naar een leuke cadeaubon van een tiende daarvan” (A3, r.147). Dat bij de gemeente via de Wmo hulpmiddelen aangevraagd kunnen worden noemen twee verpleegkundigen. Een van hen noemt in een adem dat het heel vervelend is dat de afhandeling hiervan zo lang duurt: “dan is het heel frustrerend voor de mantelzorg en de cliënt en soms is het probleem zelfs opgelost. De verwerking van een hulpvraag is dus gewoon heel lang” (A8, r.150). Ook wordt door vier verpleegkundigen genoemd dat de gemeente bijeenkomsten voor mantelzorgers organiseert. Dat de gemeente ondersteuning kan bieden door vrijwilligers of maatjes weten vier verpleegkundigen. Vijf verpleegkundigen vinden van zichzelf dat ze niet op de hoogte zijn van wat de gemeente kan bieden aan mantelzorgondersteuning. Een zegt: “die moet ongetwijfeld ook van alles hebben maar daar zou ik meer over moeten weten” (A5, r.122). Een verpleegkundige vindt dat de gemeente te weinig aandacht heeft voor mantelzorgers: “Je zou toch bijna denken dat het serieuzer genomen moet worden, want ik denk het is zo duidelijk dat het nodig is of dat het een functie heeft. Ik denk zonder de mantelzorg zou heel veel absoluut niet meer lopen of gaan” (A6, r.127).

3.2.2.9 Knelpunten en succesfactoren in de samenwerking met mantelzorgers

Als knelpunt komt duidelijk naar voren dat er vaker een overleg gepland kan en moet worden met de mantelzorgers van een cliënt, dat ze elkaar zien en als de situatie vaker verandert, praat dit ook makkelijker. Mantelzorgers moeten sneller en beter betrokken worden en ook door de verpleegkundigen op de hoogte gehouden worden aldus drie verpleegkundigen. Daarnaast geven twee verpleegkundigen aan soms amper te weten wie de kinderen zijn en wat ze precies doen voor de cliënt. Verder worden verkeerde afspraken, het tekort schieten door te weinig tijd, een klein team, weinig afwisseling, de bemoeienis van andere collega's, taken die de mantelzorger niet oppakt, strubbelingen tussen familieleden, communicatie en bereikbaarheid tussen mantelzorgers en verpleegkundigen als knelpunt ervaren door de verpleegkundigen. "Een familie die wilde niet zo heel erg meewerken met Buurtzorg samen. Dat was een beetje stroef met de communicatie. Dat vond ik dan wel weer lastig. Nou lastig, de situatie is zoals die is maar ja dat zou dan soms best beter kunnen" (A7, r.187). Twee verpleegkundigen ervaren te weinig kennis en vaardigheden om met de mantelzorgers te communiceren. Het coachen, sturen en de motiverende gespreksvoering wordt hierbij als een gemis ervaren. Ook wordt soms te weinig aandacht en tijd besteed aan de mantelzorger tijdens de intake, dit wordt dan later pas nagevraagd en bestaat de kans dat zaken dubbel geregeld worden.

Verder geven vier verpleegkundigen aan dat kleinschalige teams een succes is vanwege het kennen van alle mantelzorgers, de tijd kunnen nemen, de persoonlijke aandacht, het goed contact hebben met cliënten en omgeving: "En dat vind ik wel een van de prettigere dingen bij Buurtzorg. Je bouwt natuurlijk heel snel een band op met cliënten en dat werkt heel prettig. Mensen vertrouwen je dan ook sneller en dan zijn ze ook wel geneigd om meer tegen je te zeggen en in vertrouwen te nemen" (A7, r.166).

3.2.2.10 Wat verpleegkundigen nodig hebben voor goede samenwerking

Zeven van de acht geïnterviewde verpleegkundigen geven aan wat ze nodig zouden hebben om nog beter met mantelzorgers te kunnen samenwerken. Een verpleegkundige vindt dat het goed gaat en kan niets bedenken. De anderen dragen zaken aan die in verschillende categorieën gegroepeerd kunnen worden. Twee hebben interesse om meer met instrumenten te doen, zoals de mantelscan. Ze verwachten daardoor bewuster met mantelzorgers om te gaan en geen dingen over het hoofd te zien: "dan vraag je wel van joh hoe is het maar dan ben je iets bewuster daar mee bezig" (A5, r.135). Drie pleiten voor een betere invulling van de regisseursrol, duidelijker die rol pakken. Dit staat dan tegenover bemoeienis met de mantelzorger door iedereen, wat twee van deze verpleegkundigen niet prettig vinden. Hiermee hangt samen dat de cliëntbesprekingen beter kunnen, met een kleiner groepje, maar wel "dat we ook even echt stil moeten gaan staan bij kwaliteitsvragen van wat kunnen we en zijn we goed bezig?" (A6, r.164). Een derde aspect dat drie verpleegkundigen noemen is tijd en aandacht voor de mantelzorger. Daarbij wordt aangegeven dat dat meestal al wel aanwezig is, maar er wordt niettemin aandacht voor gevraagd, want "dan hoor je gelijk van alles meer of mensen gaan dan dingen zeggen en dat is quality time" (A6, r.175). En dan niet alleen zijdelings bij het geven van zorg, maar bij veranderingen moet er duidelijk gecommuniceerd en geëvalueerd worden. Een onderwerp dat een verpleegkundige inbrengt is de wens tot scholing op het gebied van gespreksvoering en begeleiding. Want: "Wij kunnen zelf goed zorgen maar het is ook weer een ander vak om een ander te leren van hoe kan ik beter voor mezelf en mijn partner zorgen" (A3, r.200). Twee verpleegkundigen geven aan dat ze meer kennis zouden willen hebben van de sociale kaart en van wat mogelijk is aan hulpmiddelen en voorzieningen en wat dit kost. Een van de twee geeft aan dat ze meer persoonlijk contact met contactpersonen uit de wijk zou willen hebben.

4. Conclusie, aanbevelingen, discussie

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde: Hoe werken verpleegkundigen en mantelzorgers van de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid samen en wat hebben beide partijen hierbij nodig, om zo mogelijk overbelasting bij mantelzorgers te verminderen? De conclusie tracht op deze vraag een antwoord te formuleren.

4.1 Conclusie uit praktijkonderzoek

4.1.1 Conclusie praktijkonderzoek mantelzorgers

Het worden van mantelzorger is in alle gevallen geen bewuste keuze geweest. Het is een geleidelijk proces. Vanwege de persoonlijke band wordt de mantelzorgrol soms als een verplichting ervaren. Waar voor een mantelzorger de grens ligt van het zorgen, is heel persoonlijk. Als grens wordt aangegeven het verzwaren van de huidige zorg of mentale achteruitgang. De meeste mantelzorgers kunnen niet vertellen waar hun grens ligt. Soms blijven mantelzorgers doorgaan met zorgen om hiermee een opname in een instelling te voorkomen. Bijna alle mantelzorgers herkennen bij zichzelf signalen van overbelasting. De ervaren signalen betreffen zowel het lichamelijke als mentale welbevinden van de mantelzorger. Een toename van de draaglast en bijkomende zaken zijn genoemde oorzaken. Mantelzorgers geven aan tijd voor zichzelf nodig te hebben om verdere overbelasting te voorkomen. Bezuinigingen ten gevolge van de participatiesamenleving worden door mantelzorgers ervaren. Genoemd worden het korten op de huishoudelijke hulp en het verdwijnen of verminderen van het mantelzorgcompliment. Mantelzorgers hebben weinig ervaringen en of verwachtingen van de gemeente met betrekking tot mantelzorgondersteuning. De oorzaak kan voortkomen uit de moeite om de zorg los te laten.

De mantelzorgers zijn niet op de hoogte van het bestaan van een meetinstrument voor het meten van overbelasting. Tijdens persoonlijk contact wordt het onderwerp overbelasting door de verpleegkundigen bespreekbaar gemaakt. Bij de mantelzorgers is geen behoefte aan het invullen van de mantelscan. Op één incident na, zijn alle mantelzorgers positief over de samenwerking met de verpleegkundigen van Buurtzorg. De afstemming van de taken en de communicatie is voldoende. Als positief punt wordt genoemd dat de komst van de verpleegkundigen zorgt voor gezelligheid en ontspanning bij de mantelzorgers. Het merendeel van de mantelzorgers heeft geen verbeterpunten in de samenwerking met de verpleegkundigen.

4.1.2 Conclusies praktijkonderzoek verpleegkundigen

De mogelijke rollen van een mantelzorger worden herkend door de verpleegkundigen, maar veelal is het onbewuste kennis. De schaduwcliënt is als rol het meest in beeld. Als bij de mantelzorger de draaglast de draagkracht te boven gaat merken verpleegkundigen dit goed op. Verpleegkundigen hebben naar mantelzorgers de verwachting van goede communicatie en afstemming over de taken. Bij een intake uitgesproken verwachtingen en gemaakte afspraken vormen een goede basis voor de verdere zorg. De grens tussen formele en informele zorg ligt voor de meeste verpleegkundigen bij technische handelingen, maar dit kan per situatie en mantelzorger verschillen. De samenwerking met mantelzorgers wordt erg belangrijk gevonden, omdat mantelzorgers noodzakelijk zijn voor goede zorg aan de cliënt. Soms is het lastig om mantelzorgers meer in te schakelen, maar meestal verloopt de samenwerking naar tevredenheid. Het doel is dat de cliënt thuis kan blijven met goede zorg. Voor de afstemming en de voortgang is regelmatig een gesprek nodig.

Verpleegkundigen vinden aan de ene kant dat ze dezelfde vaardigheden nodig hebben als vroeger, omdat toen ook de cliënt en zijn netwerk centraal stonden, maar zien toch verschillen omdat ze mantelzorgers meer moeten inschakelen. Het vergt gericht zijn op dingen aanleren in plaats van zelf doen. Contact en overleg spelen een centrale rol in de

taken. Verpleegkundigen hebben nauwelijks ervaring met meetinstrumenten, staan er wel open voor, maar denken dat het weinig toevoegt, omdat ze op hun eigen observaties vertrouwen, zij werken vanuit ervaring en impliciete kennis. Het Buurtzorgbeleid op het gebied van mantelzorg is bij de verpleegkundigen zo goed als onbekend. De wil om zich er meer in te verdiepen is aanwezig. Ook over het gemeentelijk mantelzorgbeleid is weinig kennis. De meeste verpleegkundigen zijn op de hoogte van het mantelzorgcompliment, individuele voorzieningen en vrijwilligers. Tegelijkertijd is de ervaring dat het erg lang duurt voordat er iets geregeld is.

Een succesfactor in de samenwerking met mantelzorgers ligt in de kleinschalige teams, de hieruit voortvloeiende persoonlijke aandacht, de continuïteit en voldoende beschikbare tijd. Soms zijn verpleegkundigen niet tevreden over hoe ze met mantelzorgers communiceren en ervaren ze dat ze onvoldoende toegerust zijn met kennis van mogelijkheden en van professionele gesprekstechnieken.

4.1.3 Eindconclusie

Uit de hierboven beschreven gegevens kan geconcludeerd worden dat verpleegkundigen van de drie onderzochte Buurtzorgteams en de onderzochte mantelzorgers naar tevredenheid samenwerken. Als de informatie uit de conclusie vergeleken wordt met de gegevens uit de literatuur, valt op dat er overeenkomsten zijn op het gebied van het herkennen van het proces van het worden van mantelzorger, van de rollen van mantelzorgers en van de verhouding draaglast/draagkracht en signalen van overbelasting. Het beschreven Buurtzorgbeleid op het gebied van mantelzorg en de in de literatuur gevonden meetinstrumenten behoren echter niet tot de expliciete kennis van de verpleegkundigen. Wat nodig is om de samenwerking te verbeteren en mantelzorgers nog beter te kunnen ondersteunen is dat verpleegkundigen zich hierin verdiepen en zich toeleggen op professioneel communiceren.

4.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen aan verpleegkundigen

Microniveau

1. Omgang met mantelzorgers

- Betrek mantelzorgers bij het intakegesprek, en besteed nadrukkelijk aandacht aan hen. Gebruik hiervoor de interventies uit het Buurtzorg Informatie Systeem (BIS).
- Maak met de mantelzorgers goede afspraken over de taakverdeling, heb daarbij oog voor hun mogelijkheden en hun beperkingen. Leg deze afspraken vast in het dossier.
- Vul de regisseursrol van de verpleegkundigen goed in: zorg dat er regelmatig geëvalueerd wordt met een mantelzorger, dit voorkomt dat iedereen of juist niemand zich er mee bemoeit.
- Bied de mantelzorger voldoende informatie, advies en steun die zij nodig hebben en toon waardering voor de betrokkenheid en inzet van de mantelzorger.

Mesoniveau (teamniveau)

2. Contact met verpleegkundigen in de betreffende drie teams

- Heb tijdens cliëntbesprekingen aandacht voor het welzijn van de mantelzorger.
- Laat overlegmomenten met de mantelzorger verlopen via de eerstverantwoordelijke, de regisseur van de cliënt.

3. Kennis vergroten

- Laat een of twee verpleegkundigen uit het team zich verdiepen in het mantelzorgbeleid van Buurtzorg en dit bespreken in het team of daar een klinische les over geven.
- Laat een of twee verpleegkundigen zich verdiepen in de meetinstrumenten om overbelasting bij mantelzorgers te bepalen en dit bespreken in het team of daar een klinische les over geven.
- Laat een of twee verpleegkundigen per team onderzoeken welke mogelijkheden er zijn binnen de gemeente voor mantelzorgers. Maak hier een digitaal bestand van en bespreek dit in het team.
- Organiseer een bijscholing over gespreksvaardigheden om beter te kunnen adviseren en informeren van mantelzorgers.
- Houd de kennis over het mantelzorgbeleid en de meetinstrumenten op peil door eens per kwartaal het onderwerp te bespreken in een teamvergadering.

Aanbevelingen aan de opdrachtgever

Macroniveau

- Herhaal op de Buurtzorgcongressen workshops over het onderwerp mantelzorg.
- Plaats op het Buurtzorgweb een videoscholing over professionele gespreksvaardigheden.

Aanbeveling voor toekomstig onderzoek

- Onderzoek op welke wijze tacit knowledge de kwaliteit van verpleegkundige zorg beïnvloedt.

4.3 Discussie

4.3.1 Doel

In dit onderzoek is de samenwerking tussen verpleegkundigen en mantelzorgers in de Buurtzorgteams van Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid onderzocht. Er zijn aanbevelingen opgesteld voor verpleegkundigen om de kwaliteit van de samenwerking te verhogen en zo mogelijk overbelasting bij mantelzorgers te verminderen. De aanbevelingen zijn in dit verslag beschreven en daarmee is aan het doel van het onderzoek beantwoord.

Wat opvalt aan de resultaten van dit onderzoek is dat de verpleegkundigen duidelijk herkennen en kunnen aangeven wanneer er sprake is van dreigende overbelasting bij mantelzorgers. Zij zijn echter nauwelijks op de hoogte van meetinstrumenten. Zij staan ervoor open om hier kennis van te nemen, maar verwachten tegelijkertijd dat dit niet veel zal toevoegen, omdat zij vertrouwen op hun eigen observaties. Eveneens is het Buurtzorgbeleid op het gebied van mantelzorg en wat de gemeente voor de mantelzorgers kan betekenen, voor de meeste verpleegkundigen onbekend terrein. Het inzicht bestaat dat met het huidige zorgbeleid mantelzorgers vaker ingeschakeld moeten worden, dan nu al het geval is. Het lijkt er op dat bij de verpleegkundigen in de onderzochte Buurtzorgteams veelal sprake is van impliciete kennis, de zogenaamde tacit knowledge (Cox et al, 2012:23).

De mantelzorgers zijn zich bewust van hun rol, die sluipenderwijs steeds zwaarder is geworden. Zij hebben veelal geen duidelijke grens in gedachten. Zij gaan door zolang het gaat, ook al ervaren ze soms dat het al (te) zwaar is. Wat opvalt, is dat zij vaak zo vergroeid zijn met de situatie dat zij het moeilijk vinden om de zorg los te laten. Dit komt overeen met wat in de literatuur beschreven staat. Mantelzorgers verwachten veelal geen oplossing van de gemeente. Ze zijn tevreden over hoe verpleegkundigen van Buurtzorg met hen omgaan en ervaren dit als steunend. Evenals verpleegkundigen hebben mantelzorgers geen behoefte aan meetinstrumenten.

4.3.2 Methode

Het onderzoek is volgens de beschreven methode uitgevoerd. Het literatuuronderzoek heeft plaatsgevonden door het zoeken naar evidence-based practice literatuur. Er is gebruik gemaakt van informatiebronnen van verschillende databanken. Hierbij is ook gebruik gemaakt van Engelstalige literatuur. Voor het praktijkonderzoek zijn semigestructureerde interviews gehouden. Er is hierbij de mogelijkheid geweest om in te gaan op de eigen ervaringen van de respondenten. Ondanks het beperkte tijdsbestek is een brede verzameling van gegevens gehaald uit praktijkonderzoek van zeventien interviews. Het analyseren van de interviews is gedaan met behulp van labelen en coderen. De verschillende concepten zijn gegroepeerd door ze van een kleur en een naam te voorzien (zie bijlage 4). De interviews konden op deze manier inzichtelijk verwerkt worden.

4.3.3 Bruikbaarheid aanbevelingen

De aanbevelingen voor verpleegkundigen zijn op micro- en mesoniveau opgesteld. Ze zijn verder onderverdeeld in drie punten: omgang met de mantelzorgers, met verpleegkundigen in de betreffende drie teams en vergroting van kennis. De aanbevelingen zijn laagdrempelig opgesteld en goed toepasbaar. Op macroniveau zijn voor de opdrachtgever twee aanbevelingen opgesteld. Het beleid bij Buurtzorg op het gebied van mantelzorg is aanwezig, maar zou meer onder de aandacht van de medewerkers gebracht kunnen worden. Daarop is één van de aanbevelingen gebaseerd. De andere aanbeveling gaat over het aanbod van scholing op de digitale leeromgeving dat Buurtzorg aanbiedt. De visie van Buurtzorg is dat er onderling kennis en behoefte gedeeld kan worden. Door deze aanbeveling onder de aandacht te brengen van het hoofdkantoor in Almelo is de kans

aanwezig dat het opgevolgd zal worden. Ook is de aanbeveling voor een eventueel toekomstig onderzoek goed uitvoerbaar.

4.3.4 Validiteit

De vragenlijsten van de interviews zijn opgesteld aan de hand van de uitkomsten van de literatuurstudie. Dit heeft de validiteit vergroot. Dit geldt ook voor het feit dat er gebruik is gemaakt van semigestructureerde vragenlijsten. Hierdoor is het meetinstrument meer valide geworden. Voor zover de onderzoekers konden beoordelen hebben de respondenten geen sociaal wenselijke antwoorden gegeven. Ook dit is de validiteit ten goede gekomen. Naast het steeds beoordelen van de gegevens van de onderzoekers onderling, is tijdens het hele onderzoek meegelezen en feedback gegeven door de begeleider en de instellingsbegeleider. Dit heeft tevens geleid tot grotere validiteit. De resultaten en conclusies zijn goed in verband te brengen met de hoofdvraag. Ook dit is van belang voor de validiteit.

4.3.5 Betrouwbaarheid

Doordat er gebruik is gemaakt van verschillende informatiebronnen zoals semigestructureerde interviews en literatuuronderzoek is er op breed niveau gekeken en informatie verzameld. Voor een groot deel stemde de informatie vanuit de literatuur en de interviews overeen. Deze herhaling in de informatie is een graad voor de betrouwbaarheid van de gegevens (Verhoeven, 2014). Hieruit kon geconcludeerd worden dat na het vastgestelde aantal interviews verzadiging was bereikt.

Het doel was om negen verpleegkundigen om medewerking te vragen. Uiteindelijk zijn acht verpleegkundigen geïnterviewd. Vanwege vakantie was een verpleegkundige niet beschikbaar. Voor de uitkomsten heeft dit achteraf gezien geen gevolgen gehad. Dit is afgeleid uit het feit dat er verzadiging van informatie was uit de interviews van de acht andere verpleegkundigen. De interviews zijn afzonderlijk van elkaar uitgewerkt en geanalyseerd. Tevens zijn de uitwerkingen van elkaar beoordeeld wat de betrouwbaarheid heeft vergroot.

Om de betrouwbaarheid te vergroten zijn vooraf proefinterviews met één verpleegkundige en één mantelzorger gehouden. Beide interviews zijn achteraf niet aangepast omdat er geen aanvullingen meer nodig bleken op de gestelde vragen. De proefinterviews zijn beluisterd door alle onderzoekers, zodat helder was hoe de eerste interviews waren verlopen. Het kan voor de betrouwbaarheid van de uitkomsten van de interviews uitgemaakt hebben dat drie verschillende onderzoekers de interviews afgenomen hebben. Dit is geprobeerd te ondervangen door een duidelijke vragenlijst. Tevens bleek het bij het interviewen van sommige mantelzorgers lastig om op te treden als een neutrale onderzoeker, omdat deze mantelzorgers het vraaggesprek gebruikten om hun emoties over hun zware taak te uiten. Om ethische redenen en betrokkenheid met deze mantelzorgers kon de interviewer niet altijd de benodigde afstand bewaren. Dit kan de betrouwbaarheid nadelig beïnvloed hebben. De interviews zijn afzonderlijk van elkaar gelabeld en gecodeerd. Deze analyses zijn van elkaar beoordeeld. Er was overeenstemming over het toekennen van de labels en concepten. Dit heeft de betrouwbaarheid vergroot.

Dit onderzoek heeft plaats gevonden in een beperkt tijdsbestek en in slechts drie teams. Hierdoor is de betrouwbaarheid minder dan wanneer het onderzoek op bredere schaal zou zijn uitgevoerd. De uitkomsten zijn zeker niet generaliseerbaar voor alle verpleegkundigen bij Buurtzorg en mantelzorgers in de thuissituatie.

5. Literatuurlijst

- Baarda, D.B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Buurtzorg. (2016). *Buurtzorg Informatie systeem*. Geraadpleegd op 19 februari 2016 van <https://www.buurtzorgweb.nl/Login.aspx?ReturnUrl=%2f>
- Buurtzorgweb. (2016). *Cursus ZorgSamen voor mantelzorgers*. Geraadpleegd op 12 maart 2016, van <https://puurcommunicatieplein.buurtzorgweb.nl/Pages/Group.aspx?id=192&ArticleID=106636>
- Buurtzorgweb. (2012). *Draaiboek ziekenzorg voor mantelzorgers*. Geraadpleegd op 7 maart 2016, van <https://www.buurtzorgweb.nl/Documenten/Vakgroepen.aspx>
- Buurtzorgweb. (2015). *Mantelzorgbeleid*. Geraadpleegd op 6 maart 2016, van [file:///Users/mirjamderuiter/Downloads/Mantelzorgbeleid%20%20\(4\).pdf](file:///Users/mirjamderuiter/Downloads/Mantelzorgbeleid%20%20(4).pdf)
- Carpenito-Moyet, L.J. (2012). *Zakboek verpleegkundige diagnosen*. (4^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (3e druk). Den Haag: Boom Lemma
- Dijk, K.R. van. (2012). *Juridische aspecten van informele zorg*. Gedownload op 15 maart 2016 van <http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/familieparticipatie/BrochureJuridischeaspectenvaninformelezorg.pdf>
- Encyclo (z.d.). *Ondersteunen*. Geraadpleegd op 19 maart 2016 van <http://www.encyclo.nl/begrip/ondersteunen>
- Ensie (2015). *Wat is samenwerken?* Geraadpleegd op 19 maart 2016 van <https://www.google.nl/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=definitie%20samenwerken>
- Etten, S. van. (2015). *De mantelzorger is overbelast*. Geraadpleegd op 19 februari 2016 van <http://www.venvn.nl/Berichten/ID/352447/De-mantelzorger-is-overbelast>
- Exel, N.J.A. van, Scholte op Reimer, W.J.M., Brouwer, W.B.F., Berg, B. van den, Koopmanschap, M.A., & Bos, G.A.M. van den. (2004). *Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and Self rated burden*. *Clinical Rehabilitation*. Geraadpleegd op 19 maart 2016 van https://scholar.google.nl/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=bUS80OoAAAAJ&citation_for_view=bUS80OoAAAAJ:e5wmG9Sq2KIC
- Expertisecentrum mantelzorg (2014). *Instrumenten en methoden*. Geraadpleegd op 6 maart 2016 van www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/producten-instrumenten-en-methoden.html
- Expertisecentrum Mantelzorg. (z.d.). *Sofa-model*. Gedownload op 11 maart 2016 van http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Sofa_model.pdf

Feith, S., Vermaas, M. (2012). *Besteden verpleegkundigen in het ziekenhuis aandacht aan mantelzorgers?* Tijdschrift voor Verpleegkundigen - 2012 nr. 4, p.44-47. Gedownload op 19 februari 2016 van <http://www.nursing.nl/PageFiles/9962/2012,%204-44.pdf>

Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland? De ambitie van de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken.* Gedownload op 10 maart 2016 van <http://dare.uva.nl/document/2/146178>

Klerk, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P. & Kooiker, S. (2014). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014.* Gedownload op 6 maart 2016 van https://www.mezzo.nl/uploads/content/file/Informele_hulp_Web_gecorrigeerd_def.pdf

Kragt, I. (2007). *Overbelasting van mantelzorger: Op zoek naar het beste meetinstrument, bachelor afstudeerscriptie.* Enschede: Faculteit Management en Bestuur Universiteit Twente.

Lier, W. van. (2014). *Zorg voor mantelzorg, zorg voor kwaliteit.* Gedownload op 19 februari 2016 van http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Artikel-Mantelzorg-De%20Eerstelijns%20juli%202014.pdf

Mezzo. (2014). *Mantelzorg in cijfers.* Geraadpleegd op 11 maart 2016 van <https://www.mezzo.nl/pagina/voor-professionals/thema-s/cijfers-informele-zorg/mantelzorg-in-cijfers>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015). *Toekomstagenda informele zorg en ondersteuning 2015.* Gedownload op 5 maart 2016 van <http://www.toekomstagendainformelezorg.nl/sites/toekomstagendainformelezorg.nl/files/u10/Toekomstagenda%20Informele%20zorg%20en%20ondersteuning%20december2015.pdf>

Movisie. (2014). *Mantelzorgondersteuning is de basis. Aandachtspunten voor lokaal beleid.* Gedownload op 11 maart 2016 van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Mantelzorgondersteuning-is-de-basis%20%5BMOV-5175998-1.0%5D.pdf

Overheid.nl. (2014). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.* Geraadpleegd op 15 maart 2016 van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2015-01-01>

Peeters, J., Werkman, W. & Francke, A. (2014). *Kwaliteit van dementiezorg door de ogen van mantelzorgers: Dementiemonitor Mantelzorg 2013. Deelrapportage 1.* Gedownload op 19 februari 2016 van <http://www.alzheimer nederland.nl/media/23152/Deelrapportage%201%20Kwaliteit%20van%20dementiezorg%20NIVEL%20Alzheimer%20Nederland%202014.pdf>

Riedel, M. & Kraus, M. (2011). *Informal Care provision in Europe: regulation and profile of providers.* Gedownload op 10 maart 2016 van https://www.ceps.eu/system/files/book/2011/11/RR%20No%2096%20_ANCIEN_%20Regulation%20and%20Profile%20of%20Providers%20of%20Informal%20Care.pdf

Rijksoverheid. (z.d.). *Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd?* Geraadpleegd op 15 maart 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/vraag-en-antwoord/organisatie-zorg-en-ondersteuning-per-2015>

Scholten, C., Dijk, K. van. (2012). *Grenzen verleggen. Belemmeringen en mogelijkheden voor samenspel tussen informele en formele zorg*. Gedownload op 15 maart 2016 van <file:///C:/Users/Familie/Desktop/artikelen%20en%20literatuur/Vilans%20NotitieGrenzenVerleggen.pdf>

Scholten, C., Peters, A. (2015). *Eindrapportage In voor Mantelzorg: samen sterker in zorg en ondersteuning*. Gedownload op 10 maart 2016 van http://www.invoormantelzorg.nl/Site_EM/In_voor_Mantelzorg/documenten/In-voor-mantelzorg-Eindrapportage.pdf

SCP. (2015). *Informele hulp: wie doet er wat. Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Geraadpleegd op 11 maart 2016 van http://www.scp.nl/nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Informele_hulp_wie_doet_er_wat

Tonkens, E., Broeke, J. van der en Hoijsink, M. (2009). *Op zoek naar weerkaatsplezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Amsterdam: Pallas Publications.

V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige V&V2020, deel 3*. Gedownload op 19 februari 2016 van http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

V&VN. (2014). *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving*. Gedownload op 19 februari 2016 van <http://www.onvz.nl/ONVZ/documenten/2016/Polisvoorwaarden/onvz-normenkader-vvn-2016.pdf>

V&VN (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Gedownload op 15 februari 2016, van <http://www.praktijkverpleegkundigen-praktijkondersteuners.nl/Files/20150108%20Beroepscode%20Verpleegkundigen%20en%20Verzorgenden.pdf>

Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011). *Programmabrief langdurige zorg*. Gedownload op 19 februari 2016 van <file:///C:/Users/Familie/Downloads/programmabrief-langdurige-zorg.pdf>

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma.

Vilans Kenniscentrum langdurige zorg (z.d.). *Business case Informele zorg*. Gedownload op 6 maart 2016 via http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Business-case-informele-zorg.pdf

6. Bijlagen

Bijlage 1. Tijdsplanning

Datum	Activiteit	Student(en)
Week 6 8/14 feb	Start plan van aanpak	Allemaal
	Maken van een tijdsplanning	Mirjam
	Verdiepen in concept plan van aanpak	Allemaal
	Taken verdelen en afspraken maken	Saskia
	Plannen tussen evaluatie	Allemaal
Week 7/8 15/28 feb	Uitwerken PVA:	Allemaal
	Inleiding en probleemstelling	Liesbeth
	Literatuuronderzoek, onderzoeksmethode en dataverzameling analyse	Saskia
	Onderzoekspopulatie/steekproef, Validiteit/betrouwbaarheid, vpk relevantie en ethische aspecten	Mirjam
	Hoofdvraag en deelvragen	Allemaal
	PVA afronden (25feb)	Allemaal
Week 9. 29/6 maart	PVA naar begeleider (29feb)	Mirjam
	Vervolg literatuur studie deelvragen	Allemaal
	Evaluatie begeleider 2 (3maart)	Allemaal
	Aanpassen feedback PVA begeleider Allen je eigen stuk aanpassen	Allemaal
	Literatuurstudie deelvraag 1	Liesbeth
	Literatuurstudie deelvraag 2	Mirjam
	Literatuurstudie deelvraag 3	Saskia
Week 10/11 7/21 maart	PVA opsturen beoordelaar en instellingsbegeleider (7maart)	Mirjam
	Aanpassen feedback PVA beoordelaar	Allemaal
	Aanpassen feedback PVA instellingsbegeleider	Allemaal
	Literatuur deelvraag 1 in dropbox (20-3)	Liesbeth
	Literatuur deelvraag 2 in dropbox (20-3)	Mirjam
	Literatuur deelvraag 3 in dropbox (20-3)	Saskia
Week12 21/27 maart	Feedback geven op elkaars literatuurstudie (21maart)	Allemaal
	Interview vragen opstellen voor mantelzorgers	Allemaal
	Interview vragen opstellen voor de VZ en VPK	
	Literatuur in verslag zetten en mailen begeleider (27 maart)	Mirjam
	Feedback vragen interview vragen	Mirjam

	begeleider en instellingsbegeleider (27 maart)	
Week 13 28/3 april	Evaluatie begeleider 3 (31 maart)	Allemaal
	Feedback verwerken interview vragen begeleider en instellingsbegeleider (31maart)	Allemaal eigen deel
Week 14 4/10 april	Interviews plannen met mantelzorgers en verpleegkundigen	Allemaal individueel
Week 15 11/17 april	Interviews afnemen bij mantelzorgers en verpleegkundigen	Allemaal individueel
Week 16 18/24 april	Interviews uitwerken 21 april 3^e bijeenkomst	Allemaal
Week 17 en 18 25/8 mei	Uitkomsten praktijkonderzoek beschrijven	Allemaal 5 concepten
Week 19 9/15 mei	Beschrijven van de discussie	Allemaal samen
Week 19 9/15 mei	Aanbevelingen schrijven	Allemaal samen
Week 19 9/15 mei	Samenvatting van het geheel maken	Allemaal samen
16 mei	Uiterlijk alles implementeren	Allemaal samen
17 mei	Verslag voor Feedback naar Gert en Hettie	Mirjam
19 mei	Presentatie voorbereiden en maken	Allemaal samen
26 mei	Verslag voor beoordeling naar Thirza en Hettie	Mirjam
13 juni	Presentatie: Onderzoek mantelzorg 11.30	Allemaal
15 juni	Eindgesprek	Allemaal



Caregiver Reaction Assessment (CRA)

Toelichting

De CRA-D (Dutch) is een instrument voor het meten van de ervaren zorglast bij de partner. Het belicht zowel de positieve als negatieve aspecten van de zorgverlening. Dit instrument is geschikt voor gebruik bij ieder type hulpvrager, doordat het niet ziektespecifiek is. De vragenlijst is in 5-10 minuten in te vullen.

De CRA bestaat uit 24 stellingen, welke zijn op te delen in vijf categorieën:

1. Verstoring van de eigen werkzaamheden/activiteiten (vraag 1, 7, 14, 16, 20);
2. Financiële problemen (vraag 22, 23, 24);
3. Tekort aan steun van de familie (vraag 3, 9, 11, 13, 17);
4. Gezondheidsproblemen (vraag 2, 5, 8, 18);
5. Eigenwaarde (vraag 4, 6, 10, 12, 15, 19, 21).

De mantelzorger geeft aan in hoeverre hij of zij het met deze stelling eens is. Er wordt gebruik gemaakt van een 5-puntsschaal. De antwoorden krijgen de volgende score:

- ☐ Heel erg mee oneens: 1
- ☐ Mee oneens: 2
- ☐ Mee eens noch oneens: 3
- ☐ Mee eens: 4
- ☐ Heel erg mee eens: 5

Let op:

Voor items 2, 3, 15, 21 en 22 geldt precies de omgekeerde score waardering (1= heel erg mee eens, 5= heel erg mee oneens).

De scores worden per categorie opgeteld. Voor categorie 1 tot en met 4 geldt: hoe hoger de Totaalscore, hoe meer negatieve reacties op het zorgen voor de partner. Voor schaal 5 geldt: hoe hoger de totaalscore, hoe meer positieve reacties op het zorgen voor de partner. Per categorieën wordt een conclusie getrokken over de ervaren zorg.

Vragenlijst

Wij willen proberen te begrijpen hoe u het geven van zorg aan uw partner ervaart en hoe dit invloed heeft op uw dagelijkse leven. Hieronder worden u een aantal uitspraken voorgelegd. Wij willen graag weten of u zich kunt vinden in deze uitspraken. Het gaat daarbij om de **afgelopen week**. Wilt u steeds één antwoord aankruisen.

1. Veel van mijn activiteiten zijn gericht op de zorg voor mijn partner

- ☐ heel erg mee oneens
- ☐ mee oneens
- ☐ mee eens noch oneens
- ☐ mee eens
- ☐ heel erg mee eens

2. Ik ben gezond genoeg om voor mijn partner te kunnen zorgen

- ☐ heel erg mee oneens
- ☐ mee oneens
- ☐ mee eens noch oneens
- ☐ mee eens
- ☐ heel erg mee eens



3. Met het hele gezin zorgen we voor mijn partner
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
4. Zorgen voor mijn partner is belangrijk voor mij
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
5. Zorgen voor mijn partner kost al mijn energie
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
6. Ik zorg graag voor mijn partner
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
7. Ik moet dikwijls mijn werk of bezigheden onderbreken om voor mijn partner te zorgen
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
8. Mijn gezondheid is erop achteruit gegaan sinds ik voor mijn partner zorg
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
9. Ik heb het gevoel dat mijn familie mij links laat liggen sinds ik voor mijn partner zorg
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
10. Zorgen voor mijn partner geeft me een goed gevoel
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens



11. Het is heel moeilijk hulp van andere gezinsleden te krijgen bij het zorgen voor mijn partner
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
12. Ik beschouw het als een voorrecht om voor mijn partner te zorgen
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
13. Anderen laten de zorg voor mijn partner geheel op mij neerkomen
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
14. Sinds ik voor mijn partner zorg heb ik een aantal dingen moeten schrappen
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
15. Ik heb er de pest over in dat ik voor mijn partner moet zorgen
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
16. Door de voortdurende onderbrekingen is het moeilijk om tijd vrij te maken voor ontspanning
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens
17. Mijn familie heeft de zorg voor mijn partner aan mij alleen overgelaten
- ☐ heel erg mee oneens
 - ☐ mee oneens
 - ☐ mee eens noch oneens
 - ☐ mee eens
 - ☐ heel erg mee eens



18. Sinds ik voor mijn partner zorg, lijkt het alsof ik altijd moe ben

- ☐ heel erg mee oneens
- ☐ mee oneens
- ☐ mee eens noch oneens
- ☐ mee eens
- ☐ heel erg mee eens

19. Ik wil graag voor mijn partner zorgen

- ☐ heel erg mee oneens
- ☐ mee oneens
- ☐ mee eens noch oneens
- ☐ mee eens
- ☐ heel erg mee eens

20. Sinds ik voor mijn partner zorg, ga ik minder bij familie/ vrienden op bezoek

- ☐ heel erg mee oneens
- ☐ mee oneens
- ☐ mee eens noch oneens
- ☐ mee eens
- ☐ heel erg mee eens

21. Ik zal nooit in staat zijn voldoende zorg te geven om terug te doen wat mijn partner voor mij heeft gedaan

- ☐ heel erg mee oneens
- ☐ mee oneens
- ☐ mee eens noch oneens
- ☐ mee eens
- ☐ heel erg mee eens

22. De financiële middelen zijn toereikend

- ☐ heel erg mee oneens
- ☐ mee oneens
- ☐ mee eens noch oneens
- ☐ mee eens
- ☐ heel erg mee eens

23. Het is moeilijk om de zorg voor mijn partner te betalen

- ☐ heel erg mee oneens
- ☐ mee oneens
- ☐ mee eens noch oneens
- ☐ mee eens
- ☐ heel erg mee eens

Literatuur

- Given CW, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairment. Res Nurs Health 1992;15:271-83.
- Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderma R, van den Bos GAM. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). Soc Sci Med 1999;48:1259-69.



Caregiver Strain Index (CSI) (ontwikkeld door B. Robinson, 1983)

Instructie mantelzorger

Ik noem een aantal dingen op die voor kunnen komen bij mensen in een zelfde soort situatie als die van u. Wilt u me telkens zeggen of het volgende op u van toepassing is?

Vragen	Nee	Ja
1. Mijn nachtrust is verstoord.	☐	☐
2. Hem of haar helpen kost me nogal wat moeite en tijd.	☐	☐
3. Ik vind het lichamelijk zwaar.	☐	☐
4. Het beperkt me in andere dingen die ik wil doen.	☐	☐
5. Wij hebben onze dagelijkse manier van doen moeten aanpassen.	☐	☐
6. Wij hebben onze plannen moeten wijzigen.	☐	☐
7. Er zijn ook andere zaken waaraan ik mijn tijd moet besteden.	☐	☐
8. Emotioneel gedragen we ons anders ten opzichte van elkaar.	☐	☐
9. Het gedrag van mijn man/vrouw maakt me soms van streek.	☐	☐
10. Het is pijnlijk te moeten zien dat hij/zij een ander persoon is geworden.	☐	☐
11. Ik heb mijn werk/baan moeten aanpassen aan de situatie.	☐	☐
12. Ik word geheel door deze situatie in beslag genomen.	☐	☐
13. We leven onder financiële druk.	☐	☐



Instructie berekenen score

Tel het aantal keren dat de mantelzorger met "ja" heeft geantwoord, op. Dit is de score. In de onderstaande figuur kun je zien wat de score betekent. Hou er rekening mee dat het gaat om een globale inschatting en dat er sprake is van een momentopname. Als de mantelzorger regelmatig de lijst invult (bijvoorbeeld steeds op de eerste dag van een nieuwe maand), krijg je zicht op de belasting op langere termijn.

Let op dat je de zinnen niet mag veranderen. Deze vragenlijst is wetenschappelijk gevalideerd. Verandering van de vragen betekent dat de uitslag niet meer klopt. Er is een afkappunt, dat wil zeggen een score van zeven of hoger betekent overbelasting door mantelzorg. Wij hebben het als volgt ingedeeld in drie groepen:



Rood:	11-13 keer "ja". Deze mantelzorger is zeer zwaar belast.
Oranje:	7-10 keer "ja". Deze mantelzorger is overbelast.
Groen:	0 tot en met 6 keer "ja". Deze mantelzorger is (nog) niet overbelast.

Wat meet dit instrument?

CSI staat voor Caregiver Strain Index, een vragenlijst waarmee overbelasting door mantelzorg gemeten kan worden. Het instrument is ontwikkeld in de Verenigde Staten van Amerika in 1983 door B. Robinson. De Caregiver Strain Index is één van de meest gebruikte (internationale) meetinstrumenten om belasting door mantelzorg te meten. Dit instrument is ook vertaald in het Nederlands. Het zijn dertien vragen die met ja of nee kunnen worden beantwoord. Er is een afkappunt, dat wil zeggen een score van zeven of hoger betekent overbelasting. Voordeel van dit instrument is dat het invullen nog geen vijf minuten kost. De CSI biedt veel voordelen omdat het snel en makkelijk af te nemen is.

Waar wordt de CSI gebruikt?

De CSI is bestudeerd door dr. Anne Visser-Meily, revalidatiearts bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Zij heeft voor de Nederlandse Hartstichting een onderzoek gedaan naar mantelzorgers van mensen die een CVA hebben gehad. Bij dit onderzoek zijn richtlijnen geschreven voor de ondersteuning van mantelzorgers. In principe is het instrument binnen de CVA revalidatie in heel Nederland geïmplementeerd. Het instrument is ook bruikbaar voor andere mantelzorgers van andere patiëntgroepen, zoals ALS en mensen met een neuromusculaire ziekte.

Is de CSI wetenschappelijk gevalideerd?

Ja. De CSI heeft een goede responsiviteit en betrouwbaarheid.

Literatuur

Burgwal-Bronger, L. van de, Visser-Meily, J.M.A., Post, M.W.M., Speelman, H.J., Tilburg-Steeneveld, J.C. van (2007). Ervaren belasting van partners van CVA patiënten in dagbehandeling van het verpleeghuis. Nederlands Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde..

Robinson, B. 1983) Validation of a Caregiver Strain Index. Journal of Gerontology. 38: p. 344-348.

Exel, N.J.A. van, Scholte op Reimer, W.J.M., Brouwer, W.B.F., Berg, B. van den, Koopmanschap, M.A. & Bos, G.A.M. van den (2004). Instruments for assessing the burden of informal caregiving for

Bijlage 3. EDIZ

Ervaren Druk door Informele Zorg (Ontwikkeld door prof. dr. Anne Margriet Pot, 1995)

Instructie:

Overhandig dit formulier aan de mantelzorger en laat deze zelf invullen.

Er volgt nu een aantal uitspraken over de zorg die u aan uw naaste geeft. De bedoeling is dat u bij elk van deze uitspraken aangeeft, in hoeverre die op u van toepassing is. U heeft hierbij de volgende antwoordmogelijkheden: nee! nee min-of-meer ja ja!

Als een uitspraak helemaal op u van toepassing is, zet u een kruisje bij 'ja!'. Wanneer een uitspraak helemaal niet op u van toepassing is, zet u een kruisje bij 'nee!'. Of iets er tussenin.

Vragen	Nee!	Nee	Min of meer	Ja	Ja!
1. Door de situatie van mijn ... kom ik te weinig aan mijn eigen leven toe	☐	☐	☐	☐	☐
2. Het combineren van de verantwoordelijkheid voor mijn ... en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee	☐	☐	☐	☐	☐
3. Door mijn betrokkenheid bij mijn ... doe ik anderen tekort	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik moet altijd maar klaarstaan voor mijn ...	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mijn zelfstandigheid komt in de knel	☐	☐	☐	☐	☐
6. De situatie van mijn ... eist voortdurend mijn aandacht	☐	☐	☐	☐	☐
7. Door mijn betrokkenheid bij mijn ... krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk	☐	☐	☐	☐	☐
8. De situatie van mijn ... laat mij nooit los	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn	☐	☐	☐	☐	☐



Instructie berekenen score

Deze vragenlijst is ontwikkeld in Nederland door Anne Margriet Pot en is wetenschappelijk gevalideerd (Pot e.a., 1995). De EDIZ wordt door meerdere zorginstellingen gebruikt. Let op dat je de zinnen niet mag veranderen. Verandering van de vragen betekent dat de uitslag niet meer klopt.

Je laat de mantelzorger zelf het blad invullen met vragenlijst Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ). Dit duurt slechts vijf minuten.

De antwoorden met "ja", "ja" of "min of meer" geef je de score "1", hetgeen betekent dat de mantelzorger druk ervaart. "Neel" en "nee" geef je een "0", hetgeen betekent dat de mantelzorger geen druk ervaart. Zo ontstaat een totaalscore variërend van 0 tot 9. In de onderstaande figuur kun je zien wat de score betekent.



Rood: 7-9 keer "ja". Deze mantelzorger ervaart veel druk.

Oranje: 4-6 keer "ja". Deze mantelzorger ervaart matige druk.

Groen: 0-3 keer "ja". Deze mantelzorger ervaart (nog) weinig druk.

Hou er rekening mee dat het gaat om een globale inschatting en dat er sprake is van een momentopname. Bij langdurige zorg kun je de mantelzorger regelmatig de vragenlijst laten invullen. Hierdoor krijg je zicht op de belasting op de langere termijn.

Waar wordt de EDIZ gebruikt?

De EDIZ wordt naast wetenschappelijk onderzoek ook gebruikt bij interventies, onder andere bij de POM-methode (voor meer informatie: Trimbos Instituut afdeling Geriatrie in het UMC Utrecht en de werkgroep Familiebegeleiding van de afdeling Geriatrie in het UMC Utrecht).

Is de EDIZ wetenschappelijk gevalideerd?

Ja

Literatuur

Pot, A.M., van Dyck, R., en D.J.H. Deeg (1995). Ervaren druk door informele zorg; constructie van een schaal. In: Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (1995) 26, p. 214-219.

Bijlage 4. EDIZ- plus



Ervaren Druk door Informele Zorg-plus (Ontwikkeld door prof. dr. Anne Margriet Pot, 1995)

Overhandig dit formulier aan de mantelzorger en laat deze zelf invullen.

Hierna volgen enkele vragen over de invloed die verlenen van mantelzorg heeft gehad op uw andere verplichtingen en op uw vrije tijd. De bedoeling is dat u bij elk van deze vragen aangeeft in hoeverre die op u van toepassing is. U hebt hierbij de volgende antwoordmogelijkheden: **Ja** **Viel wel mee** **Nee**

Vragen	Ja	Viel wel mee	Nee
1. Hebt u uw werk of andere bezigheden minder zorgvuldig gedaan dan u gewend bent omdat u het zo druk had met helpen?	☐	☐	☐
2. Kostte het u destijds meer moeite dan anders om uw huishouden te regelen?	☐	☐	☐
3. Was u in uw vrije tijd te moe om iets te ondernemen in die periode?	☐	☐	☐
4. Bent u in de periode dat u hielp ziek of overspannen geraakt doordat u te veel verplichtingen tegelijk had?	☐	☐	☐
5. Kwam u regelmatig tijd tekort in die periode?	☐	☐	☐

Hierna volgt een aantal uitspraken over hoe u het geven van hulp kunt ervaren. Neem daarbij in gedachten het moment in de afgelopen 12 maanden waarop de hulpbehoefte het grootst was. De bedoeling is dat u bij elk van deze uitspraken aangeeft, in hoeverre die op u van toepassing is.

U hebt hierbij de volgende antwoordmogelijkheden: **Mee eens** **Niet mee eens / Niet mee oneens** **Mee oneens**

Uitspraken	Mee eens	Niet mee eens / Niet mee oneens	Mee oneens
6. Ik voelde me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van degene voor wie ik zorg.	☐	☐	☐
7. Mijn zelfstandigheid kwam in de knel.	☐	☐	☐
8. De hulp voor degene voor wie ik zorgde kwam te veel op mijn schouders neer.	☐	☐	☐
9. Het combineren van de verantwoordelijkheid voor degene voor wie ik zorgde en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin viel niet mee.	☐	☐	☐
10. Ik moest altijd maar klaarstaan voor degene voor wie ik zorgde.	☐	☐	☐

Z.O.Z.



Uitspraken	Mee eens	Niet mee eens / Niet mee oneens	Mee oneens
11. Door mijn betrokkenheid bij degene voor wie ik zorgde voelde ik mijzelf erg gebonden.	☐	☐	☐
12. Door mijn betrokkenheid bij degene voor wie ik zorgde kreeg ik conflicten thuis en/of op mijn werk.	☐	☐	☐
13. De situatie van degene voor wie ik zorgde liet mij nooit los.	☐	☐	☐
14. Ik voelde mij nooit vrij van verantwoordelijkheden.	☐	☐	☐

Nu volgt een laatste vraag over uw gezondheid.

U heeft de volgende antwoordcategorieën: **Vooruitgegaan** **Hetzelfde gebleven** **Achteruitgegaan**

Vraag	Vooruitgegaan	Hetzelfde gebleven	Achteruitgegaan
15. Is uw gezondheid door het hulp geven voor- of achteruit gegaan?	☐	☐	☐

Instructie berekenen score

Deze vragenlijst is ontwikkeld in Nederland door Anne Margriet Pot en is wetenschappelijk gevalideerd (Pot e.a., 1995 en De Boer e.a. 2012). De EDIZ-plus wordt door meerdere zorginstellingen gebruikt. Let op dat je de zinnen niet mag veranderen. Verandering van de vragen betekent dat de uitslag niet meer klopt.

Je laat de mantelzorg zelf het blad invullen met vragenlijst Ervaren Druk door Informele Zorg-plus (EDIZ-plus). Dit duurt slechts vijf minuten.

In totaal zijn er vijftien vragen. Wanneer een vraag met 'ja' of 'mee eens' beantwoord wordt, dan krijgt dat de score '1', in de andere gevallen '0'. Bij de laatste vraag krijgt alleen het antwoord 'is achteruitgegaan' de score '1'. In totaal kan de score dus variëren tussen de 0 en 15. In onderstaande tabel kun je aflezen hoe zwaar de belasting van de mantelzorg is.

Score van de EDIZ-plus	
Mate van belasting	Ten opzichte van alle mantelzorgers
Geen belasting (0)	21%
Lichte belasting (1-3)	33%
Matige belasting (4-8)	27%
Ernstige belasting (9-15)	19%

Bron: De Boer e.a. (2012).

Hou er rekening mee dat het gaat om een globale inschatting en dat er sprake is van een momentopname. Bij langdurige zorg kun je de mantelzorg regelmatig de vragenlijst laten invullen. Hierdoor krijg je zicht op de belasting op de langere termijn.

Waar wordt de EDIZ gebruikt?

De EDIZ-plus wordt naast wetenschappelijk onderzoek ook gebruikt bij interventies, onder andere bij de POM-methode (voor meer informatie: Trimbos Instituut) afdeling Geriatrie in het UMC Utrecht en de werkgroep Familiebegeleiding van de afdeling Geriatrie in het UMC Utrecht.

Is de EDIZ-plus wetenschappelijk gevalideerd?

Ja

Literatuur

Pot, A.M., van Dyck, R., en D.J.H. Deeg (1995). Ervaren druk door informele zorg: constructie van een schaal. In: Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (1995) 26, p. 214-219.

Boer de A., Oudijk, D., Timmermans, J., Pot, A.M. (2012). Ervaren belasting door mantelzorg: constructie van de EDIZ-plus. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (TG-G), 2012, 43, 2: 77-88.

Bijlage 5.

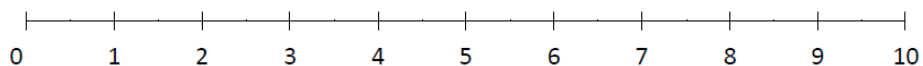
Self-Rated Burden scale (SRB)

Hoe zwaar vindt u het geven van zorg aan haar/hem momenteel?

Geef op de meetschaal hieronder aan hoe zwaar u het vindt. De "0" betekent dat u de zorg helemaal niet zwaar vindt, de "10" dat u de zorg eigenlijk veel te zwaar vindt.

*helemaal
niet zwaar*

*veel te
zwaar*



Mantelscan

Datum:

Naam organisatie:

Naam medewerker:

Naam cliënt:

Naam/namen aanwezig(e) mantelzorger(s):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

www.expertisecentrummantelzorg.nl

Genogram

Ecomap - het zorgnetwerk

Soort netwerk	Legenda
○ gemengd	(ES) Emotionele steun
○ familie	(BE) Begeleiding (bij bezoeken)
○ professioneel	(HH) Huishoudelijke hulp
○ spitzorg	(TRB) Therapie, revalidatie of behandeling
	(PH) Praktische hulp
	(W) Persoonlijke verzorging
	(VP) Verpleegkundige hulp
	(TC) Toezicht en controle

1. De aard van de zorgvraag

A. Waar is de zorgvraag?

- ☐ Thuis
- ☐ Langdurig in een zorginstelling
- ☐ Kortdurend in ziekenhuis/ revalidatie
- ☐ Anders, nl.

B. Hoe vaak is er zorg nodig?

- ☐ Af en toe overdag
- ☐ Regelmatig overdag
- ☐ Continu overdag
- ☐ Dag en nacht

C. Welke zorg wordt verleend?

- ☐ Emotionele steun
- ☐ Begeleiding (bij bezoeken)
- ☐ Huishoudelijke hulp
- ☐ Praktische hulp
- ☐ Persoonlijke verzorging
- ☐ Verpleegkundige hulp
- ☐ Toezicht en controle
- ☐ Therapie, revalidatie of behandeling

D. Van welke aandoening of ziekte is sprake?

.....

.....

.....

E. Is er een inschatting te maken over de duur van de zorgvraag?

- ☐ Enkele dagen of weken
- ☐ Maanden
- ☐ Jaar of langer
- ☐ Zonder zicht op eindpunt

F. Hoe is de verwachting over het ziekteproces?

- ☐ Herstel verwacht
- ☐ Stabiel
- ☐ Wisselende goede en slechte periodes
- ☐ Progressief
- ☐ Terminaal

G. Hoe voorspelbaar is het ziekteverloop?

- ☐ Redelijk voorspelbaar
- ☐ Onzeker verloop
- ☐ Onplanbare crisissituaties

H. Hoe is de zorgvrager onder zijn ziekte/aandoening?

.....

.....

.....

2. De mantelzorg

A. Self-rated burden scale:



B. Ervaren druk door informele zorg (EDIZ – dr. A.M. Pot (1995))

1. Door de situatie van mijn kom ik weinig aan mijn eigen leven toe
2. Het combineren van de verantwoordelijkheid van mijn en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee
3. Door de betrokkenheid bij mijn doe ik anderen tekort
4. Ik moet altijd klaarstaan voor mijn
5. Mijn zelfstandigheid komt in de knel
6. De situatie van mijn eist voortdurend de aandacht
7. Door mijn betrokkenheid bij mijn krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk
8. De situatie van mijn laat mij nooit los
9. Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn

Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Noel	Nee	min-of-meer	ja	ja!

Score:

C. Zijn er veranderingen in uw inkomsten en uitgaven, omdat u zorgt?

.....

.....

.....

D. Wat kost u energie en waar haalt u energie uit?

Opmerking: Denk bij wat energie kost aan tijds-, ontwikkelings-, fysieke, sociale en emotionele belasting. Denk bij wat energie oplevert aan goede vrienden, ondersteuning van collega's, sport en hobby's.

.....

.....

.....

.....

.....

Vul de drie belangrijkste uitkomsten in op de Ecomap in elk van de drie groene dierlijknde cirkels rechtsboven.

3. Ecomap - het zorgnetwerk

Gebruik de antwoorden van A, B en C voor het invullen van de Ecomap.

Samenstelling van het netwerk

A. Hoeveel mensen zijn er bij betrokken?

- ☐ Flexibel naar behoefte
- ☐ 5 of meer vaste mensen
- ☐ ca. 3 vaste mensen
- ☐ 1 persoon

B. Hoe is de samenstelling van het netwerk?

- ☐ Naaste familie
- ☐ Vrienden, buren, kennissen, (oud)collega's
- ☐ Vrijwilligers
- ☐ Professionals

Wie doet wat? En hoe veel/vaak?

C. Ga na wie in het netwerk wat doet en vul in op de Ecomap

Samenhang en competenties

D. Hoe is de samenwerking in het netwerk?

- ☐ Het bespreken van moeilijke zaken is mogelijk
- ☐ Bespreken van moeilijke zaken wordt vermeden
- ☐ Er zijn irritaties en conflicten

E. Beschik de familie over voldoende bureaucratische vaardigheden? Denk aan: kennis van regelingen, ondersteuning, taal beheersing (anderszalligen, ambtelijke taal, sociale vaardigheden (assertiviteit)

- ☐ Bij meerdere leden
- ☐ Bij één lid
- ☐ In weinig

4. Conclusie en advies

Denk aan: advies aan individuele mantelzorger(s) en advies ter versterking van het netwerk.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



expertisecentrum
mantelzorg

Catharijnesingel 47 • 3511 GC Utrecht
Postbus 8228 • 3503 RE Utrecht
telefoon 030 789 20 00
www.expertisecentrummantelzorg.nl

Interviewvragen voor mantelzorgers bij Buurtzorg.

Hoofdvraag:

Hoe werken verpleegkundigen en mantelzorgers van de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid samen en wat hebben beide partijen hierbij nodig, eveneens om zo mogelijk overbelasting bij mantelzorgers te verminderen?

Deelvraag:

Hoe ervaart de mantelzorger zijn taken en de samenwerking met verpleegkundigen van Buurtzorg en wat heeft hij hierbij nodig?

Doelstelling:

Naar aanleiding van dit onderzoek, in mei 2016, zijn er aanbevelingen uitgebracht aan de verpleegkundigen van de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid over de samenwerking met de mantelzorgers, met het oog op het zo mogelijk verminderen van overbelasting.

Persoonsgegevens:

Datum:

Interviewnummer:

Leeftijd:

Geslacht:

Hoe lang mantelzorger:

Hoeveel uren per week besteed aan mantelzorgen:

Relatie met de zorgvrager:

Hoe lang in zorg bij Buurtzorg:

Rollen en taken van de mantelzorger

1. Hoe bent u mantelzorger geworden?
2. Waar ligt voor u de grens van uw kunnen in de zorg voor uw ... ? Kunt u hierbij een voorbeeld noemen?
3. Herkent u of ervaart u wel eens signalen van overbelasting?
4. Vanuit de huidige participatiesamenleving wordt er meer verwacht van de mantelzorgers. Wat merkt u hiervan?

Rollen en taken van de verpleegkundigen

5. Er bestaan verschillende meetinstrumenten voor het meten van overbelasting bij mantelzorgers. Is er door een verpleegkundige van Buurtzorg wel eens samen met u gebruik gemaakt van een meetinstrument voor het meten van overbelasting bij u? Zo ja wat vond u hiervan? Zo nee, wat zou u hiervan vinden?
6. Wat zou u ervan vinden om, samen met de verpleegkundige van Buurtzorg, alle betrokkenen rondom de situatie van uw in kaart te brengen. Om te kijken wie wat doet en of dat nog voldoende is? Met als doel de samenwerking te verbeteren en overbelasting te voorkomen?

Succesfactoren en belemmerende factoren

7. Hoe verloopt de samenwerking met de verpleegkundigen van Buurtzorg en wat verwacht u hierbij van de verpleegkundigen als professional?
8. Is er voldoende afstemming geweest over uw taak als mantelzorger, wat ging er goed en wat heeft u hierbij gemist?

Tot slot

9. Wat zouden verbeterpunten kunnen zijn in de samenwerking met verpleegkundigen van Buurtzorg en u als mantelzorger?
10. Heeft u nog verdere aanvullingen die van belang kunnen zijn voor ons onderzoek?

Interviewvragen voor verpleegkundigen bij Buurtzorg.

Hoofdvraag:

Hoe werken verpleegkundigen en mantelzorgers van de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid samen en wat hebben beide partijen hierbij nodig, eveneens om zo mogelijk overbelasting bij mantelzorgers te verminderen?

Deelvraag:

Hoe ervaren verpleegkundigen van Buurtzorg de samenwerking met mantelzorgers en wat hebben zij hierbij nodig?

Doelstelling:

Naar aanleiding van dit onderzoek, in mei 2016, zijn er aanbevelingen uitgebracht aan de verpleegkundigen van de Buurtzorgteams Spijkenisse, Rotterdam-Mathenesse/Schiedam en Voorthuizen-Zuid over de samenwerking met de mantelzorgers, met het oog op het zo mogelijk verminderen van overbelasting.

Persoonsgegevens:

Datum:

Interviewnummer:

Leeftijd:

Geslacht:

Opleiding:

Werkervaring:

Aantal jaren werkzaam in de zorg:

Aantal jaren werkzaam als verpleegkundige bij Buurtzorg:

Rollen en taken mantelzorgers

1. Uit de literatuur blijkt dat een mantelzorger ten opzichte van de zorgverlener verschillende rollen kan hebben zoals een expert (een nuttige informatiebron), een samenwerkingspartner (meewerken aan het realiseren van zorgdoelen) of een schaduw cliënt (dreigende overbelasting).
Ben je je bewust van deze rollen en hoe ga je hiermee om?
2. Wat verwacht je van de samenwerking met mantelzorgers, waar ligt voor jou de grens tussen formele en informele zorg?

Rollen en taken verpleegkundigen

3. Van de huidige verpleegkundigen wordt verwacht dat zij beschikken over nieuwe vaardigheden om samen te werken met mantelzorgers. Wat merk je hiervan en kun je hierbij een voorbeeld noemen?
4. Wanneer gaat volgens jou de draaglast de draagkracht te boven?
5. Met welke meetinstrumenten voor het meten van overbelasting bij de mantelzorger ben je bekend? Wat zijn hier je ervaringen mee?

6. Ben je bekend met de mantelscan, een instrument waarbij je samen met de mantelzorger en de cliënt het zorgnetwerkwerk in kaart brengt, om zodoende de samenwerking te verbeteren? Zo ja, wat zijn je ervaringen hiermee? Zo nee, heb je behoefte aan het instrument en waarom wel/niet?
7. Wat weet je van het beleid van Buurtzorg op het gebied van mantelzorg? Heb je zelf voorstellen ter verbetering?
8. Wat weet je over wat de gemeente kan betekenen voor mantelzorgers?

Succesfactoren en belemmerende factoren

9. Welke succesfactoren ervaar je in het beleid van Buurtzorg en de samenwerking met mantelzorgers?
10. Welke belemmerende factoren ervaar je in het beleid van Buurtzorg en de samenwerking met mantelzorger?

Tot slot

11. Wat heb je nodig om de kwaliteit in samenwerking met mantelzorg te verbeteren?
12. Heb je nog verdere aanvullingen die van belang kunnen zijn voor ons onderzoek?

Bijlage 4. Labelen en coderen twee interviews

Interview nr.	Open codering (Tekstfragment) Verpleegkundigen	Interview regel	Concept	Categorie
A3	Ja, jazeker ben ik mij er bewust van, het is eigenlijk bij de intake probeer je al een beetje in kaart te krijgen hoe is deze situatie hier het gaat niet alleen de cliënt, maar ook om het totaal plaatje waar in die persoon functioneert wie zijn de mensen om hem heen wat diegene voor hem doen hoe de rollen verdeeld zijn daar in huis,	37	Herkenning van de verschillende rollen van de mantelzorger	Ben mij bewust Bij de intake in kaart brengen Totaal plaatje
A3	ja je probeert ook te peilen van wat doet de partner of de kinderen of de burens, wat zijn hun taken allemaal ten opzichten van het gezin maar ook wel ten opzichten van de cliënt	40	Herkenning van de verschillende rollen van de mantelzorger	Peilen wie wat doet taakverdeling peilen
A3	ja nu staat er bij eigenlijk wel inzicht in te krijgen ook en ook in het intake gesprek maar ook wel in de eerste periode denk ik dat je dat beeld probeer te krijgen en wat is daar dus eigenlijk nodig? Wie heeft wat nodig? Niet alleen de cliënt maar het hangt ook samen met de mensen om hen heen wat zij doen en ervaren wat zo'n ziekte voor impact heeft op de cliënt systeem	43	Herkenning van de verschillende rollen van de mantelzorger	Eerste periode beeld krijgen Hangt ook af van netwerk
A3	Ik denk je probeert altijd te kijken van wat zijn echt dingen die je als verpleegkundige moet doen of misschien in eerste instantie moet doen. En daarna kun je aftasten van wil iemand eventueel samenwerken en wat wil je dan en wat kan die dan zeg maar	61	Verwachtingen van de mantelzorgers/ grens tussen formele en informele zorg	Eerst verpleegkundigen taken helder hebben dan kijken wat overblijft
A3	Ja en waar ligt de scheidingslijn ik denk, ik denk bij behoorlijk zwaar technische dingen zou ik zeggen van ja het ligt ook aan de situatie van hoe oud is iemand wat kan iemand nog wat wil iemand nog	75	Verwachtingen van de mantelzorgers/ grens tussen formele en informele zorg	Grens ligt bij technische dingen, ligt aan situatie

A3	Ja dat bespreken tijdens de intake dat zou je wel moeten doen dat is ook de huidige situatie van wat kunnen mantelzorgers zelf doen dat doen wij denk ik nog te weinig maar als je er dan rustig de tijd voor neemt om dat in een intake te bespreken, dat heb ik wel eens eerder gezegd, ik trek er anderhalf uur tot twee uur vooruit dan kun je ook gelijk als je dan de mantelzorg ervoor uitnodigt om bij zo'n gesprek te zijn dan kun je het ook uitleggen. Wat de huidige stand van zaken is in de zorg en dat er ook wel verwacht wordt, waar mogelijk mantelzorgers betrokken moeten worden in de zorg dat je wel probeert met elkaar te kijken wie wat kan doen dat je niet zegt oh, wij zijn van de zorg en nemen alles van jullie over.	86	Verwachtingen van de mantelzorgers/ grens tussen formele en informele zorg	Bespreken huidige situatie intake Uitnodigen voor verdelen taken Verwachtingen bespreken Mantelzorgers betrekken in de zorg
A3	Anders is het voor mij niet, misschien al wel is gezegd maar ja zo heb ik eigenlijk altijd gewerkt. Dat was 30 jaar terug bij de HBO-V ook al zo dat je er gewoon mensen bij de zorg probeer te betrekken kijk is wat doe je hoe doe jij dat zie je geeft ze instructies over hoe kun je het beste iemand het beste draaien we het beste uit bed laten komen hoe belastend jou zo min mogelijk lichamelijk en je praat regelmatig over hoe is die belasting? Je komt bij iemand binnen en je vraagt gelijktijdig in hetzelfde half uurtje of drie kwartier hoe gaat het met jou met regelmaat hoe gaat het met u als mantelzorg houdt hij het nog vol?	100	Nieuwe vaardigheden van de verpleegkundig en om samen te werken met de mantelzorgers	Niet anders dan vroeger Mensen erbij proberen te trekken Trek tijd uit voor de mantelzorgers Je vraagt gelijktijdig hoe het gaat met de mantelzorger
A3	Je kunt het meten je hebt er meetinstrumenten voor maar zelf kun je ook je ogen en je oren open doen en opmerken van hé hier is steeds iets vaker irritatie, kort aangeboden zijn mensen die praten over de andere veel meer als dat ze daarvoor deden en je merkt het gewoon op.	108	Balans in draagkracht en draaglast	Je kunt het zonder meetinstrumenten ook waarnemen Observatie plus meetinstrument
A3	Ja observatie plus het meetinstrument wat je erbij kunt gebruiken ja. Dat zou kunnen helpen om het een beetje tastbaar te maken ook voor	112	Balans in draagkracht en draaglast	Steeds dieper in overbelasting Niet altijd oplossingen

	de persoon zelf zo van oh oh het is echt zo. Mensen willen daar meestal niet aan want ze groeien daar eens te sluipen erin in de loop van de jaren steeds dieper in een soort fabriek waar ze in komen te zitten en waarop ook niet altijd oplossingen voor te vinden zijn ook niet voor de overbelasting.			
--	--	--	--	--

A3	Nee heel eerlijk gezegd niet nee ik ken ze wel we hebben het wel vaker in het team er over gehad maar ik kan zo geen een noemen en ik heb er ook nooit een gebruikt. In het team hebben we het wel eens gesproken of in een bijscholing maar we hebben ooit een keer met iemand doorgenomen ik gebruik het toch meer mijn oren ogen en observatie mijn verstand. Daar komt het meet instrument denk ik wel een beetje in terug	119	Ervaringen met meetinstrument en voor het meten van overbelasting bij de mantelzorger	Weet van bestaan maar kan ze niet noemen Niet gebruikt In team besproken en in bijscholing maar nooit mee gebruikt Ik gebruik toch meer mijn oren en ogen, observatie en verstand
A3	Ja ik ben een beetje ouderwets werk 35 jaar in de zorg dus dan raak je misschien iets meer vast geroest maar ik heb zelf iets meer met het gebruik van je eigen observaties als met een meet instrument soms denk ik van ik zou het wel van mezelf iets meer willen gebruiken zodat je observeert aan de hand van een aantal vragen of dat wel klopt en heb ik hier aan gedacht heb ik daaraan gedacht als je daar een antwoord op moet geven. Jij of jullie in de huidige optiek moet alles gemeten worden en ik zeg ook niet dat dat niet kan of dat het niet kan maar je moet wel je eigen vooral onze eigen verstand en onze ogen en onze oren heel goed de kost geven die moet je ontwikkelen vind ik daar heb ik zelf meer vertrouwen in als in alleen maar zo meetinstrument.	125	Meetinstrument nodig om overbelasting te zien?	Ik heb meer met eigen observaties dan met meetinstrumenten Zou het wel meer willen gebruiken om te checken of het klopt Eigen verstand ogen en oren de kost geven Meer vertrouwen in dan alleen een meetinstrument

A3	Nou ja die soort van scholing eigenlijk gehad over de mantelzorg die vind ik heel duidelijk die op het web staat, heel goed ja beleid ja ik denk dat je echt moet kijken in een situatie waar je komt niet van wat kan ik hier allemaal eens gaan doen maar meer eens kijken en proberen de vraag achter de vraag daarbij proberen te krijgen wat is er eigenlijk echt nodig en waarom ben ik waar nodig en hoe	135	Buurtzorgbeleid mantelzorgers	Goede scholing op het web Vraag achter de vraag helder krijgen Wat is er precies nodig
----	---	-----	-------------------------------	--

	kan ik mij onmisbaar maken en daar heb je dan ook mantelzorgers bij nodig			
A3	Ja hier in de gemeente Barneveld wordt zeg maar vrij veel gedaan zeg maar bij Welzijn Barneveld die ook direct met subsidie van de gemeente werken daar wordt echt veel voor organiseert ook in de zin van leuke uitjes maar ook mantelzorg ondersteuning kan gegeven worden of bij mensen thuis van als ze ons niet inschakelen of wij zijn nog helemaal niet in beeld bij mensen thuis van voorzorg dat wel zijn met ondersteuning ook kan kijken wat kunnen we bieden ook in een combinatie met een maatje of in huis dat ze mee kijken hoe kan een huis makkelijker ingericht worden. Er was altijd een mantelzorg compliment dat is drastisch ingeperkt het was een leuke bijdragen dat was echt een compliment voor niks dat je € 250 kreeg maar dat is teruggebracht naar een leuke cadeaubon van een 10e daarvan dat het bedrag daarvoor maar ja ik weet het even niet meer zo gauw verder af en toe bijeenkomsten gewoon leuke bijeenkomsten bijna twee keer per jaar dat ze mantelzorgers echt een beetje wel even wennen dat doen ze. Dus het wordt minder maar in de gemeente Barneveld wel redelijk veel nog als ik het hoor vergeleken bij anderen	147	Wat betekent de WMO voor de mantelzorgers	Veel gedaan in gemeente barneveld met subsidie Leuke uitjes en mantelzorg ondersteuning Mantelzorgcompliment drastisch ingeperkt Bijeenkomsten voor mantelzorgers Het wordt minder maar nog best redelijk veel in vergelijking met andere gemeentes.
A3	ja ik denk wel dat het goed is maar je hebt daar in wel wat meer voor tijd voor nodig dan een gesprek denk ik, je moet ook een soort van intake, dat is een eerste screening zeg maar, een observatie die je dan doet maar ja je komt toch eigenlijk pas in de loop van de tijd achter of het klopt wat er is gezegd, ja dan zie je wat andere mensen doen dat kan in de gesprek heel iets leuks aangeven maar het	169	Succesfactoren in de samenwerking met de mantelzorger	Tijd nodig voor gesprek en intake Eerste observatie In de loop van de tijd kom je er achter wat wel en niet klopt Tijd nodig

	lijkt heel anders te zijn als je daar over de vloer komt of de interactie tussen partners en mantelzorgers en de cliënt dat kan in de gesprek misschien hebben aangegeven van ja het gaat zus het gaat zo het gaat hartstikke goed en dan merk je later dat er veel meer speelt veel meer als je daar vaker komt meer frictie zit of overbelasting noem maar op dus dan kan je observeren en zie je in de loop van de tijd dat een mantelzorgers veel meer overneemt van de cliënt en dan zou je kunnen coachen en sturen dat het toch wat anders kan zowel voor de partner als voor de cliënt fijn is dat er minder overgenomen wordt dus daar heb je wel wat langer tijd voor nodig denk ik			Kunnen coachen en sturen Minder overnemen van zorg
--	---	--	--	--

A3	Nou je zou best nog wat meer scholing kunnen krijgen in bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering of verdiepende gespreksvoering of hoe begeleid ik overbelaste mantelzorgers hoe kan ik daar misschien wat meer voor bieden? Hoe kan ze misschien meer op een bepaalde weg zien te krijgen in een gesprek? Ze moeten ook willen maar jij moet ook soms de juiste ja, gespreksvoering of euhm vraagstelling kunnen hebben om ze op gedachten te brengen ja dat je tot verandering ook kunt komen dat vraagt ook wel weer iets apart aan vaardigheden vind ik wel, ja	193	Nodig hebben in verbetering van kwaliteit in samenwerking met de mantelzorger	Meer scholing en motiverende gespreksvoering Begeleiding van overbelaste mantelzorgers
A3	Wij kunnen zelfs goed zorgen maar het is ook weer een ander vak om een ander te leren van hoe kan ik beter voor mezelf en mijn partner zorgen? Zodat we in evenwicht blijven bijvoorbeeld daar krijgen we daar kunnen we misschien dan nog wel wat voor gebruiken denk ik ja	200	Nodig hebben in verbetering van kwaliteit in samenwerking met de mantelzorger	Ander vak om te leren hoe de partner er mee om moet gaan Evenwicht blijven behouden
A3	en ook wel al in de regelgeving vind ik dat je op tijd kunt aangeven want dat heeft ook weer met mantelzorg te maken ook wel bijvoorbeeld over dagopvang, al die vormen van dagopvang. Wat je mensen aan raad qua	204	Nodig hebben in verbetering van kwaliteit in samenwerking met de mantelzorger	Regelgeving Weten wat je kunt bieden en wat het koste voor dagopvang en

	hulpmiddelen hoe lang, hoe houdt je het zo lang mogelijk vol, welke dingen kun je daarbij gebruiken maar er hangen soms zo grote financiële kaartjes aan vast. En dat is belangrijk om dat van tevoren te weten want dat moet je weten voordat je het kunt aanbieden ook hulpmiddelen daar hangen ook prijskaartjes aan tegenwoordig, vroeger bij wijze van spreken kon je heel veel en gewoon zeggen van oh dat is dat en dat kunnen we daar regelen niet dat je alles zo maar kreeg maar het ging wel een stuk makkelijker om dingen aan te schaffen bij een verzekeraar, daar kreeg je sneller iets voor mekaar dan nu. Ook bij dagopvang kost tegenwoordig heel wat geld en eigen bijdragen en dat is ook per instelling verschillend of de zorgverzekeraar verschillend wat ze daar boven op moeten betalen, dat je daar van tevoren goed van op de hoogte bent voordat je mensen het ook aan raad dat je weet wat je ze aan raad dat is zeker wel belangrijk. Je kan niet precies de financiën van de cliënt weten maar ja je moet wel een beetje grofweg weten van nou zo zit het in elkaar en daar hangt dit en dat aan vast			dagopvang
--	---	--	--	-----------

Interview nr.	Open codering (Tekstfragment) Mantelzorgers	Interview regel	Concept	Categorie
---------------	---	-----------------	---------	-----------

B9	Ja, ik vind als echtgenote dan heb je toch ook wel de zorgplicht en dat gaat gewoon automatisch zonder na te denken, dat doe je gewoon.	11	Hoe mantelzorger geworden	Zorgplicht
B9	Je vraagt er niet om, hij vraagt er niet om, maar het gebeurt gewoon	13	Hoe mantelzorger geworden	Het gebeurd gewoon

B9	Nou zolang kijk, hij is natuurlijk al invalide, hij is slechtiend, maar zolang zijn koppetje nog goed is, kan ik het volhouden	18	Grenzen mantelzorger	Nog vol te houden
B9	Gaat hij dement worden, dan denk ik dat ik de grens ga bereiken omdat je dan een driedubbele zorg gaat krijgen. En dan heb ik zoiets van dat is mijn grens. Maar zolang zijn koppetje nog goed is, hou ik het vol.	20	Grenzen mantelzorger	Grens bij dement worden

B9	Ja duidelijk wel	32	Herkenning signalen overbelasting	
B9	Heel erg moe kunnen zijn. En wat ik tegenwoordig ook steeds meer doe is 's middags toch eventjes een uurtje op de bank ga liggen, dan ben ik te moe om aan mijn hobby te gaan beginnen	33	Herkenning signalen overbelasting	Erg moe kunnen zijn en dan gaan liggen Te moe om hobby op te pakken
B9	En dat is voor mij een teken dat ik op dat moment weleens overbelast ben, niet alleen lichamenlijk maar ik ben ook veel geestelijk bezig	36	Herkenning signalen overbelasting	Teken van overbelasting lichamenlijk en geestelijk
B9	Wat zou ik dan nodig hebben? Dat hij eens een paar uurtjes gewoon door iemand opgehaald wordt, dat ze even lekker met hem gaan wandelen, dat ik een paar uurtjes voor mijzelf heb.	41	Herkenning signalen overbelasting	Uurtje voor mezelf

B9	Helemaal niets. Ja, eigenlijk merk ik er wel zo ver van dat ik eigenlijk blij ben met Buurtzorg, wat ons toegewezen is	47	Participatie samenleving	Blij met buurtzorg
B9	Niets, niets. Maar ik ben ook wel een beetje zo van he alles zelf in de hand houden	61	Participatie samenleving	Alles zelf in de hand houden

B9	Oh ja, je kan als mantelzorger ook PGB aanvragen. En dan heb ik zo iets van: nee dat vind ik gewoon oneerlijk. Zolang ik het zelf nog aan kan wil ik geen PGB. Kan ik het niet meer aan, wat er niet in zit, dan kan ik het altijd nog aanvragen.	63	Participatie samenleving	PGB aanvraag mantelzorg
B9	Kijk en dat ligt aan mij en dat ligt niet aan de regering, want de regering kan niet weten dat ik bijvoorbeeld extra hulp wil hebben.	66	Participatie samenleving	Ligt aan mezelf

B9	Nee, Interessant	74	Meetinstrument gebruikt	Interessant
B9	Ja hoor, ik sta voor alle nieuwe dingen open	75	Meetinstrument gebruikt	Staat er open voor

B9	nou het is hier niet elke dag hetzelfde, dat is toch een gevarieerd patroon en dan lijkt het mij ook heel erg moeilijk om dan iedereen te vragen van joh zou jij dan op die dag of op die dag iets willen doen. Want dan kan ik nooit van te voren zeggen. Dus ik denk niet dat dit nut heeft voor me	85	mantelscan	Gevarieerd dag patroon , moeilijk te plannen, heeft nog geen nut.
----	---	----	------------	---

B9	De verwachtingen die ik had, die hebben mijn ideeën van tevoren al van verre overtroffen. Ik zeg wel eens jullie krijgen een tien!	102	Samenwerking met de verpleegkundigen	Jullie krijgen een 10
B9	Nou we hebben gewoon een intakegesprek gehad en daar is wederzijds een heleboel duidelijk geworden. En ja eigenlijk wat er gezegd en beloofd was dat is allemaal uitgekomen. En dat is allemaal voldoende	106	Samenwerking met de verpleegkundigen	Goede afspraken bij intake nakomen beloftes
B9	Dat is allemaal heel goed geweest. En allemaal heel goed gegaan. En wat ik ook heel erg prettig vond, ik had op donderdagmiddag een intakegesprek en ze konden de volgende dag konden ze al hulp bieden. En daar was ik heel blij mee, dat het zo heel erg snel kon	110	Samenwerking met de verpleegkundigen	Goed gegaan en snelle hulp geboden
B9	Maar het heeft alle verwachtingen overtroffen. Ik zou jullie niet meer willen missen. Heel Buurtzorg niet.	118	Samenwerking met de verpleegkundigen	Verwachtingen overtroffen
B9	En wat ik dan ook heel erg fijn vind,	122	Samenwerking	Nemen de tijd, geeft

	ze nemen de tijd, ze drinken vaak een kopje thee of een kopje koffie en er wordt ook vaak gezellig gekletst, heel ontspannen en dat geeft voor mij ook een heleboel ontspanning. Want ik vind dat ik minstens één keer per dag lachen		met de verpleegkundigen	mij ook ontspanning
--	---	--	-------------------------	---------------------

B9	Geen wensen meer! Alle wensen zijn vervuld.	130	Verbeterpunten in de samenwerking	Geen wensen meer
----	---	-----	-----------------------------------	------------------

Bijlage 5. Contract gegevens project



Afstudeernota 2015-2016



Naam: Hettie de Wilde
Telefoon: 06-2373.3630
E-mail: h.de.wilde@upcmail.nl

3. Christelijke Hogeschool Ede

Afstudeerbegeleider: G. Mackern
Telefoon: 06-48250.790
E-mail: gpmackern@che.nl

komen overeen dat de studenten van de CHE een projectopdracht uitvoeren in de hiervoor genoemde instelling volgens de hierna genoemde projectbeschrijving en voorwaarden.

B. Product-, onderzoek- of productiebeschrijving

1. Onderwerp:	Samenwerking met mantelzorgers met het oog op voorkomen van overbelasting
2. Beoogd product:	Onderzoekverslag met aanbevelingen
3. Werkwijze:	Literatuuronderzoek Kwalitatief onderzoek.

C. Begeleiding vanuit de CHE

De Christelijke Hogeschool Ede geeft begeleiding aan de student(en) in de projectopdracht volgens het programmaboek.

D. Begeleiding vanuit de instelling

De instelling geeft minimaal 20 uur begeleiding aan de student(en).

E. Voorwaarden

- Betrokkenen hebben kennisgenomen van het programmaboek projectstage of de afstudeernota en houden zich aan de instructie.
- De student(en) gaat/gaan professioneel (je bent in opleiding tot verpleegkundige) om met alles wat hem/haar ter kennis komt binnen de instelling. Informatie uit onderzoek en opbrengsten van onderzoek mogen niet zonder overleg met de coördinator op school en de opdrachtgever door de studenten naar buiten gebracht worden. Projecten maken vaak deel uit van grotere verbanden van innovaties in het werkveld.
- De studiebelasting voor de projectstage is 240 SBU (waarin opgenomen hoor- en werkcolleges en tutorbijeenkomsten)
of
De studiebelasting voor het afstuderen bestaat 840 SBU voltijd en 560 SBU deeltijd/duaal per student.

F. Akkoordverklaring



Plaats:		
Eck / Spijkenisse		
Datum:		
12-2-2016		
	Naam	Handtekening
Begeleider instelling	H. de Wilck	M. de Wilck
Begeleidend docent CHE/ Academie Gz	G. Mackern	[Signature]
Studenten	L. Suurmond	[Signature]
	M. de Ruiter	[Signature]
	S. Dronkers	[Signature]

Denk aan (gescande) kopieën voor studenten individueel, instellingsbegeleider en afstudeerbegeleider.

Bijlage 6. Randvoorwaarden

Tijd

- Dit onderzoek zal binnen de afgesproken termijn op eind mei 2016 afgerond zijn. Hiervoor is een tijdsplanning opgesteld waar de betrokken studenten zich aan zullen houden.
- De studenten houden zich aan de gemaakte afspraken waarop bepaalde stukken moet zijn ingeleverd.
- De begeleider zal beschikbaar zijn voor 30 begeleidingsuren. Hieronder valt het introductiegesprek, leerdoelen van de studenten, concept Plan van Aanpak, concept onderzoeksverslag, beoordeling onderzoeksverslag, presentatie, procesevaluatie, feedback leerrendement en het afstudeergesprek aan de hand van het portfolio.
- De beoordelaar zal beschikbaar zijn voor 8 uren voor het beoordelen van het Plan van Aanpak, onderzoeksverslag en afstudeergesprekken.
- De opdrachtgever zal beschikbaar zijn voor 20 uren. Hieronder valt het introductiegesprek, concept Plan van Aanpak, beoordeling Plan van Aanpak, concept verslag, Beoordeling onderzoeksverslag, bijwonen presentatie, procesevaluatie, feedback leerrendement.

Geld

- Dit onderzoek zal kostenvrij plaats vinden.

Kwaliteit

- Alle betrokken studenten zijn verantwoordelijk voor voldoende kwaliteit.
- Studenten geven elkaar bruikbare feedback op de ingeleverde stukken.
- Studenten helpen elkaar indien dit nodig blijkt.
- Dit onderzoek zal plaats vinden door middel van kwalitatief onderzoek.

Overig

- Er is een open en eerlijke communicatie naar elkaar.
- Alle betrokken studenten houden zich aan de onderling gemaakte afspraken.
- Voor hulp en/of advies kunnen de studenten de begeleider en/of de opdrachtgever inschakelen.
- Er zal een open en eerlijk communicatie zijn onder de studenten, begeleider, opdrachtgever en beoordelaar.

Er zal tijdens de bijeenkomsten met de begeleider een evaluatie plaats vinden over het proces, samenwerking en persoonlijke leerdoelen

Bijlage 7. Samenwerkingscontract

Samenwerkingscontract

Afstudeeronderzoek naar verbeteringen voor VPK in de samenwerking met mantelzorg.

Studenten:

- Liesbeth Suurmond
- Mirjam de Ruiter
- Saskia Dronkers.

Rolverdeling (globaal):

- Liesbeth: Stukken beoordelen op Nederlandse taal en zinsopbouw
- Mirjam: lay-out en verslag in elkaar zetten, tijdsplanning
- Saskia: voorzitter, taakverdeling en bewaken van de planning

Doel van de samenwerking:

Het afstudeeronderzoek gezamenlijk afronden met een goed resultaat.

Communicatie:

- Eenmaal per dag of eenmaal per twee dagen kort sms contact over de voortgang van onze eigen planning.
- Sms of whatsapp wordt gebruikt voor de korte mededelingen of vragen.
- Mailcontact en dropbox worden gebruikt voor de documenten/informatie te verzamelen.
- Bellen kan als dit wordt besproken voordien met de betrokkene i.v.m. werk.
- We laten elkaar weten als er iets ingeleverd is in drop box en vragen elkaar om feedback.

Voorwaarden van de samenwerking:

- Wij, Liesbeth, Saskia en Mirjam werken samen aan dit afstudeeronderzoek van februari tot en met juni 2016.
- Wij werken samen en helpen elkaar waar nodig.
- Wij houden ons aan de planning en geven op tijd aan als we hulp nodig hebben.
- Wij zijn eerlijk en open tegen over elkaar en geven op tijd aan als er iets speelt of als we hulp nodig hebben.
- Wij overleggen op tijd en houden elkaar in de waarde.
- Wij nemen afzonderlijk van elkaar onze verantwoordelijkheid voor dit onderzoek.
- Wij houden ons aan de afspraken die gemaakt in dit contract.
- De samenwerking is na het inleveren van het verslag, de presentatie en ons eindgesprek definitief afgerond.

Rapportage / notulen:

- Bij elke bijeenkomst worden er door Saskia aantekeningen gemaakt en een planning opgesteld.
- Saskia stuurt deze planning de dag erna op en het document staat in drop box.

Kwaliteitscontrole:

- Iedereen zorgt voor voldoende kwaliteit en waarborgt dit.

- Iedereen kijkt zijn eigen stukken na op grammatica, structuur en taalfouten.
- Bij het inleveren van een opdracht kijken wij allen elkaars stukken na en geven feedback.
- Aan het einde van het gehele onderzoek wordt nogmaals door Liesbeth gecontroleerd op structuur, grammatica en taalfouten.

Deadlines:

- Stukken worden tijdig opgestuurd door de verantwoordelijke.
- Als een groepsgeenoot de deadline niet haalt, laten we dit op tijd weten.

Begeleiding:

- Wij kunnen hulp inschakelen van onze instellingsbegeleider en opdrachtgever: Hettie de Wilde.
- Daarnaast kunnen wij bij problemen terecht bij Gert Madern, die ons onderzoek gaat begeleiden.
- Wij plannen in totaal 5 gesprekken met Gert Madern waarin we onze voortgang kunnen bespreken en evalueren.
- Bij problemen moeten wij gezamenlijk contact opnemen met Gert Madern en het probleem bespreekbaar maken.

Afspraken onder teamleden:

- Van de groep wordt verwacht dat wij altijd aanwezig zullen zijn als er is afgesproken en op de bijeenkomsten met onze begeleider of instellingsbijeenkomsten.
- Deze momenten worden per bijeenkomst besproken en de afspraken worden door Saskia genotuleerd.
- Bij het niet nakomen van bovenstaande afspraken mogen wij elkaar hierop aanspreken en wordt dit besproken.