

De Kloof

Transitie van de afdeling revalidatie naar de afdeling somatiek



Arjan van den Biggelaar
Sanne Egelmeers
Afstudeerproject - Verpleegkunde

De Kloof

Transitie van de afdeling revalidatie naar de afdeling somatiek

Studenten:	Arjan van den Biggelaar (2148827)
studentnummer:	Sanne Egelmeers (2143573)
School:	Fontys Hogeschool
Opleiding:	HBO- Verpleegkunde
Afstudeergroep:	32
Projectbegeleider:	Cis Lijten
Examinator:	Justine Duits
Opdrachtgevers:	Paul Reitsma, Manager Somatiek Marjolein Twaalfhoven, Manager Revalidatie
Organisatie:	Brabant Zorg
Vestiging:	De Watersteeg, te Veghel
Datum:	24-01-2013

Voorwoord

Dit is de schriftelijke verantwoording van het afstudeerproject 'De kloof'. Het betreft een onderzoek naar de kloof die de cliënt ervaart bij een transitie van de afdeling Revalidatie naar de afdeling Somatiek. Het heeft plaatsgevonden gedurende een periode van september 2012 tot februari 2013 in het verpleeghuis de Watersteeg, te Veghel. Dit afstudeerproject is doorlopen door twee vierdejaars studenten van de opleiding HBO- verpleegkunde, Fontys Hogeschool te Eindhoven. De opleiding stelt aan het afstudeerproject als eis dat de resultaten een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep. Het afstudeerproject is gerelateerd aan de competentie 'Zorg Op Maat'. De cliënt staat voorop in dit product en de zorg zal door het verplegend personeel op maat moeten worden gegeven om de kloof, die in en na overgang tussen de afdelingen revalidatie en somatiek ervaren wordt, te verminderen. De wens van de cliënt staat in dit project voorop. De interventies die door de afstudeergroep worden gemaakt, zullen voor de cliënt worden ingezet zodat zij de transitie als minder belastend gaan ervaren.

Wanneer een cliënt ontslagen wordt van de afdeling revalidatie, zal de cliënt bijvoorbeeld naar huis of een verpleeg/verzorgingshuis gaan. Uit de praktijk komt naar voren dat cliënten deze transitie als een kloof ervaren. De afstudeergroep heeft onderzocht waar de kloof precies zit en vastgesteld wat hieraan kan worden verbeterd, zodat dit probleem minimaal wordt.

Gezien de periode die voor dit project stond en de wens van de opdrachtgever, heeft de afstudeergroep het probleem afgebakend tot de transitie naar een somatische afdeling. Ontslag naar andere mogelijke onderkomens worden tijdens dit project buiten beschouwing gelaten.

De afstudeergroep heeft zich in de eerste fase georiënteerd op het probleem die in en na de transitie aanwezig is, hierna is er een onderzoek gestart in de praktijk. Er is gezocht naar mogelijke oplossingen om de kloof te verminderen. Dit is onder andere gebeurd door middel van het afnemen van interviews, het organiseren van een focusgroep en door middel van literatuurstudie. Uiteindelijk zijn er producten en aanbevelingen ontwikkeld voor de verpleegkundigen. Dit moet ervoor zorgen dat de kloof die de cliënt ervaart bij de transitie, verminderd wordt. In overleg met de opdrachtgever heeft de afstudeergroep een persoonlijk gezondheidsdossier en de onafhankelijkheidskaarten ontwikkeld, die tijdens de afstudeerpresentatie wordt geïntroduceerd.

Onze dank gaat uit naar diegene die geholpen hebben met de totstandkoming van dit afstudeerproject. Ten eerste willen wij onze projectleider Cis Lijten bedanken voor de begeleiding en het geven van feedback. Daarnaast willen wij onze opdrachtgevers Paul Reitsma en Marjolein Twaalfhoven bedanken voor hun feedback en kritische blik vanuit de praktijk. Wij willen onze examiner Justine Duits bedanken voor het geven van feedback.

Ook onze referentiegroepjes willen wij bedanken voor de samenwerking en feedback.

Belangrijke groepen die wij willen bedanken is het verplegend personeel, maatschappelijk werkster, psycholoog en de cliënten met hun partners en familie, voor de medewerking tijdens dit project.

Eindhoven, januari 2013

Arjan van den Biggelaar
Sanne Egelmeers

Samenvatting

Het afstudeerproject 'De kloof' is tot stand gekomen door de samenwerking tussen de Watersteeg en de Fontys Hogeschool Verpleegkunde. Dit document geeft inzicht in de verzamelde gegevens en het implementatieplan dat is ontwikkeld door de afstudeergroep. Er zijn twee producten ontwikkeld dat moet zorgen voor het verminderen van de kloof die cliënten ervaren bij de overgang van revalidatie naar somatiek. Daarnaast zijn er aanbevelingen opgesteld, waarmee het personeel van revalidatie en somatiek aan de slag kunnen.

De afstudeergroep is gestart met een brainstormsessie over het probleem om mogelijke oorzaken naar voren te halen. Daarnaast heeft een gesprek met de zorgmanagers van revalidatie en somatiek plaats gevonden, waar ook mogelijke oorzaken aan bod zijn gekomen. De afstudeergroep is een literatuuronderzoek gaan uitvoeren over de volgende topics; het ontslagtraject en behandelpaden, acceptatie, informatiebehoefte en gespreksvoering met cliënten.

In samenspraak met de zorgmanagers is de volgende probleemstelling tot stand gekomen:

Welke interventies kan het verplegend team van de revalidatie en somatiek toepassen om de kloof die de cliënt ervaart na overgang tussen deze afdelingen minimaal te maken?*

De hoofdvraag is belangrijk omdat het verplegend personeel op deze manier beter kan inspelen op de kloof die de cliënt ondervindt. Hiervoor zijn handvatten nodig zodat het verplegend personeel weet hoe ze dit probleem efficiënt aan kunnen pakken.

Het doel van dit project luidt als volgt:

Binnen 18 weken heeft het verplegend personeel van revalidatie en chronisch somatiek de opgestelde interventies aangereikt gekregen en kunnen zij die toepassen zodat de kloof, die de cliënt bij overgang ervaart, minimaal wordt.

Om dit doel te behalen heeft de afstudeergroep gebruik gemaakt van interviews en een focusgroep om de cliënten, naasten, cliëntcontactpersoon (CCP'ers) van revalidatie en somatiek, maatschappelijk werkster en de psycholoog te benaderen en om van hen te horen waar daadwerkelijk het probleem ligt en wat hun ideeën zijn om de kloof te verminderen. Daarnaast is er een uitgebreide literatuurstudie gedaan over de volgende onderwerpen; transitie, verschil tussen revalidatie en somatiek, rouwproces, rouwbegeleiding en informatievoorziening. De afstudeergroep heeft een wetenschappelijk artikel geanalyseerd en uiteindelijk gebruikt in een product.

Aan de hand van de praktijk- en theoretische resultaten heeft de afstudeergroep een tweetal producten opgesteld, die zij gaan implementeren in de praktijk. Een product is gericht op de afhankelijkheid van de cliënt en het andere product is gericht op de rouwbegeleiding door het verplegend personeel aan cliënten en naasten. Daarnaast zijn er aanbevelingen gemaakt die het verplegend personeel zelf moet opstarten.

Tevens is er een evaluatieplan opgesteld, waarmee het personeel van revalidatie en somatiek kunnen gaan reflecteren op de twee producten en de aanbevelingen die zij zelfstandig moeten uitvoeren.

Het implementatieplan is door de afstudeergroep gepresenteerd aan beide afdelingen. De afstudeergroep wijst een facilitator aan die de leiding overneemt en het verplegend personeel gaat aansturen om de implementatie succesvol te laten verlopen. Om dit te doen, is er door de afstudeergroep een document met aanbevelingen opgesteld.

**Onder het verplegend team wordt verstaan: Verpleegkundigen niveau 4 + 5, verzorgenden en helpenden*

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Hoofdstuk 1: Planning	9
1.1 Aanleiding van het onderzoek.....	9
1.2 Probleembeschrijving.....	9
1.3 Probleemstelling.....	9
1.4 Deelvragen.....	9
1.5 Voorlopige doelstelling.....	10
1.6 Relevante theorie	10
Conclusie	11
Hoofdstuk 2: Werkelijke situatie	12
2.1 Literatuurstudie.....	12
2.1.1 Methodes	12
2.1.2 Resultaten.....	12
2.2 Ervaring cliënten.....	15
2.2.1 Methodes	15
2.2.2 Resultaten.....	16
2.3 Ervaring naasten.....	19
2.3.1 Methodes	19
2.3.2 Resultaten.....	19
2.4 Ervaring CCP'ers revalidatie en somatiek.....	21
2.4.1 Methodes	21
2.4.2 Resultaten.....	22
2.5 Ervaring maatschappelijk werkster & psycholoog	24
2.5.1 Methodes	24
2.5.2 Resultaten.....	25
2.6 Observatie opname-, familie- en ontslaggesprekken	27
2.6.1 Methodes	27
2.6.2 Resultaten.....	27
2.7 Context analyse	28
2.7.1 Verantwoording gebruik Context Assessment Index vragenlijst	28
2.7.2 Verspreiding vragenlijst.....	29
2.7.3 Respons vragenlijst.....	29
2.7.4 Conclusie ingevulde vragenlijsten Context Assessment Index	29
2.8 Definitieve probleemstelling	30
2.9 Definitieve doelstelling.....	30
Conclusie	30
Hoofdstuk 3: Wenselijke situatie.....	33
3.1 Wenselijke situatie aan de hand van literatuurstudie	33
3.1.1 Methodes	33
3.1.2 Resultaten.....	33
3.2 Wenselijke situatie volgens cliënten	35
3.2.1 Methodes	35
3.2.2 Resultaten.....	35
3.3 Wenselijke situatie volgens naasten	36
3.3.1 Methodes	36
3.3.2 Resultaten.....	36
3.4 Wenselijke situatie volgens CCP'ers van revalidatie en somatiek	37
3.4.1 Methodes	37
3.4.2 Resultaten.....	37

3.5 Wenselijke situatie volgens maatschappelijk werkster en psycholoog	38
3.5.1 Methodes	38
3.5.2 Resultaten.....	38
Conclusie	39
Hoofdstuk 4: Implementeren en Bijsturen.....	41
4.1 Implementatieplan	41
4.2 Evaluatieplan	43
Conclusie	46
Hoofdstuk 5: Discussie en conclusie.....	47
5.1 Discussie	47
5.2 Conclusie	48
Nawoord.....	49
Literatuurlijst	50
Bijlage 1: Aankondigingsbrief	53
Bijlage 2: Informed Consent	54
2.1 Informed consent voor observatie van opnamegesprekken	54
2.2 Informed consent voor interview cliënt.....	55
Bijlage 3: Onderzoeksinstrumenten	56
3.1 Literatuurstudie.....	56
3.2 Interview cliënten.....	59
3.3 Interview naasten.....	61
3.4 Focusgroep CCP'ers revalidatie	63
3.5 Interview CCP'ers somatiek.....	65
3.6 Interview Maatschappelijk werk + psycholoog	67
3.7 Observatie opnamegesprekken	69
Bijlage 4: Uitwerking CAI	70
Bijlage 5: Aanbevelingen	74
Bijlage 6: Implementatieproducten	79
6.1 Persoonlijk gezondheidsdossier	79
6.2 Onafhankelijkheidskaart.....	83

Inleiding

Het onderwerp van dit afstudeerproject is de transitie van de afdeling revalidatie naar de afdeling somatiek. Cliënten krijgen hierbij met veel veranderingen te maken. Transitie zijn overgangen van de ene levensfase, fysiek of psychische gesteldheid of van de ene sociale rol naar de andere, die het normale leven tijdelijk ontwrichten en om aanpassing vragen (*Chick & Meleis 1986; Schumacher & Meleis 1994*).

Wanneer dit naar de praktijk vertaald wordt, kunnen ook verschillende transitie waargenomen worden. De cliënten maken een verandering mee van het lichaam. Zij hebben een beperking gekregen en mede hierdoor kan de cliënt niet naar huis. Dit is een hele verandering voor de cliënt. Er vindt een transitie plaats tussen verschillende niveaus van zorg en een transitie in stadia van ziekte (*Schumacher & Meleis, 1994*). Mensen die een verlies hebben mee gemaakt staan voor de taak om zichzelf, hun opvattingen, verwachtingen en hun verdere leven aan te passen aan het feit dat zij iets verloren hebben (*Houtackers & Jacobs, 2001*).

In deze theoretische verantwoording geeft de afstudeergroep antwoord op de volgende vraag: *Welke interventies kan het verplegend team van de afdelingen revalidatie en somatiek toepassen om de kloof die de cliënt ervaart na transitie tussen deze afdelingen minimaal te maken?*

Het doel van het afstudeerproject is om vanuit verschillende stakeholders tot de juiste verbeterpunten te komen die het verplegend team kunnen gaan toepassen in de praktijk. Door verschillende interventies toe te passen, zal de cliënt de transitie als minder belastend ervaren.

Om de vraagstelling te beantwoorden, zijn er verschillende bronnen gebruikt. Op basis van een literatuuronderzoek naar de transitie binnen zorg heeft de afstudeergroep knelpunten vastgesteld in onder andere het rouwproces en informatievoorziening (*de Lange & van Staa, 2004*)(*van Staa, 2004*). Daarnaast zijn cliënten, naast, Cliëntcontactpersonen(CCP'ers) van de afdelingen revalidatie en somatiek, de psycholoog en maatschappelijk werkster geïnterviewd over hun ervaringen en ideeën wat betreft de kloof bij de transitie tussen de afdelingen revalidatie en somatiek. Deze interviews zijn geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse.

Om de context van beide afdelingen te bepalen is de CAI (Context Assessment Index) in kaart gebracht bij de managers van beide afdelingen. De uitkomst hiervan is meegenomen met de opgestelde verbeterpunten.

De schriftelijke verantwoording is opgebouwd aan de hand van de PDCA-cyclus, een kwaliteitscyclus. Deze cyclus is door de afstudeergroep gekozen, omdat er een nadruk wordt gelegd op evaluatie en op verbetering. De cirkel bestaat uit vier fases, Plan, Do, Check en A ct. De cirkel sluit goed aan bij de probleemstelling omdat de fases binnen de cyclus kunnen verschillen van inhoud. (*Hunink, et al., 2000*) (*Munten, Snoeren & Cardiff, 2011*) (*Moen & Norman, 2006*)

In de eerste fase van de PDCA-cyclus vindt een oriënterende literatuurstudie plaats, dit is een onderdeel van PARIHS. PARIHS is een model dat gebruikt wordt om een implementatie sterk te onderbouwen en uit te voeren. Het bestaat uit een aantal facetten; Evidence, Context en Facilitator. (*Cox & Holleman, 2006*) (*Bers & Munten, 2008*)

In de tweede fase van de PDCA-cyclus, de DO fase, wordt de evidence uitgebreider uitgewerkt. In deze fase vindt een literatuur, expert en cliëntonderzoek plaats. Daarnaast vindt er een onderzoek plaats naar de tweede facet van het PARIHS- model; de context. Om de context te meten, wordt gebruik gemaakt van de CAI (Context Assessment Index). Met dit instrument wordt de cultuur, leiderschap en evaluatie van de afdelingen gemeten en er komt naar voren of er een sterke of zwakke context op de afdelingen is ten aanzien van het implementeren van veranderingen. De afstudeergroep peilt met de CAI of het verplegend team klaar is om een implementatie uit te gaan voeren. (*McCornack, 2010*).

In de derde fase, CHECK, wordt er ingegaan in het opstellen van aanbevelingen en het implementeren van producten. Aan de hand van het implementatiemodel van Grol en Wensing heeft

de afstudeergroep het implementatieplan ontwikkeld. Deze producten en aanbevelingen zijn ontstaan naar aanleiding van de werkelijke en wenselijke situatie. In dit deel komt het ishikawa-diagram naar voren. Dit diagram zal de hoofdlijn vormen van het schema waarin de aanbevelingen en acties worden beschreven. Het ishikawa-diagram helpt om oorzaken duidelijk uit een te zetten. (Visser & Bakx, 2012) Om een implementatie goed uit te voeren moet er worden gefaciliteerd. Het faciliteren is het derde facet van het PARIHS model. Het is de manier waarop iets of iemand anderen helpt om te veranderen. (Cox & Holleman, 2006) (Bers & Munten, 2008)

In de laatste fase, ACT, wordt er geëvalueerd op de producten die geïmplementeerd zijn. Daarnaast wordt er gekeken naar waar mogelijk aanpassingen moeten plaats vinden als een implementatie niet is geslaagd. Het doel is om de implementatie als nog te laten slagen. De afstudeergroep heeft een evaluatieplan ontwikkeld voor de twee producten die zij gaan implementeren. Het evaluatieplan is aan de hand van de PRAXIS opgesteld. (Hunink, et al., 2000) (Munten, Snoeren & Cardiff, 2011) (Moen & Norman, 2006)

Hoofdstuk 1: Planning

Dit hoofdstuk betreft de eerste fase van de PDCA-cyclus, de planningsfase. Hierin wordt ingegaan op de aanleiding van het onderzoek, de probleembeschrijving, de probleemstelling, de deelvragen, de doestelling en de relevante theorieën die binnen het project gebruikt worden. De onderdelen die hierin besproken worden, vormen de basis voor dit verslag.

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Het afstudeeronderwerp is geworven door contact op te nemen met diverse teammanagers. Uit diverse reacties is er één onderwerp gekozen. Dit onderwerp heeft betrekking op de ontslagfase van de revalidatiecliënt. Tijdens contactmomenten met Paul Reitsma en Marjolein Twaalfhoven, manager somatiek en manager revalidatie, is opgemerkt dat cliënten op de afdeling somatiek en in de thuissituatie vaak een kloof ondervinden, wanneer ze bij de revalidatie afdeling met ontslag zijn gegaan.

1.2 Probleembeschrijving

Het concept van de probleemstelling is ontstaan na reacties van cliënten en naasten. De probleembeschrijving zoals deze in samenspraak met de managers geformuleerd is, luidt:

“De cliënt en naasten hebben veel moeite met de transitie van de afdeling revalidatie naar de afdeling somatiek van het verpleeghuis, verzorgingshuis of thuissituatie (vervolgsetting). Het gaat vooral om het feit, dat na de overgang de zorgverlening anders georganiseerd is en dat de aandacht op het wonen gericht is i.p.v. op herstel. Acceptatie van de cliënt, van het niet meer naar huis kunnen of moeite hebben met het accepteren van de ontstane (gezondheids)-situatie na revalidatie spelen hierin ook een rol.”

1.3 Probleemstelling

De volgende probleemstelling is geformuleerd:

Welke interventies kan het verplegend team van de afdelingen revalidatie en somatiek toepassen om de kloof, die de cliënt ervaart na transitie tussen deze afdelingen, minimaal te maken?*

Het bovenstaande probleem wordt herkend door de opdrachtgever, cliënt en familie en komt terug in de literatuur. Dit blijkt uit het feit dat cliënten niet graag praten over het verpleeghuis als zijnde ‘thuis’ en omdat de cliënten depressieve verschijnselen vertonen, denkend aan neerslachtigheid en gebrek aan initiatief.

Uit de literatuur blijkt dat deze verschijnselen kunnen ontstaan door o.a. transitie. Hierin wordt gezegd: De complexiteit van de transitie grijpt vaak diep in op het leven van mensen, daarbij brengt dit stress en onzekerheid teweeg (De Lange & Van Staa, 2003). Door opname dreigen ouderen soms de balans over hun leven te verliezen, vooral als zij niet meer terug naar huis kunnen (van Staa, 2004).

* Onder het verplegend team wordt verstaan: verpleegkundigen niveau 4 + 5, verzorgenden en helpenden.

1.4 Deelvragen

1. Wat zegt de literatuur over de problematiek van de overgang van de revalidatie naar een vervolgsetting?
2. Wat wordt er in de revalidatiefase verteld bij opname-, familie- en ontslaggesprekken?
3. Hoe ervaren cliënten en naasten de overgang tussen de afdelingen revalidatie en somatiek en aan welke ondersteuning hebben/hadden ze behoefte?
4. Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden van de afdelingen revalidatie en somatiek de ontslagfase van de cliënt vanuit de revalidatie en welke suggesties hebben zij om de overgang te verbeteren?

5. Hoe denken de betrokken disciplines (maatschappelijk werk, psycholoog) dat de overgang tussen de afdelingen revalidatie en somatiek beter zou kunnen verlopen?

De deelvragen zijn verdeeld onder beide studenten. Deelvraag drie wordt uitgewerkt door Arjan en deelvraag vier door Sanne. De drie resterende deelvragen worden gezamenlijk uitgewerkt.

1.5 Voorlopige doelstelling

De doelstelling van het afstudeerproject sluit aan bij de probleemstelling. Het doel moet haalbaar zijn binnen 18 weken, dit is de tijd die voor dit project staat. Om deze reden wordt alleen de transitie van de afdeling revalidatie naar de afdeling somatiek onderzocht.

De onderstaande voorlopige doelstelling is hierbij geformuleerd:

Binnen 18 weken heeft het verplegend personeel van de afdelingen revalidatie en somatiek de opgestelde interventies aangereikt gekregen en kunnen zij die toepassen zodat de kloof, die de cliënt bij transitie ervaart, minimaal wordt.

1.6 Relevante theorie

De afstudeergroep is in de oriënterende fase literatuur gaan zoeken wat betreft transitie. Door te brainstormen zijn er onderwerpen naar voren gekomen die mogelijk te maken hebben met het probleem. In de analysefase vindt een literatuurstudie plaats die te maken heeft met de probleemstelling.

Tijdens de brainstormsessie zijn de volgende onderwerpen naar voren gekomen:

- Het ontslagtraject en behandelpaden
- Acceptatie
- Informatiebehoefte (voor cliënten en naasten)
- Gespreksvoering CCP'ers (cliënt contactpersoon) en praktijkondersteuner

Het is van belang om literatuurstudie te verrichten op het ontslagtraject en behandelpaden. Aan de hand van de behandelpaden* vindt revalidatie plaats; dit is dus de leidraad voor revalideren. Door informatie van het behandelpad te hebben, kan er worden gekeken wat er wanneer plaats vindt en wat op welke tijd besproken wordt. Door inzicht te hebben in de behandelpaden, kunnen fases worden bepaald en worden gekeken welke informatie van belang is per fase. Fases die vanuit de literatuur naar voren komen, zijn de acute fase, revalidatiefase en chronische fase. Uit onderzoek blijkt dat in verschillende fases, verschillende informatie van belang is (Wiles, et al., 1998) (Watchers-kaufmann, 2000)

Er is gekozen om ook acceptatie uit te werken. Uit overleg met de opdrachtgever is gebleken dat acceptatie een mogelijk onderdeel van het probleem kan zijn.

Informatiebehoefte is ook van belang voor ouderen die over gaan naar een nieuwe setting.

Vermoed wordt dat een gedeelte van het probleem informatietekort is (Weer, et al., 2012) (Gerards, 2010).

De vraag is, wanneer de cliënt op de hoogte wordt gebracht, wanneer deze met ontslag gaat en welke vervolgsetting tot de mogelijkheden behoort. Hierbij komt ook de vraag of de cliënten weten wat de dagbesteding op de afdeling somatiek inhoudt. Om te kijken waar de informatiebehoefte van de cliënt en zijn naasten ligt, wordt er literatuur gebruikt. (Hafsteinsdóttir, et al., 2009)

** Een behandelpad is een vaststaand pakket van behandelingen en/of begeleiding passend bij een bepaalde diagnose. In een behandelpad zijn een aantal zaken vooraf vastgesteld zoals bijv. frequentie van therapie per week, gemiddeld totaal te besteden therapietijd etc.*

Het behandelpad zegt niets over de inhoud van de behandeling, maar is wel een richtlijn in het aantal keer per week therapie en de tijd die een bepaalde behandelaar voor de cliënt heeft. De inhoud wordt afgestemd op de hulpvraag en diagnose. (BrabantZorg, 2012)

Conclusie

De afstudeergroep heeft een voorlopige probleemstelling en een voorlopige doelstelling geformuleerd die na de analysefase herzien zijn. Dit is terug te zien in [hoofdstuk 2.8 en 2.9](#). Om de probleemstelling te beantwoorden zijn de deelvragen opgesteld. Hierin zijn alle belanghebbende partijen betrokken. Naast deze betrokkenen is er een literatuuronderzoek gehouden naar de kloof die de cliënt ondervindt tijdens de overdracht van de en op de afdeling somatiek. In dit hoofdstuk staat een oriënterende literatuurstudie waar de afstudeergroep zich in hoofdstuk 2 op gaat richten. Door dit hoofdstuk is de eerste fase van de PDCA- cyclus doorlopen, namelijk de planningsfase. Dit is van belang, omdat het probleem duidelijk omschreven staat en zodat er een goede focus blijft op het centrale probleem. Op deze manier wordt voorkomen dat er afgeweken wordt naar een mogelijk ander probleem.

Hoofdstuk 2: Werkelijke situatie

De tweede fase van de PDCA-cyclus wordt de uitvoering genoemd. In deze fase zijn er gegevens uit de praktijk verzameld middels literatuur, interviews, focusgroep en observaties. De stakeholders die tijdens dit project zijn meegenomen, zijn cliënten, naasten, de CCP'ers van de afdelingen revalidatie en somatiek, maatschappelijk werkster en de psycholoog. De interviews zijn gehouden bij de cliënt, naasten, de CCP'ers van de afdeling somatiek, maatschappelijk werk en psycholoog. De focusgroep is gehouden onder de CCP'ers van de revalidatie. Daarnaast heeft de afstudeergroep drie soorten gesprekken geobserveerd, namelijk opname-, familie- en ontslaggesprekken.

De gegevens zijn in een tijdsbestek van vijf weken verzameld. De verzamelde gegevens zijn geanalyseerd middels thematische analyse en het vergelijken van de observatielijsten.

De context is in kaart gebracht middels de CAI (Context Assessment Index). Hierbij is het functioneren van de afdelingen zichtbaar gemaakt.

Aan de hand van de resultaten uit de interviews, focusgroep, observaties en de CAI, heeft de afstudeergroep een conclusie geschreven.

2.1 Literatuurstudie

De afstudeergroep heeft voor de start aan de literatuurstudie een zoekvraag, trefwoorden en beperkingen opgesteld, om gericht te gaan zoeken in de literatuur. De afstudeergroep is gaan brainstormen over mogelijke onderwerpen die gerelateerd zijn aan de probleemstelling. In deze schriftelijke verantwoording staan de onderwerpen weergegeven die gerelateerd zijn aan het hoofdprobleem. De onderwerpen zijn transitie, verschil tussen de afdelingen revalidatie en somatiek, rouwproces, rouwbegeleiding en informatievoorziening.

2.1.1 Methodes

Voor het zoeken naar geschikte literatuur is er gebruik gemaakt van trefwoorden die betrekking hebben op de probleemstelling. De zoekvraag is ontwikkeld naar aanleiding van de probleemstelling. Vervolgens is er gebrainstormd over trefwoorden die ingevuld kunnen worden in de databases. Onderwerpen die hierbij aan bod zijn gekomen, zijn rouwproces, informatiebehoefte en voorziening, transitie, verschil tussen de afdelingen revalidatie en somatiek, zorgtraject, ontslagfase, gespreksmomenten.

In de instelling is opgemerkt dat zorgtrajecten vaak veranderen. Om deze reden is er voor gekozen om zorgtrajecten ouder dan 2010 niet op te nemen in de studie in verband met verjaring. Daarnaast is er een andere beperking opgesteld wat betreft de taal. Alleen Nederlandse en Engelse artikelen zijn opgenomen.

De afstudeergroep heeft een aantal bekende databases aangehaald om in te gaan zoeken. De databases waar in gezocht is, zijn Pubmed, Springerlink, Medline, Cochrane en bieb.nu (Fontys intranet).

Het instrument waar de afstudeergroep gebruik van heeft gemaakt tijdens de literatuurstudie, is te vinden in [bijlage 3.1](#).

Een belemmerende factor in de literatuurstudie was dat er een beperkt aantal artikelen beschikbaar was over transitie van de afdeling revalidatie naar de afdeling somatiek. Een aantal artikelen hebben niet direct met deze transitie te maken, maar hebben er wel een link mee.

2.1.2 Resultaten

Transitie

De cliënten die van de afdeling revalidatie naar de afdeling somatiek gaan, krijgen te maken met een transitie. Chick & Meleis (1986) en Schumacher & Meleis (1994) geven aan dat transities overgangen zijn van de ene levensfase, fysieke of psychische gesteldheid of van de ene sociale rol naar de andere, die het normale leven tijdelijk ontwrichten en om aanpassing vragen.

Daarnaast is een transitie niet alleen te betrekken op de cliënt maar ook op de afdelingen onderling. Schumacher en Meleis (1994) geven aan dat het verschil in zorgniveaus ook mee speelt tijdens een transitie.

Voor cliënten is een overgang naar een nieuwe afdeling niet alleen wennen en aanpassen. Maar een chronische aandoening hebben betekent hard werken. Niet alleen voor de zieke persoon zelf, maar evenzeer voor de naaste omgeving. Corbin en Strauss (1988) spreken over 'unending work and care'. De Amsterdamse hoogleraar Medische Sociologie Nijhof (2002) geeft een treffende beschrijving van zijn eigen 'ziekenwerk'. Hij constateert dat veel van de inspanningen die zieke mensen leveren hulpverleners en onderzoekers volledig ontgaan. Aandacht schenken aan ziekteovergangen en de adaptieve opgaven daarbij biedt de mogelijkheid dat ziekenwerk zichtbaar te maken.

De literatuur geeft ook aan dat overgangen diep ingrijpen op de cliënten. Ze komen in een nieuwe omgeving en zijn veranderd, dit kan stress en onzekerheid teweeg brengen. De continuïteit van het leven moet opnieuw opgebouwd worden. (van Staa, 2004)

Verskil tussen de afdelingen revalidatie en somatiek

Uit een onderzoek van Smalbruggea (2008) zijn duidelijke verschillen voor en na ontslag naar een somatische afdeling zichtbaar gemaakt. Op de afdeling somatiek krijgt de cliënt te maken met langdurige verpleeghuiszorg. Langdurige verpleeghuiszorg zorgt er voor dat cliënten een achteruitgang mee maken in verschillende aspecten. Het is duidelijk zichtbaar dat cliënten meer psychisch afhankelijk worden en dat er duidelijke verschijnselen aanwezig zijn van bijvoorbeeld een depressie. Een depressie kan al aanwezig zijn voor de overgang naar een somatische afdeling, volgens de literatuur wordt deze problematiek op de afdeling somatiek mogelijk verergerd. Daarnaast wordt in het onderzoek ook weergegeven dat bij langdurig verblijf de sociale participatie achteruit gaat (Smalbruggea, et al., 2008).

Rouwproces

De cliënten krijgen te maken met beperkingen. Het lichaam is veranderd en ze zijn afhankelijk geworden van anderen. Om deze reden kunnen zij niet meer naar huis en komen op een somatische afdeling terecht. De literatuur geeft aan dat cliënten te kampen krijgen met heftige emoties of juist met verdoofde emoties. (Bolheem-Walhain, 1985)

Vanuit de literatuur wordt veel beschreven over het rouwproces. Het proces bestaat uit diverse stadia en ieder stadia wordt doorlopen. Wat verschilt in de stadia is de tijd dat iemand hier mee bezig is. De literatuur beschrijft een bekend stadiapatroon van Kübler Ross. Het Kübler Ross patroon verloopt als volgt;

- Ontkenning en isolering
- Woede
- Marchanderen
- Depressie
- Aanvaarding

Het is niet zo dat de stadia verlopen van een naar vier maar het kan wisselend door elkaar plaats vinden en soms worden ze gezamenlijk afgesloten.

(Metz, 1977)

De naasten krijgen ook te kampen met het verwerkingsproces van de cliënt en vaak vinden zij het lastig om hier mee om te gaan. Reedijk (1996) heeft hier onderzoek naar gedaan en daarbij zijn richtlijnen opgesteld om binnen een gezinssituatie om te gaan met de verwerking. Het wordt ook wel de drie O's genoemd.

- Openlijke erkenning van het verlies
- Ordening van de chaos
- Oriëntatie op nieuwe relaties

(Reedijk, 1996)

Rouwbegeleiding

Begeleiding in de vorm van praten om alle emoties, gedachten en gedragingen die daarmee samenhangen te uiten en te delen, draagt bij aan het rouwproces van de cliënt. Uit de literatuur blijkt dat er behoefte is aan standaardmodellen. Een model dat gebruikt wordt is het SCHOON-model. Het model biedt een handreiking bij begeleiding van het verlies. (Reedijk, 1996)

Naast dat familie in gaat spelen op het rouwproces is het ook de taak van het verplegend personeel om in te spelen op het rouwproces van de cliënt. Daarbij is onderzoek gedaan naar doelen waar het verplegend personeel naar toe kan werken. Doelen die vanuit de literatuur beschreven worden zijn;

- Een steunende relatie aangaan met de rouwende
- Rouwende helpen om te begrijpen wat er met hen gebeurt in het verliesverwerkingsproces
- Het stimuleren van vooruitgang in het verliesverwerkingsproces
- Het beëindigen van de relatie tussen de rouwbegeleider en nabestaande

(Bolheem-Walhain, 1985)

Daarnaast is het voor de rouwbegeleider belangrijk om rekening te houden met hun eigen verlieservaringen en de manier waarop zij hiermee omgaan. Het is belangrijk dat zij zich bewust zijn van de eigen emoties en wat die van invloed kunnen zijn op de rouwende. Begeleiders dienen open te staan voor de manier waarop rouwende zelf met het verlies wensen om te gaan. Zij moeten ook accepteren dat de rouwverwerking voor de cliënt anders kan lopen dan dat zij zelf hebben ervaren.

(Houtackers & Jacobs, 2001)

Informatievoorziening

De literatuur beschrijft dat, na bijvoorbeeld een CVA (cerebro vasculair accident (herseneninfarct)), de informatiebehoefte in verschillende fases anders is. Drie fases worden hierin onderscheiden:

- De acute fase: In de eerste twee weken hebben cliënt en naasten vooral behoefte aan klinische informatie. Hiermee wordt de aard en oorzaak van de aandoening bedoeld, het behandelplan en het wisselend beloop in de eerste dagen waardoor de prognose dan nog moeilijk te geven is. Wanneer het verplegend personeel mededeelt dat na de eerste week meer duidelijkheid is wat betreft de prognose, geeft dit de cliënt en de naasten rust. De informatie die gegeven wordt, moet gedoseerd gegeven worden en verschillende keren worden herhaald. De informatie kan moeilijk te bevatten zijn voor cliënt en naasten. Ook is het van belang om de informatie te ondersteunen met schriftelijk materiaal. Zo kunnen ze het thuis nalezen. (Wiles, 1998)
- De revalidatiefase: In het eerste half jaar staat informatie centraal wat betreft het omgaan met de aandoening. De cliënten leren omgaan met beperkingen. Ook schriftelijk materiaal is in deze fase gewenst. Uit onderzoek is gebleken dat de cliënt en de naasten beide andere behoefte aan informatie hebben. De rolverdeling tussen de cliënt en naasten is veranderd, dit dient besproken te worden. (Wiles, 1998)
- De chronische fase: Na een halfjaar is vooral behoefte aan praktische informatie, ook ondersteund door schriftelijk materiaal. In deze fase wordt de dagbesteding besproken en in het bijzonder de sociale contacten van cliënt en naasten. (Wiles, 1998), (Watchers-Kaufmann, 2000)

Met het geven van informatie aan de cliënt en naasten over de gevolgen van een chronische ziekte is men nooit 'klaar' (Watchers-Kaufmann en Schuling, 2004). De cliënt en naasten gaan na verloop van tijd veranderen van informatiebehoefte. Doordat de arts en het verplegend team de informatievoorziening afstemmen op de cliënt en de naasten, kan de kwaliteit van het leven verhoogd worden.

2.2 Ervaring cliënten

Bij deze deelvraag is er ingegaan op de ervaringen van de cliënten. De cliënten die zijn ondervraagd, zijn allemaal ex-clieñten van de revalidatie en zijn momenteel woonachtig op een somatische afdeling binnen de Watersteeg in Veghel of Mariaoord in Rosmalen. Gezien de kleine populatie binnen de Watersteeg is gekozen om cliënten bij een ander verpleeghuis te bevragen. In dit hoofdstuk zijn de methode van het onderzoek en de resultaten weergegeven.

2.2.1 Methodes

Om cliënten te selecteren is gekozen om in- en exclusie criteria op te stellen. Aan de hand hiervan is een selecte steekproef gehouden. Cliënten moesten voldoen aan een aantal criteria, niet iedereen kon in het onderzoek meegenomen worden i.v.m. lichamelijke of cognitieve beperkingen.

Om cliënten te werven is er een brief rond gestuurd met daarin een korte uitleg over het onderzoek en er werd vermeld dat er zorgvuldig met de informatie omgegaan wordt, zie [bijlage 1](#).

Er is gekozen voor een semi-gestructureerd interview, omdat er open vragen gesteld kunnen worden, de volgorde niet vaststaat en er doorvraagmogelijkheden zijn. Op deze manier kan er uitgebreid, maar toch gericht informatie verzameld worden. De opgestelde vragenlijst is te vinden in [bijlage 3.2](#). Op deze wijze is er op een sturende manier antwoord gezocht op de vooraf opgestelde deelvraag.

Er is gekozen om een informed consent te op te stellen. Dit formulier is voor het interview ondertekend waarmee de cliënt instemt met de voorafgaande opgestelde regels, zie [bijlage 2.2](#). Na een week is er persoonlijk contact gezocht met de cliënt en naasten om een datum te plannen voor het interview.

De grootte van de groep was afhankelijk gesteld van de verzadigingsgraad. Dit houdt in, dat wanneer er geen nieuwe informatie meer naar voren komt, het onderzoek stopt.

Om het onderzoek betrouwbaar te maken, zijn er geluidsopnamen gemaakt en is de cliënt afzonderlijk geïnterviewd. Dit om te voorkomen dat derde partijen ervoor zorgen dat er een sociaal wenselijk antwoord wordt gegeven. (Arend, 2007)

Geluidsopnamen kunnen ethisch gevoelige informatie bevatten en daar moet zorgvuldig mee worden omgegaan. Om deze reden is er goedkeuring gevraagd aan de manager voor het afnemen van geluidsopnamen. Bij de cliënt is dit middels het informed consent gedaan. Dit is gedaan omdat er geen ethische commissie bestaat binnen de instelling.

Na de interviews heeft de afstudeergroep de gemaakte geluidsopname uitgetypt. Hierbij heeft de afstudeergroep irrelevante tekst geschrapt, omdat de irrelevante tekst geen antwoord gaf op de onderzoeksvraag (Baarda, De Goede en Teunissen, 2005). Verzamelde informatie is verwerkt middels een thematische analyse volgens Braun en Clarke (2006). In stap één van de thematische analyse zijn de interviews uitgewerkt en herlezen door de afstudeerpartner. In stap twee zijn er bij de uitgewerkte interviews codes ontworpen. Codes die gelijkaardig zijn, zijn geclusterd. In stap drie zijn codes die betrekking hadden op elkaar geclusterd. Aan de hand van deze codes, zijn thema's geformuleerd. Daarna zijn de thema's herzien door de ruwe data te vergelijken met de thema's. Ook is er gekeken of de individuele thema's met elkaar te maken hadden. De afstudeergroep heeft in deze fase een aantal thema's samengevoegd en codes herschreven. In stap 5 heeft de afstudeergroep de thema's toegelicht en deze onderbouwd met codes. In de laatste stap zijn er rapportages gemaakt van de resultaten. Ter ondersteuning is er gebruik gemaakt van citaten uit het interview.

Om de kwaliteit van dit deelonderzoek te waarborgen is de vragenlijst gecontroleerd door de projectbegeleider en de managers. Daarnaast wordt het interview uitgewerkt met een geluidsopname. Na afloop van de interviews is er aan de cliënten gevraagd of zij een member-check willen uitvoeren. Niet iedere cliënt had hier behoefte aan en om deze reden heeft het andere afstudeerlid de tekst gecontroleerd op eigen interpretaties om de betrouwbaarheid van de gegevens te verhogen.

2.2.2 Resultaten

Gevoel van afhankelijkheid bij cliënten

Cliënten die op de afdeling somatiek woonachtig zijn gaven allemaal aan dat de afhankelijkheid een van de ergste punten is die ze is overkomen. De cliënt gaf aan dat als ze hulp nodig hebben zij hier bijna altijd om moeten vragen. De cliënt ervaart afhankelijkheid als iets vervelends, iets waar geduld voor nodig is. Cliënten zeiden dat zij het moeilijk vonden om de wereld vanuit een ander perspectief te zien.

"Met alles wat je doet ben je afhankelijk van een ander. De meest simpele dingen gaan niet meer. Ik kan niet eens mijn handen klappen en daarom word ik boos, opstandig en verdrietig. Wat ik het ergste vind is afhankelijk van anderen zijn!" (cliënt 2, 2012)

"Het van een ander afhankelijk zijn, dat idee is verschrikkelijk. Ik ben altijd zo vitaal geweest, dit is dus heel vervelend." (cliënt 1, 2012)

Cliënten ondersteunen in rouwproces

Cliënten krijgen in een nieuwe situatie met nieuwe mensen, omgeving, personeel en dagindeling te maken. De periode die zij op revalidatie hebben meegemaakt veranderd. Naast bovenstaande waarneembare verandering treedt er ook een verandering in de gedachten op. Cliënten gaven aan dat zij op de revalidatie hoop en toekomst zagen en op de afdeling somatiek voelt het als een eindstation.

Een rouwproces verschilt bij iedereen en ieder heeft behoefte aan verschillende soorten van ondersteuning (Houtackers & Jacobs, 2001). Ondersteuning kan geboden worden vanuit verplegend personeel, disciplines als maatschappelijk werk en psycholoog en door naasten.

Cliënten gaven aan dat de hulp die zij krijgen vanuit maatschappelijk werk een bijdraagt levert bij de ondersteuning in hun rouwproces.

"Ik heb veel steun gehad aan maatschappelijk werk, deze kwam en komt nog regelmatig. Geweldige vrouw!" (cliënt 1, 2012)

Vanuit het verplegend personeel wordt ook steun aan de cliënten geboden. Zij doen dit door gesprekken aan te gaan met cliënten. Cliënten gaven aan het belangrijk te vinden dat er aandacht besteedt wordt aan dit aspect. Ze voelen zich hierdoor opgevangen.

"De begeleiding die ik heb gehad vanuit de afdeling en vanuit de familie waren voor mij prima, daarin kwam ik niks te kort" (cliënt 3, 2012)

Er is ook een kanttekening ten overstaande van het personeel. De drempel kan in sommige gevallen groot zijn om gedachten uit te wisselen. Er werd aangegeven dat er soms ook niet of nauwelijks met de verpleging werd gepraat, omdat zij te jong zouden zijn en geen levenservaring hebben.

"Voor mij helpt het niet om te praten met de verpleging. Het zijn vaak jonge mensen en ze zijn nog te onervaren om dingen van het leven aan te voelen, omdat ze weinig hebben mee gemaakt" (cliënt 5, 2012)

Cliënten gaven aan dat zij veel steun ontvangen van de naasten. De steun wordt met name opgemerkt tijdens gesprekken met verpleging en wanneer familie op bezoek komt. Dit is voor cliënten is een afleiding en het geeft vertrouwen, omdat zij de naasten al langer kennen. Doordat familie vaak dichtbij de cliënt staat, is het praten met hen gemakkelijker.

"Wat ik prettig vind is om het te delen met iemand die dicht bij mij staat. Diegene die dichter bij mij staan, daar deel ik alles mee." (cliënt 4, 2012)

Naasten kunnen ook als minder prettig ervaren worden. Met name wanneer familie zelf in een rouwproces zit en de rolbepaling moeilijk vindt, kan dit frustraties . Familie probeert de cliënt te stimuleren en geven aan dat ze niet op mogen geven. Dit zorgt voor stimulatie maar kan ook tot een vervelende sfeer leiden en daarbij tot frustraties bij cliënt en familie/partner.

*" Voor mij voelt het niet als steun maar als machteloosheid, ik kan niet meer dan ik doe!"
(cliënt 5, 2012)*

Het leven gaat veranderen

Cliënten vinden het moeilijk om de nieuwe situatie te accepteren. De toekomstverwachting verviel toen de cliënten ontslagen werden van revalidatie. Het gevoel van een definitief besluit en het leren leven met de beperkingen speelden op. Het is definitief afscheid nemen van het oude leven, huis en volledige zelfstandigheid van de cliënt

"Ik heb hier erg moeite mee gehad, het leren leven met de beperkingen. Je moet leren leven als een invalide en dat is moeilijk."(cliënt 3, 2012)

"Wat het voor mij betekende, was dat het allemaal definitief werd. Thuis was niet meer mogelijk. Ik denk veel na over thuis en wat ik daarbij op moet geven." (cliënt 2, 2012)

Dagindeling van de cliënt

De afdeling somatiek staat in het teken van wonen en welzijn, therapieën treden op de achtergrond en er ontstaat meer tijd. De cliënt is aangewezen op het verenigingsleven en de activiteiten die de verpleging en familie met hen onderneemt. Het revalideren is over, toch zegt de cliënt niets over het feit dat dit stopt. Het wordt geaccepteerd zolang er maar vervangende activiteiten zijn. De activiteiten op de afdeling somatiek zijn volop aanwezig volgens de cliënten en dit vinden zij ook prettig.

*"De activiteiten hier zijn voldoende, soms sluit het niet aan maar dan ga ik ook niet"
(cliënt 5, 2012)*

"De verpleging probeert de sleur te doorbreken met activiteiten en dan met name met het verenigingsleven" (cliënt 4, 2012)

Cliënten zijn op de somatische afdeling ook aangewezen op het indelen van hun eigen dag, dit levert soms problemen op. Iedere cliënt heeft wel een hobby maar toch zijn zij afhankelijk van de verpleging en naasten.

"Er staan spelletjes in de huiskamer. Daar wordt weinig gebruik van gemaakt, ik moet de dag zelf invullen." (cliënt 4, 2012)

De overdracht

Cliënten gaan over naar de nieuwe situatie en er start een nieuw hoofdstuk. Een nieuw hoofdstuk start wanneer oude zijn afgesloten en het nieuwe hoofdstuk goed is ingeleid. Cliënten gaven aan dat de begeleiding richting de somatische afdeling goed is gegaan.

" Positieve punten van de overgang is alles, goede gesprekken en met name goede gesprekken met de hoofdzuster" (cliënt 1, 2012)

Cliënten gaven aan dat een goed ontvangst een bijdrage had bij de verwerking van het rouwproces. Daarnaast werd ook aangegeven dat de nieuwe situatie wennen was, maar dat dit toch door de tijd

veranderd. Er kwam veel op de cliënten af en merkbaar is ook dat de cliënten tijd nodig hadden voor verwerking. Een uitgebreide opname is dan niet effectief.

"De opvang op somatiek was goed, ik heb niet echt een gesprek gehad maar wel een intake, waarin ze een beetje over het reilen en zeilen van de afdeling hebben gesproken."
(cliënt 5, 2012)

Informatievoorziening rondom ontslag naar nieuwe afdeling

Cliënten hebben het ontvangen van informatie over de nieuwe afdeling als wisselend ervaren. Een gedeelte zegt dat het toch wennen is, zelfs met nieuwe informatie. Maar een gedeelte had graag informatie gehad over de afdeling somatiek. Er werd aangegeven dat een voorbereidend gesprek voor een meer geleidelijke overgang zou zorgen. Nu wordt er nog maar weinig of niet geïnformeerd over de nieuwe afdeling.

"Vanuit de revalidatie hadden ze meer mogen vertellen wat de nieuwe afdeling inhield."
(cliënt 3, 2012)

Wens van cliënt staat voorop op somatische afdeling

Zorgvisies op de afdelingen revalidatie en somatiek verschillen van elkaar, de afdeling somatiek is meer gericht op wonen en welzijn en de afdeling revalidatie op therapie en herstel. De cliënt geeft duidelijk aan dat ze op de afdeling somatiek merkt dat er geluisterd wordt naar de wens van de cliënt. Als het mogelijk is wordt de wens gerealiseerd en dat ervaren cliënten als prettig.

"Ik heb aangegeven dat ik gewend was om met mijn man samen in de avond warm te eten. Dit was mogelijk en 's middags krijg ik een boterham." (cliënt 1, 2012)

Verandering van zorg

Het leven voor cliënten veranderd in korte tijd veel. Naast het hebben van een handicap, begint er een ander leven op een andere plaats en kan de cliënt niet meer naar huis. De sfeer op de afdeling revalidatie is anders dan die van de afdeling somatiek. Op somatiek is het warme wonen het belangrijkste en op de revalidatie het herstel waardoor er meer dynamiek aanwezig is. Cliënten ervaren somatiek als een sleur, door ontbreken van onder andere de dynamiek.

"Opstaan, wassen, eten, toilet, slapen, opstaan etc." (cliënt 5, 2012)

Voor cliënten voelt het 'nieuwe' leven als opgesloten. Hierdoor is er geen gevoel van thuis, want thuis was er vrijheid. Cliënten gaven aan dat zij leven op herinneringen, hoe was het voor ik hier kwam. Dit heeft ook te maken met het rouwproces, het is een vorm van ontkenning. Cliënten willen niet kijken naar de toekomst, want deze is er voor hen gevoel niet meer, juist het verleden was prettig.

"Op revalidatie was ik een patiënt, op de somatiek een vrijgevochten vrouw, maar wel een die in een hok zit." (cliënt 3, 2012)

Dit heeft ook te maken met het ZZP(Zorgzwaartepakket) waarin de cliënt zit. Op revalidatie was dit een 9 wat inhoudt dat de cliënt vaak therapie krijgt. Op de afdeling somatiek is de ZZP een 6 wat inhoudt dat er veel revaliderende therapie is afgeschaft. Het verschil wordt door de cliënt duidelijk gemerkt.

"De manier van werken op de revalidatie mis ik, met name de therapie." (cliënt 1, 2012)

2.3 Ervaring naasten

Bij deze deelvraag is er ingegaan op de ervaringen van naasten. De naasten die geïnterviewd zijn, zijn de eerste contactpersonen van de cliënt. Er is voor de eerste contactpersoon gekozen, omdat hier vanuit de afdeling het meeste contact mee is. Bij de cliënt is uitgeweken naar een ander verpleeghuis en om deze reden is er ook bij de eerste contactpersoon uitgeweken naar Mariaoord.

2.3.1 Methodes

Naasten zijn geselecteerd naar aanleiding van de cliënten. Alle eerste contactpersonen van de cliënten zijn telefonisch benaderd met de vraag of ze mee willen werken aan het onderzoek. Tijdens het contact is er kort toegelicht wat het onderzoek inhoudt en daarna is er een afspraak gepland. De introductiebrief die cliënten hebben ontvangen is ook met de naasten voor het interview doorgenomen. Voor de naasten was ook een informed consent opgesteld deze was goed gekeurd door de manager. Dit was voldoende omdat er geen ethische commissie bestaat. Het interview is semi-structureerd. De vragenlijst is terug te vinden in [bijlage 3.3](#). Net als bij de cliënt was de grootte van de interviewpopulatie afhankelijk gesteld aan de verzadigingsgraad. Om het onderzoek betrouwbaar te maken, werden er geluidsopnames gemaakt en deze zijn uitgetypt. Daarnaast is de eerste contactpersoon afzonderlijk geïnterviewd. Dit wordt gedaan om factoren van buiten af geen rol te laten spelen in de antwoorden. De geluidsopnames kunnen ethisch gevoelige informatie bevatten, om deze reden is er goedkeuring aan de naasten gevraagd middels een informed consent.

Verzamelde informatie is verwerkt middels een thematische analyse.

Om de kwaliteit van dit deelonderzoek te waarborgen, is de vragenlijst gecontroleerd door de projectbegeleider en de managers. Daarnaast is het interview uitgewerkt aan de hand van de geluidsopname. Na uitwerking van de interviews heeft een member-check plaats gevonden.

2.3.2 Resultaten

Rouwproces bij naasten

Naasten gaven aan dat er voor hen veel veranderd is. Hun partner of vader/moeder heeft een handicap gekregen en komt niet meer naar huis. De naasten gaan hier verschillend mee om. Zij kunnen ook in een rouwproces terecht komen. Naasten gaven aan het fijn te vinden om begeleid te hebben en geïnformeerd te zijn. Dit thema bestaat uit twee deel thema's;

Verwerking van de handicap, van de cliënt, door naasten

De cliënt kan op verschillende manieren veranderen, denk hier bijvoorbeeld aan karaktereigenschappen of het niet meer kunnen lopen door een CVA. De naasten dienen zich dan aan te passen aan de nieuwe situatie en dit kan leiden tot verdriet en verwerking van de verandering.

"En goed, wij zijn kinderen, hoe oud we dan ook zijn. Je bent toch weer kind en dan huilen we net zo hard mee, vooral als je weet dat je moeder nooit zorg nodig heeft gehad. Ja dat is schrijnend heel zelig!" (naaste 1, 2012)

"Wat mij een rot gevoel geeft is dat ik weet dat mijn vader alles achter moet laten en dan zet ik mij daar wel overheen omdat ik niet bij de pakken neer wil gaan zitten, maar op dat moment gaat het voor mij wel even bergje op bergje af. Maar ik ga gewoon door want er is toch niks anders meer van te maken." (naaste 2, 2012)

Begeleiding van rouwproces

Om het rouwproces door te komen, hebben de naasten hulp nodig. De begeleiding kan bestaan uit gesprekken, maar ook in het geven van voorlichting, hoe om te gaan met de cliënt en informatie over de gesteldheid van de cliënt. De meerderheid van de naasten gaven aan dat zij de begeleiding vanuit het verplegend personeel niet voldoende vinden.

"Er worden geen gesprekken aangeboden die draait om de naasten. Ik denk dat ik dat wel prettig zou vinden." (naaste 1, 2012)

"Ik ben niet opgevangen bij het proces dat mijn vrouw hier heen is gegaan, ik word wel goed geïnformeerd dat wel maar daar is alles mee gezegd." (naaste 4, 2012)

Gevoel van afhankelijkheid bij cliënten

De naasten gaven aan dat de cliënt zich soms afhankelijk opstelt richting de naasten. Door activiteiten merkten zij dat die afhankelijkheid minder wordt. Dat geeft de familie meer ruimte maar ook het gevoel dat het familie/partner zich wel red.

Daarnaast valt het de naasten op dat de sfeer op een afdeling bijdraagt aan de mate van afhankelijkheid. De naasten gaven aan dat op het moment dat er weinig aanspraak is tussen de cliënten onderling, de cliënt meer afhankelijk wordt van het personeel en naasten.

"Ik had gehoopt dat ze op een leuke afdeling zou komen waar onderling meer activiteiten zouden zijn en waar ze kon praten maar dat is op deze afdeling niet." (naaste 4, 2012)

Het leven gaat veranderen

Wanneer er een definitief besluit wordt genomen, over de overplaatsing naar een somatische afdeling, zien de naasten dat het de cliënt tijd kost om te wennen aan de nieuwe situatie. De transitie is dan ook een emotionele ervaring. Gevoelens van verdriet, boosheid of opluchting worden duidelijk zichtbaar bij de cliënt. Mede hierom gaven de naasten ook aan dat afscheid en opname belangrijk is voor de cliënt.

"Voor haar zelf was het natuurlijk heel emotioneel ze had de hoop gewoon nog om naar huis te kunnen." (naaste 3, 2012)

De naasten zien dat er veel verdriet op komt spelen en de cliënt het lastig vindt om met de handicap te leven. Daarbij werd ook nog opgemerkt dat het karakter soms veranderd. Naasten zien veel verdriet bij de cliënt. Het is voor hen moeilijk te accepteren dat de cliënt moet leven met een handicap.

"Mijn moeder was heel verdrietig, het is voor haar een rouwproces maar voor ons ook." (naaste 1, 2012)

"Wat mij een rot gevoel geeft, is dat ik weet dat mijn vader alles achter moet laten en dan zet ik mij daar wel overheen omdat ik niet bij de pakken neer ga zitten." (naaste 2, 2012)

De overdracht

De naasten gaven aan dat de tijd tussen ontslag en overplaatsing te kort is. Hierdoor hebben cliënten en naasten het moeilijk om zich voor te bereiden op de nieuwe situatie.

"Het is voor ons een rollercoaster geweest door de snelle overplaatsing van revalidatie naar somatiek." (naaste 2, 2012)

"Dat het dan binnen een dag geregeld moet worden, dat overvalt je. Er is geen voorbereidingstijd." (naaste 1, 2012)

De naasten gaven aan dat de begeleiding richting de nieuwe afdeling beter had gekund. Dit staat haaks op wat de cliënten aangaven. Wat de naasten juist misten in de begeleiding, door verplegend personeel, naar de nieuwe afdeling, was de voorbereiding op de afdeling somatiek

"Daarnaast vind ik het ook fijner om informatie te krijgen over het reilen en zeilen wat er op somatiek gebeurt." (naaste 1, 2012)

De naasten geven aan dat de ontvangst op de nieuwe afdeling leuk was, maar dat er nog veel papierwerk ingevuld moet worden. Een warm welkom heeft volgens de naasten baat bij het rouwproces.

"we zijn leuk ontvangen, door de CCP'ers. Daarbij hebben we direct een goed gesprek gehad." (naaste 4, 2012)

2.4 Ervaring CCP'ers revalidatie en somatiek

Naast de ervaringen van cliënten en naasten, is het ook van belang dat de ervaringen van het verplegend personeel meegenomen worden tijdens het onderzoek. Zij hebben een goed beeld over de werkzaamheden op de afdelingen en hoe cliënten zich voelen/gedragen. Daarnaast zal de implementatie voor een groot deel door hen uitgevoerd gaan worden, de aanbevelingen zijn op het verplegend personeel gericht. Tijdens deze deelvraag zijn alleen de CCP'ers uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Zij hebben de leiding over het zorgproces van cliënten. Dit betekent dat zij ook de leiding hebben over het ontslagproces. Gezien de tijd is het niet mogelijk om iedere zorgmedewerker mee te nemen in het onderzoek.

2.4.1 Methodes

De afstudeergroep heeft gebruik gemaakt van een focusgroep. Door het houden van een focusgroep, wordt er in een groep verschillende gedachten en ideeën in het midden gebracht. Hierdoor kan er een discussie plaats vinden, waar veel informatie uitgehaald kan worden. Daarnaast is er een grote groep in een relatief korte tijd bevraagd.

De afstudeergroep had voor de afdeling revalidatie en voor de afdeling somatiek apart een focusgroep georganiseerd, omdat zij beide een andere visie hebben op de zorg. Zo is revalidatie gericht op herstel en somatiek op welzijn. Daarnaast vertelden de zorgmanagers dat de samenwerking tussen deze twee afdelingen niet optimaal is.

Uit een mondeling overleg met de zorgmanager van revalidatie is gebleken dat er een overleg voor de CCP'ers van revalidatie gepland stond. De afstudeergroep kon tijdens dit overleg de focusgroep houden. Op de afdeling somatiek vindt er geen CCP-overleg plaats, de afstudeergroep is hier zelf een focusgroep gaan organiseren.

Via een mail gericht aan de CCP'ers, werd verteld wat het doel is van de focusgroep, hoe de focusgroep eruit zal komen te zien en waarom de CCP'er zijn uitgenodigd. Daarnaast wordt er uitgelegd waarom het van belang is dat zij deelnemen aan de focusgroep. Door dit te vermelden wordt het personeel mogelijk gemotiveerd om deel te nemen.

De afstudeergroep had voorafgaande aan de focusgroep een vragenlijst opgesteld. Deze is terug te vinden in [bijlage 3.4](#).

Tijdens de focusgroep van somatiek waren er geen CCP'ers op komen dagen. Van hen heeft de afstudeergroep ook achteraf niks gehoord. Op korte termijn vond er geen vergadering plaats op de afdeling somatiek en om deze reden heeft de afstudeergroep in samenspraak met de opdrachtgever en projectbegeleider gekozen om individuele interviews te gaan houden met de CCP'ers van somatiek. Hierbij had de afstudeergroep besloten dat zij gingen interviewen tot de verzadigingsgraad bereikt was. De vragen van het interview kwamen voort uit de onderwerpen die aan bod kwamen tijdens de focusgroep. Zo konden de resultaten alsnog met elkaar vergeleken worden. De vragenlijst van het semi-structureerd interview is terug te vinden in [bijlage 3.5](#).

De vragenlijst van de focusgroep en het interview is kritisch bekeken en voorzien van feedback door de projectbegeleider en de opdrachtgever. Zij hebben de vragenlijsten gecontroleerd op inhoud en of dat de vragen overeen komen met de doelgroep.

Zowel de focusgroep als de interviews zijn middels de thematische analyse geanalyseerd. Nadat de gesprekken zijn uitgetypt, was er een member-check uitgevoerd. Zo is de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot. Doordat er een member-check is uitgevoerd, heeft een CCP'er van somatiek het resultaat van haar interview aangevuld.

2.4.2 Resultaten

Verandering van zorg

De zorg tussen de afdelingen revalidatie en somatiek verschilt veel van elkaar. Revalidatie is gericht op herstel en somatiek is gericht op wonen en welzijn. De cliënt merkt bijvoorbeeld verschil in de frequentie van therapie. De cliënt moet hierdoor meer zijn eigen dagindeling gaan bepalen. Op somatiek is het rustiger en zijn de cliënten meer op zichzelf aangewezen.

“Dat is ook wat mensen hier ervaren. Op revalidatie is het heel druk, allemaal toeters en bellen. Het is hier veel rustiger, huiselijker en gemoedelijker” (CCP'er somatiek 2012)

“Ik vind het gewoon jammer als wij heel veel tijd in de cliënt hebben besteed dat iemand lopend naar de huiskamer kan en als het personeel dan het daar anders gaat doen.” (CCP'er revalidatie, 2012)

Het leven gaat veranderen

Voor de cliënt verandert er veel in een korte periode. Zij krijgen met een handicap te maken en zullen dit moeten gaan accepteren. Ook kunnen zij niet terug naar hun huis wat voor hen een vertrouwde omgeving was. Het verwerken van deze veranderingen heeft tijd nodig. Het verplegend personeel op de afdelingen is er van bewust dat het voor de cliënt een grote overstap is en dat er een rouwproces plaats vindt.

“Het rouwproces moet je ook tijd bieden.” (CCP'er somatiek, 2012)

Het verplegend team kan bij het rouwproces een grote steun zijn voor de cliënten. Zij gaan in gesprek met de cliënt, zodat de cliënt zijn/haar gevoel kan vertellen. Daarnaast proberen zij de naasten ook te informeren over hun rouwproces. In de praktijk blijkt dat er vaak weinig tot geen tijd is om hier een gesprek over aan te gaan.

Bij enkele huisjes van de afdeling somatiek trekken cliënten veel met elkaar op en delen ze elkaars gevoelens. Ze praten als lotgenoten met elkaar en begrijpen elkaar goed.

“Als zorgvrager spring je in op situaties die de cliënt meemaakt, wanneer hij ups en downs heeft. Hierin probeer je ze te ondersteunen of te stimuleren met gesprekken aan bed.” (CCP'er revalidatie, 2012)

“Die gesprekken vinden tijdens de zorg plaats of ergens tussen door. Ook met andere cliënten erbij, want die herkennen het vaak ook en dan kunnen ze het met elkaar erover hebben.” (CCP'er somatiek, 2012)

Wanneer het verplegend personeel niet voldoende steun kan geven aan de cliënt of wanneer de zorgvraag te complexe is, wordt maatschappelijk werk of de psycholoog in consult gevraagd. Omdat de cliënt minder afhankelijk van de psycholoog en maatschappelijk werker is, kunnen zij gevoelens en problemen makkelijker bespreekbaar maken.

“Soms hebben mensen het gevoel dat ze afhankelijk zijn van ons en dan willen ze niet alles zeggen.” (CCP'er somatiek, 2012)

Informatievoorziening rondom ontslag

De CCP'er van de revalidatie gaven tijdens de focusgroep aan dat de cliënt en naasten goed op de hoogte worden gehouden wat betreft het zorgtraject. Wanneer er in de voorlaatste MDO's (multidisciplinair overleg) duidelijk wordt dat het geen haalbare kaart is dat de cliënt naar huis gaat koppelen CCP'ers dit terug aan de cliënt en naasten. Zij zullen voorbereid zijn op het definitieve besluit dat de cliënt naar een somatische afdeling moet.

"Vaak is het iets wat de familie wel verwacht, maar het is pas definitief op het moment dat alle disciplines samen met de arts die beslissing hebben genomen. Wij hebben wel een vermoeden." (CCP'er revalidatie, 2012)

Cliënten kunnen beter voorbereid worden op de nieuwe woonvorm, door bijvoorbeeld alvast een kijkje te nemen op de nieuwe afdeling of dat het verplegend team van revalidatie hen informeren over de toekomst. Tijdens de focusgroep en interviews werd vermeld dat zowel het verplegend personeel van revalidatie als van somatiek hier meer aandacht aan mogen besteden.

"De mensen krijgen te weinig informatie over de huisjes waar ze naar toe gaan en hoe het daar is." (CCP'er revalidatie, 2012)

Kennis over vervolginstelling of afdeling

Zoals hier boven staat beschreven, is het van belang dat de cliënten goed voorbereid worden op de vervolginstelling. Uit de focusgroep is gebleken dat het voor de CCP'ers van revalidatie moeilijk is om de cliënten juist voor te bereiden en te informeren. Zij hebben te weinig kennis over de afdeling somatiek, zij weten niet wat de zorgmomenten en de dagindeling inhouden op die afdeling.

"In het familiegesprek wordt dit door ons niet aangekaart, omdat wij ook niet weten wat er in de huisjes gebeurt." (CCP'er revalidatie, 2012)

"Voor ons is het onduidelijk wat mensen wel en niet moeten kunnen als ze daar naar toe gaan. Als ze naar huis gaan is het duidelijk wat voor thuiszorg ingezet moet worden, maar als ze naar zo'n huisje gaan is mij dat nooit duidelijk" (CCP'er revalidatie, 2012)

Het inhuizingsmoment

Uit de focusgroep met de CCP'ers van revalidatie kwam naar voren dat er op dit moment weinig tijd wordt gestoken in de ontvangst op de nieuwe afdeling.

"Een gevoel van welkom geven. Dat er van te voren een afspraak wordt gemaakt, dat als ze daar komen de cliënten denken 'ze weten dat ik hier in ieder geval kom'. En kennis maken met de andere bewoners." (CCP'er revalidatie, 2012)

Op de nieuwe afdeling vindt er een opnamegesprek plaats. Door het afnemen van interviews met de CCP'ers van somatiek, bleek dat het verplegend personeel tijdens opnamegesprekken niet veel informatie vertelt, omdat de cliënt dat niet opneemt. Op zo'n moment komt er al veel op hen af.

"Ik vraag altijd meer naar wat hun verwachten en wensen en dan vertel ik over de afdeling. Ik vertel in een opnamegesprek nooit zo heel veel, want er komt al zoveel op de cliënt af." (CCP'er somatiek, 2012)

De volledigheid van het zorgdossier

Op de somatische afdeling krijgt de CCP'er een overdracht van de cliënt. Ook kunnen zij het gehele zorgdossier via de computer in kijken, maar CCP'ers van somatiek gaven tijdens de interviews aan dat het gezien de tijd niet vaak lukt. De CCP'ers van somatiek verschillen van mening over de

compleetheid/actualiteit van de overdracht en zorgdossier. Volgens enkele CCP'ers is het de afgelopen jaren al verbeterd, maar ook enkele CCP'ers geven aan dat de overdracht niet zoals wenselijk verloopt.

"Ik vind de schriftelijke overdracht vaak niet compleet, ik mis er een heleboel dingen in. Er staan fouten in bijvoorbeeld bij de transfer, dat de transfer totaal anders is dan er staat beschreven." (CCP'er somatiek, 2012)

De overdracht

Na het definitieve besluit dat de cliënt naar een somatische afdeling moet, volgt er na een korte periode direct de overgang. Volgens de CCP'ers zijn de cliënten dan nog niet aan het definitieve besluit gewend. De cliënten gaan meestal van te voren kijken op de nieuwe afdeling, maar dit gebeurt niet altijd.

"Als je mazzel hebt, zijn de cliënten al een keer komen kijken op de afdeling, vaak alleen familie. Maar heel veel mensen weten niet waar ze terecht komen en al helemaal niet wat ze moeten verwachten." (CCP'er somatiek, 2012)

Contact tussen revalidatie en somatiek

Uit de focusgroep en individuele interviews, kwam naar voren dat de samenwerking tussen de afdelingen revalidatie en somatiek erg summier is. De afdelingen nemen nauwelijks contact met elkaar op, af en toe telefonisch wanneer zij vragen hebben bij een overdracht. De ene CCP'er vindt het zo prettig, de ander zou meer contact willen.

"Ik mis dat contact wel soms. Ik heb ook ooit het gevoel dat revalidatie denkt 'ze zijn nu van jullie, wij zijn er klaar mee'. " (CCP'er somatiek, 2012)

"Wij hebben eigenlijk geen contact meer met revalidatie. Ik denk dat hier ook niet echt de behoefte aan is. Als wij vragen hebben dan wil je nog wel eens bellen maar verder niet." (CCP'er somatiek, 2012)

"Wij hebben een cliënt overgedragen die vrij moeilijk was en toen heb ik gevraagd of de CCP'er contact met ons op wilde nemen, maar hier heb ik nooit meer iets van gehoord en daardoor liepen ze tegen veel dezelfde problemen aan die dus ondervangen hadden kunnen worden." (CCP'er revalidatie, 2012)

2.5 Ervaring maatschappelijk werkster & psycholoog

Naast de meningen en ervaringen van de CCP'ers, vond de afstudeergroep het van belang dat ook psycholoog en maatschappelijk werkster meegenomen worden tijdens dit onderzoek. Deze disciplines kunnen zowel voor als na het ontslag aanwezig zijn bij de cliënten en hierdoor weten zij goed hoe cliënten zich voelen en wat zij ervaren.

De afstudeergroep heeft deze doelgroep geïnterviewd. In onderstaande paragraaf zijn de methode en resultaten te vinden.

2.5.1 Methodes

De afstudeergroep heeft twee semi-gestructureerde interviews afgenomen bij de maatschappelijk werkster en bij de psycholoog. Voorafgaand aan de interviews werd er middels de mail contact opgenomen met de disciplines. In de mail stond de toelichting over het afstudeerproject en het doel van het interview. Middels het mailcontact zijn er afspraken gemaakt over datum, tijd en plaats. Beide disciplines stemde in om aan het interview deel te nemen.

Er is gekozen voor een semi-gestructureerd interview, omdat er op deze manier geen volgorde van vragen vast staat. Tevens kan er worden ingegaan op de gegeven antwoorden om zo meer informatie te verkrijgen (Baarda, De Goede en Teunissen, 2005).

De afstudeergroep heeft het interview opgesteld middels een interviewschema dat beschreven staat in het boek 'interviewen' (Emans, 2002). Zie [bijlage 3.6](#). Het interview is kritisch bekeken en voorzien van feedback door de projectbegeleider en de opdrachtgever. De reden hiervan is om begripsvaliditeit en inhoudsvaliditeit vast te leggen en om te kijken of het interview antwoord geeft op de deelvraag.

De interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de thematische analyse. Van de interviews zijn geluidopnames gemaakt en vervolgens zijn de opnames uitgetypt. Nadat de gesprekken zijn uitgetypt, is er een member-check uitgevoerd, zo is de betrouwbaarheid vergroot.

2.5.2 Resultaten

Geboden begeleiding aan naasten

Het begeleiden van de naasten is een onderdeel van de transitie die de cliënt van revalidatie naar somatiek maakt. De naasten ondersteunen de cliënt tijdens de transitie. Tijdens een interview is aangegeven dat wanneer de naaste zelf niet goed in hun vel zitten, dit zijn uitwerking heeft op de cliënt.

*“Je ziet als het niet goed gaat met de partner, dat het ook niet goed gaat met de cliënt”
(discipline 1, 2012)*

Beide disciplines gaven aan dat cliënten kunnen veranderen door een rouwproces en door de aandoening die zij momenteel hebben. Voor naasten kan het moeilijk zijn om hier mee om te gaan. De maatschappelijk werker of psycholoog geven in deze situatie de naasten handvatten om te leren omgaan met de cliënt, zoals die op dat moment is. Op deze manier wordt geprobeerd om de balans tussen draagkracht en draaglast te vinden.

In de huidige zorg is er weinig tijd en weinig geld om naast de cliënt de naasten op te vangen. Tijdens een interview is aangegeven dat de tijd die gestoken is in de naasten af gaat van de tijd die besteedt wordt aan de cliënt. Als de naasten te veel persoonlijke hulp nodig hebben en dit niet geboden kan worden door maatschappelijk werk, zal er doorverwijzing plaats vinden naar de eerste lijn zorg, zoals een huisarts die doorverwijst naar een psycholoog.

“Als ik merk dat het probleem echt bij de partner ligt, dan verwijs ik door naar de eerste lijn. Het probleem moet wel verband houden met het geen zich hier afspeelt.” (discipline 1, 2012)

Verstoring van rolbepaling tussen cliënt en naasten

Voor de naasten blijkt het lastig om hun rol te bepalen in de omgang met de cliënt. Zoals eerder aangegeven verandert de cliënt die overgaat naar de somatische afdeling. Hij/zij kan veranderd zijn in het karakter door een handicap, maar ook omdat de cliënt zich in een rouwproces bevindt.

“Familie vindt het ook vaak moeilijk om hun eigen rol te bepalen. Wat kan wel en wat kan niet. Vanuit de zorg hoor je wel eens: ik ben vaak meer tijd kwijt met het systeem dan met de cliënt zelf”. (discipline 2, 2012)

In sommige gevallen komt het voor dat de zorg volledig losgelaten wordt door de naasten. Een discipline gaf aan dat de naasten hierdoor commentaar gaan leveren op de geboden zorg van het personeel, omdat deze anders is dan dat de naaste zelf geboden zou hebben.

“Zij gaan dan hun eigen zorg vergelijken met de geboden zorg en dan gaat er heel veel niet goed. Hierdoor krijg je commentaar. Er zijn ook mensen die laten dit los maar vervolgens komen zij niet meer naar hun naaste.” (discipline 2, 2012)

De overdracht

Wanneer de cliënt over gaat naar de afdeling somatiek, komt het voor dat hij/zij in een zeer korte tijd moeten wennen aan het idee dat de overplaatsing echt definitief is. In een interview is aangegeven dat als het verplegend personeel de cliënten meer aandacht geeft in die korte periode, de cliënten beter naar het ontslag toe kunnen werken en dat de omschakeling hierdoor minder groot is.

“Op het moment dat er een plekje vrij komt dan kun je voorspellen dat er vier dagen de tijd is om er aan te wennen. Deze vier dagen is misschien wel maximaal vaak kan het ook binnen een of twee dagen zijn.” (discipline 1, 2012)

Volgens een discipline vindt er op een somatische afdeling een summier opnamegesprek plaats. De kennisoverdracht tussen de afdelingen revalidatie en somatiek is daarbij gebrekkig, waardoor somatiek opnieuw de zorg moet organiseren.

“Opnamegesprekken zijn heel erg gericht op de praktische, somatische, ADL zaken en hoe iemand wordt verzorgd” (discipline 1, 2012)

“Soms moet het wiel opnieuw worden uitgevonden, dat vind ik jammer” (discipline 1, 2012)

De afdelingen somatiek en revalidatie verschillen op meerdere punten van elkaar. Een discipline gaf aan dat somatiek meer gericht is op wonen en welzijn en revalidatie op herstel en therapie. Beide disciplines gaven aan dat de cliënten op de revalidatie een doel hadden, vaak is dit naar huis. Ook werd aangegeven dat er op somatiek geen doelen meer opgesteld worden.

“Chronische somatiek heeft de neiging om de gehele zorg opnieuw te beginnen. Zij hebben een heel andere kijk op de cliënt dan de afdeling revalidatie” (discipline 1, 2012)

Het leven gaat veranderen

Cliënten gaan naar een nieuwe afdeling met ander personeel en een andere werkstijl. Daarnaast zal de dagindeling er ook anders uit gaan zien, omdat de cliënten op de afdeling somatiek minder therapie krijgen. In beide interviews kwam naar voren dat de cliënten op somatiek in een rouwproces terecht komen.

“De cliënt die gaat na een periode van revalidatie naar de somatiek waar ze geconfronteerd worden met het feit dat ze niet meer de persoon zullen worden die ze waren.” (discipline 1, 2012)

“De verwerking komt pas na revalidatie. Ik moet nu gaan leven met wat ik nog heb. De mensen die hier zijn kunnen niet meer naar huis en moeten nog wennen aan een nieuwe omgeving.” (discipline 2, 2012)

Informatievoorziening rondom ontslag

Volgens een discipline willen cliënten en de naasten als zij met ontslag gaan weten waar ze aan toe zijn. Er kan na het definitief ontslag een periode van afwachten plaats vinden. Tijdens het interview werd aangegeven dat terugkoppeling over de voortgang in deze periode fijn gevonden zou worden. Daarnaast moet er niet alleen terugkoppeling plaats vinden, maar ook informatieverstrekking over het vervolg en wat de toekomst verwachting is.

“Vooral in de ontslagfase willen mensen weten waar ze aan toe zijn. Daar zouden ze eigenlijk welkelijks op terug moeten komen” (discipline 1, 2012)

2.6 Observatie opname-, familie- en ontslaggesprekken

Om zicht te krijgen op de huidige gespreksmomenten op revalidatie, heeft de afstudeergroep er voor gekozen om opname-, familie- en ontslaggesprekken te gaan observeren. Het doel van de observaties was om bij deze deelvraag de gedachten en meningen van professionals, cliënten en naasten buiten beschouwing gehouden, zodat de afstudeergroep objectieve gegevens verzameld. Het opnamegesprek werd bij deze deelvraag meegenomen, omdat hierbij gekeken wordt of de cliënt en naasten voor het revalidatietraject geïnformeerd worden over mogelijkheden na revalidatie. Familie- en ontslaggesprekken zijn meegenomen bij deze deelvraag, om te zien hoe cliënten en de naasten worden voorbereid op de toekomst. In de volgende paragrafen staan de methode en het resultaat van dit interview.

2.6.1 Methodes

De onderzoeksmethode die is gebruikt, is niet-participerende observatie. Dit betekent dat de onderzoeker wel opnames maakt, maar niet inhoudelijk bij het gesprek betrokken wordt (*Baarda, De Goede en Teunissen, 2005*).

De afstudeergroep heeft gekozen om gedurende twee weken te kijken waar mogelijkheden liggen tot het bijwonen van bovengenoemde gesprekken. Hierbij is het wenselijk dat er per soort gesprek, drie keer geobserveerd wordt.

Tijdens de geobserveerde gesprekken kon privacygevoelige informatie aan bod komen. Om deze reden is het belangrijk dat er toestemming gevraagd is aan cliënt en naasten of de afstudeerleden het gesprek mogen bijwonen en of er opnames gemaakt mochten worden. Dit is gedaan middels een informed consent, zie [bijlage 2.1](#).

Wanneer cliënten opgenomen worden op de revalidatie, vindt er een opnamegesprek plaats met de praktijkondersteuner Jolanda Bakker. Via de mail en telefonisch contact werd de afstudeergroep op de hoogte gesteld van de opnamegesprekken.

De CCP'ers van revalidatie plannen zelf familie- en ontslaggesprekken in. De afstudeergroep is de afdelingen langs gegaan met de vraag of er in een periode van 2 weken een ontslaggesprek plaats vond. Omdat niet alle CCP'ers aanwezig waren, heeft de afstudeergroep een mail naar hen gestuurd.

Van de gesprekken zijn geluidopnames gemaakt en vervolgens zijn deze opnames uitgetypt. Irrelevante uitspraken die aan bod kwamen tijdens het gesprek, zijn geschrapt. Irrelevante uitspraken betekent in dit geval dat de uitspraken niet gerelateerd kunnen worden aan de deelvraag. De uitgetypte teksten zijn vervolgens door de afstudeerpartner gecontroleerd op mogelijke interpretatiefouten en onvolledigheid van informatie.

De uitgetypte teksten zijn geanalyseerd aan de hand van een observatielijst die de afstudeergroep zelf heeft ontwikkeld, zie [bijlage 3.7](#). In deze lijst staan onderwerpen die gerelateerd zijn aan de deelvraag, deze onderwerpen komen voort uit de literatuurstudie.

De informed consent en de observatielijst zijn kritisch bekeken en voorzien van feedback door de projectbegeleider en opdrachtgever. Dit is gedaan om begripsvaliditeit en inhoudsvaliditeit te waarborgen.

2.6.2 Resultaten

Opnamegesprek Revalidatie

De afstudeergroep heeft drie opnamegesprekken bij kunnen wonen. Bij ieder opnamegesprek doorloopt de praktijkondersteuner een checklist. Die gaat over de faciliteiten van het verpleeghuis, de afdeling en de eigen kamer. Tijdens de opnamegesprekken kregen de cliënten een tas met informatiefolders. Er werd hierbij door de praktijkondersteuner verteld welke informatie er in te vinden is, verder is hier niet op in gegaan. Daarnaast zijn er in alle drie de gesprekken de zorgovereenkomst en het reanimatiebeleid besproken. Bij ieder gesprek zijn veel praktische zaken aan bod gekomen, zoals de wasregeling en de bezoektijden.

In één gesprek kwam naar voren dat de eerste contactpersoon van de cliënt al contact met de instelling had gehad voor de opname, in dat gesprek werd al veel informatie uitgewisseld. De praktijkondersteuner vertelde aan de afstudeergroep dat er altijd voor het opnamegesprek contact is tussen de naasten en de instelling.

In één gesprek werd het doel van de revalidatie besproken. In de rest van de geobserveerde gesprekken werd dit niet benoemd of bevraagd. De mogelijkheden na revalidatie wordt niet besproken in de drie gesprekken die geobserveerd zijn.

Familie- en ontslaggesprekken

In de periode van het afstuderen zijn er twee cliënten van de revalidatie naar een somatische afdeling verhuisd. Op het moment dat de afstudeergroep de observaties startten, was er een cliënt net over verhuisd en de andere cliënt had al een laatste familiegesprek gehad. Hierdoor was er geen mogelijkheid om een familiegesprek bij te wonen die gericht was op ontslag.

Op de revalidatie vinden geen ontslaggesprekken plaats. Uit de focusgroep kwam naar voren dat na het laatste MDO het definitieve besluit over de vervolgschikking mondeling verteld wordt aan de cliënt. Daarna wordt er een laatste familiegesprek gepland. In dat laatste gesprek wordt inhoudelijke informatie besproken over wat bijvoorbeeld de vervolgafdeling is. Wat somatiek inhoud wordt niet besproken.

De afstudeergroep heeft geen reactie gehad op de mail die zij hebben verstuurd naar de CCP'ers van de afdeling revalidatie wat betreft familie- en ontslaggesprekken. Zij gaan er vanuit dat er op dat moment geen gesprekken plaats hebben gevonden over het ontslagtraject.

Opnamegesprekken Somatiek

Uit mondelinge gesprekken met de CCP'ers van somatiek, kwam naar voren dat er steeds minder cliënten vanaf de revalidatie komen. In de periode van het observeren vonden er geen opnamegesprekken plaats met cliënten die van revalidatie af kwamen. Uit interviews met de CCP'ers van somatiek, kwam naar voren dat de opnamegesprekken vooral gericht zijn op de belangrijkste zaken van somatiek. De CCP'ers vermeldde hierbij dat ze ook niet te veel informatie gaven, omdat de cliënt en naasten dat op zo'n moment niet opnemen. Daarnaast worden in opnamegesprekken de wensen van de cliënt en naasten besproken. De psyche van de cliënt en naasten komen in het opnamegesprek niet aan bod.

2.7 Context analyse

Om een implementatie sterk neer te zetten, wordt er vanuit het PARIHS-raamwerk geadviseerd om de context van een organisatie/afdeling te bepalen.

"In het PARIHS-raamwerk refereert de term 'context' aan "het milieu of de setting waarbinnen personen gezondheidszorg ontvangen of aan de context waarin de voorgestelde verandering geïmplementeerd moet worden"." (Bers & Munten, 2008)

Binnen de context wordt er gekeken naar een drietal facetten; cultuur, leiderschap en evaluatie.

De cultuur op een afdeling bepaald hoe ontvankelijk het personeel is voor een verandering.

Binnen de context speelt leiderschap ook een rol. Zij kunnen structuren en processen beïnvloeden om een klimaat te creëren waarin duurzame veranderingen kunnen plaatsvinden.

Het laatste onderdeel van de context is meten en evalueren. Evalueren en/of feedback krijgen is van belang tijdens een implementatie. Er wordt regelmatig terug gekeken of de gestreefde doeleinden wel of niet zijn behaald (Cox & Holleman, 2006).

In het onderstaande hoofdstuk is de contextanalyse die heeft plaats gevonden op de afdelingen revalidatie en somatiek van de Watersteeg toegelicht.

2.7.1 Verantwoording gebruik Context Assessment Index vragenlijst

De CAI (Context Assessment Index) meet de drie facetten van de context. Door de CAI af te nemen wordt beoordeeld in hoeverre het verplegend team klaar is voor de implementatie. Het meetinstrument biedt handvaten om de context te veranderen in een eventueel sterkere context

(McCornack, 2010). De CAI vragenlijst bestaat uit 37 stellingen die ingevuld kunnen worden door zorgprofessionals. Hierbij te denken aan verpleegkundigen en zorgmanagers. De CAI vragenlijst kan door zowel één persoon (specialist of afdelingsleider), als door meerdere personen worden ingevuld. De afstudeergroep heeft gekozen voor de CAI, omdat hierdoor de verbeteradviezen op het verplegend team kunnen worden aangepast.

2.7.2 Verspreiding vragenlijst

Er zijn binnen de drie afdelingen van revalidatie en drie afdelingen van somatiek in totaal acht vragenlijsten verspreid. De zorgmanager van revalidatie en zorgmanager van somatiek hebben de vragenlijst ontvangen en daarnaast hebben ook zes verzorgenden, die de meeste aantal uren op de afdeling aanwezig zijn, de vragenlijst ontvangen.

2.7.3 Respons vragenlijst

Er zijn in totaal drie vragenlijsten volledig ingevuld geretourneerd, de overige vijf zijn niet geretourneerd. De ingevulde vragenlijsten waren afkomstig van de twee zorgmanagers van de afdeling revalidatie en somatiek en één vragenlijst van een verzorgende van de afdeling somatiek. Van deze verzorgende zijn verder geen gegevens bekend vanwege anonimiteit.

De afstudeergroep heeft alleen de twee vragenlijsten van beide zorgmanagers meegenomen in de analyse. De respons van de zorgverleners van de afdelingen was te laag om het valide te noemen. In de handleiding van de Context Assessment Index staat beschreven dat het mogelijk is om de vragenlijst alleen te laten invullen door leidinggevenden.

De afstudeergroep heeft de vragenlijsten persoonlijk afgeleverd bij de zorgverleners die aanwezig waren op de afdeling. De respons zou mogelijk vergroot kunnen worden wanneer de afstudeergroep ook de lijsten persoonlijk zouden gaan ophalen.

2.7.4 Conclusie ingevulde vragenlijsten Context Assessment Index

Aan de hand van de twee ingevulde vragenlijsten is gebleken dat de context op somatiek 69,2% scoorde en op revalidatie 71,6%.

Het element cultuur scoort op somatiek 70% en op de revalidatie 75%. In dit geval staat cultuur voor de normen en waarden van de afdeling revalidatie en somatiek binnen de Watersteeg. Het percentage is bovengemiddeld, dat wil zeggen dat de afdelingen veranderingen in een persoonsgerichte praktijk aan kunnen (Gorkom, 2010).

Het element leiderschap scoort op somatiek 64,3% en op de revalidatie 71,4%. Hiermee kan geconcludeerd worden, dat dit boven het gemiddelde ligt. Dit wil zeggen dat de leiders van de afdelingen een cultuur creëren, waarbinnen de zorgverleners ook als individuele leiders worden gezien. Een goede communicatie staat hierin centraal (Schein, 1985).

Het element evaluatie scoort op somatiek 73,3% en op de revalidatie 68,3%. De zorgverleners van beide afdelingen gebruiken, volgens de zorgmanagers, bewijsmateriaal uit verschillende bronnen en zij voelen zich verantwoordelijk om de zorg integraal aan te passen (Gorkom, 2010). Wat opvallend is bij dit element, is dat bij zowel revalidatie als bij somatiek het reflecteren en evalueren op het functioneren een zwakke score heeft.

Hieronder worden een viertal stellingen weergegeven, die sterk scoren op zowel somatiek als op revalidatie.

- Zorgprofessionals creëren de mogelijkheden voor patiënten om mee te beslissen in hun eigen zorg
- Deskundigheidsbevordering/scholing heeft prioriteit op de afdeling
- Zorgprofessionals krijgen klachten die de afdeling betreffen, te horen
- Uitkomsten van onderzoek/visitaties worden gebruikt om de zorg aan te passen

Deze indicatoren komen in beide teams niet overheen maar scoren in beide teams wel met 3 of 4. Deze indicatoren zullen worden gebruikt om de implementatie strategie te maken.

Hieronder worden een vijftal stellingen weergegeven, die zwak scoren op zowel somatiek als op revalidatie.

- Zorgprofessionals zijn zich er van bewust dat hun eigen attitude en overtuigingen invloed heeft op de uitvoering van de zorg
- Patiënten participeren actief in hun eigen zorg
- Relevante informatie is voor alle patiënten toegankelijk (eventueel folders met groot letter type, gesproken informatie)
- Afdelingsverpleegkundigen reflecteren (systematisch) op hun functioneren, (interview, ALS) om de zorg te evalueren en te ontwikkelen
- Er is kennis gebaseerd op evidence beschikbaar voor de zorgprofessionals op de afdeling

Deze scores zijn van beide afdelingen samen genomen ondanks dat de zorgvisie sterk verschilt. De implementatie zal plaats vinden in samenwerking met beide teams en niet op de teams individueel. Deze vijf indicatoren zullen worden meegenomen in het besluit over de implementatiestrategie. De volledige uitwerking van de CAI kan de lezer terug vinden in [bijlage 4](#).

2.8 Definitieve probleemstelling

In de oriëntatiefase heeft de afstudeergroep een voorlopige probleemstelling opgesteld. De probleemstelling is na de analyse fase ongewijzigd gebleven. De definitieve probleemstelling luidt als volgt:

"Welke interventies kan het verplegend team van de revalidatie en van somatiek toepassen om de kloof die de cliënt ervaart na transitie tussen deze afdelingen minimaal te maken?"

2.9 Definitieve doelstelling

Het doel dat de afstudeergroep heeft opgesteld voorafgaand aan de analysefase, luidt als volgt:

"Binnen 18 weken heeft het verplegend personeel van revalidatie en chronisch somatiek de opgestelde interventies aangereikt gekregen en kunnen zij die toepassen zodat de kloof, die de cliënt bij transitie ervaart, minimaal wordt."

Gezien de beschikbare tijd is deze doelstelling veranderd. Het doel is herzien en is als volgt beschreven:

"Voor 1 februari 2013 heeft het verplegend personeel van revalidatie en chronisch somatiek een implementatieplan aangereikt gekregen waarmee zij de kloof, die de cliënt bij transitie tussen de afdelingen ervaart, minimaal kan maken. Het verplegend personeel zal in deze periode onder begeleiding van de afstudeergroep een start maken met het implementatieplan."

Er is voor dit doel gekozen, omdat er een start gemaakt wordt met het implementatieplan dat vervolgens door het verplegend personeel zelfstandig overgenomen en geëvalueerd wordt.

Conclusie

Aan de hand van de werkelijke situatie blijkt dat het rouwproces een belangrijke rol speelt bij de transitie van revalidatie naar somatiek. De cliënten ervaren de nieuwe situatie als een grote verandering, want zij kunnen niet meer naar hun eigen huis. Volgens de literatuur kunnen heftige emoties of juist verdoofde emoties hierbij een rol gaan spelen. Daarnaast hebben cliënten een beperking gekregen, waarmee zij moeten gaan leven. Dit wordt als moeilijk ervaren. Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat nieuwe situaties kunnen leiden tot stress en onzekerheid. Maatschappelijk werk en de psycholoog bevestigen dat er een rouwproces aanwezig is bij cliënten en naasten. Het verplegend personeel speelt in op de cliënt om hen te ondersteunen in het rouwproces. Dit gebeurt door middel van gesprekken die vaak aan bed plaats vinden. Degene die begeleiding biedt bij het rouwproces moeten rekening houden met de rouwverwerking van anderen. Het verplegend personeel spreekt de naasten aan door te vragen hoe het met hen gaat. Wel wordt aangegeven dat hier weinig tijd voor is.

De naasten ervaren een verandering in de cliënt en in hun eigen rol als naasten. De naasten krijgen ook te maken met de beperking van de cliënt waarmee zij moeten leren omgaan. Zij gaven tijdens het interview aan dit lastig te vinden maar zich sterk te houden voor de cliënt. De literatuur bevestigt dat het niet alleen voor de cliënt wennen en aanpassen is, maar ook voor de naaste omgeving. Naasten vinden begeleiding in hun eigen rouwproces belangrijk, zodat zij beter kunnen inspelen op de behoeften van de cliënt. Maatschappelijk werk en de psycholoog spelen hier op in door naasten tips te geven en hen te begeleiden in het rouwproces. Zij gaven aan dat wanneer naasten zich niet goed voelen dit vaak betrekking heeft op de gemoedstoestand van de cliënt. Cliënten gaven aan het lastig te vinden om afhankelijk te zijn. Bij de naasten werd met name opgemerkt dat de cliënt zich afhankelijker opgesteld richting de naasten. Dit heeft bijvoorbeeld te maken met de geringe aanspraak tussen cliënten onderling. De dagindeling op somatiek moet grotendeels door de cliënt zelf bepaald worden, op revalidatie bestond de dagindeling uit meer therapie momenten.

De revalidatie biedt meer therapie wat een duidelijk verschil is ten opzichte van de somatiek. Op een somatische afdeling ligt de focus op wonen en welzijn. Cliënten gaven tijdens de interviews aan dat zij op somatiek eerder in een sleur raken. Vanuit de literatuur wordt ook aangegeven dat cliënten een achteruitgang mee maken in verschillende aspecten, bijvoorbeeld psychisch. De problematiek zoals een mogelijke depressie worden op somatiek vaak verergerd. Daarnaast wordt de dynamiek op de afdeling somatiek gemist. Verplegend personeel bevestigt dat het voor de cliënt een groot verschil is. Wanneer cliënten overgaan naar somatiek ervaren zij dit als prettig. Ze worden goed opgevangen en er vindt een opnamegesprek plaats. De naasten vinden de overgang juist te snel gaan een vinden de informatievoorziening summier. De naasten hebben liever meer informatie over de nieuwe afdeling. De periode tussen het definitieve besluit en daadwerkelijke ontslag naar een somatische afdeling vinden de naasten relatief kort, dit wordt als onprettig ervaren. De CCP'ers en maatschappelijk werk bevestigen dit ook.

De literatuur laat ook naar voren komen dat informatie per fase kan verschillen in hoeveelheid en de inhoud er van. Een aantal cliënten geven aan het op zich af te laten komen. Naast het verschil in behoeften geven alle cliënten aan dat er maar weinig of niet geïnformeerd wordt. De naasten ervaren een slechte begeleiding naar somatiek, met name gaat het hier over de informatievoorziening. De kwaliteit van het leven kan volgens de literatuur verhoord worden als de informatievoorziening afgestemd wordt op de cliënt en naasten.

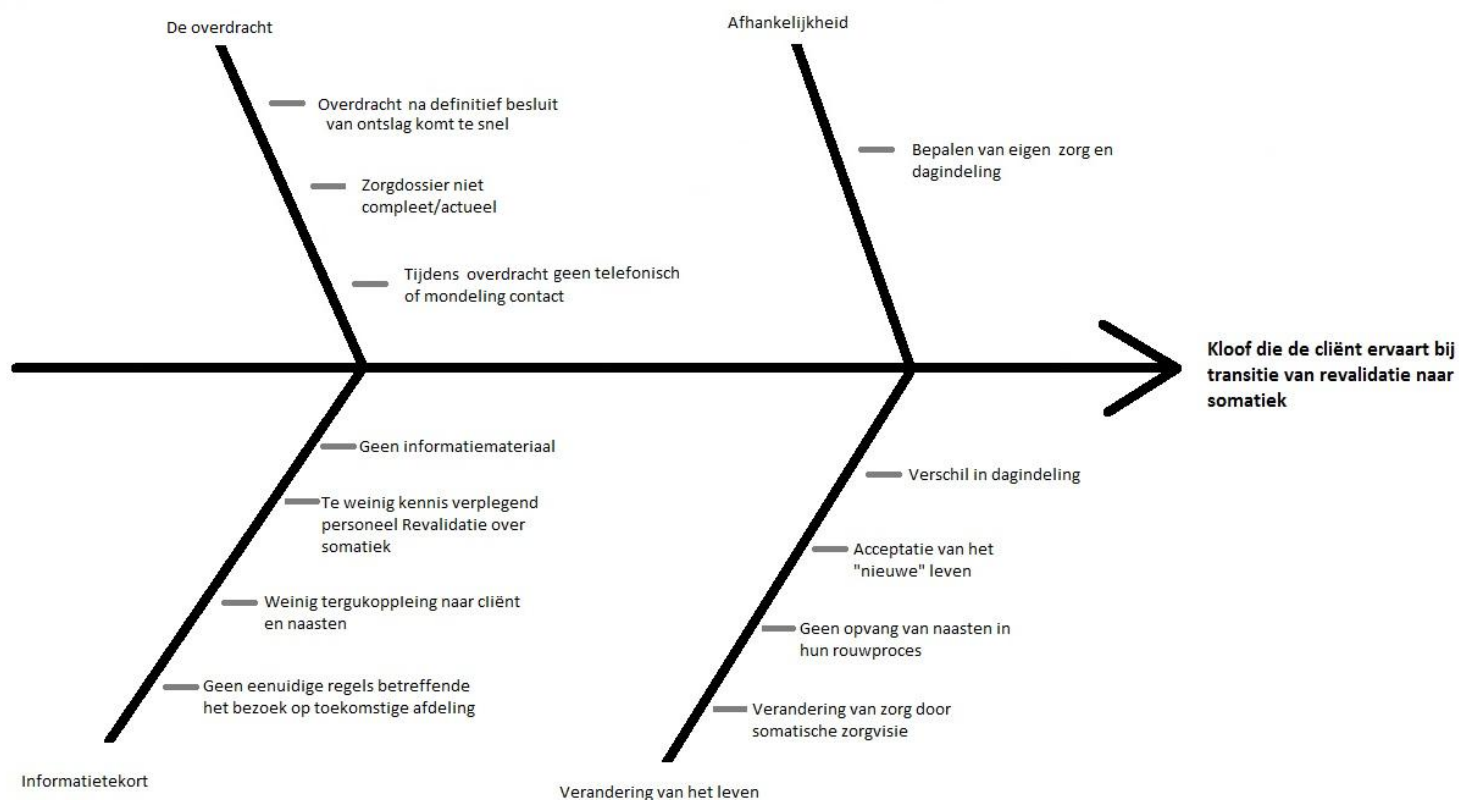
De CCP'ers van revalidatie gaven tijdens de focusgroep aan dat zij weinig kennis hebben over de somatische afdeling. Mede hierdoor kan het zijn dat de cliënten en naasten zich niet voldoende geïnformeerd voelen. Maatschappelijk werk en de psycholoog geven ook aan dat er meer terugkoppeling zou moeten zijn richting cliënt en naasten over verwachtingen en toekomstperspectieven.

Wat opvallend is uit de focusgroep met revalidatie en de interviews met somatiek is dat de afdelingen onderling niet goed communiceren.

In dit hoofdstuk heeft ook de contextanalyse plaats gevonden middels de CAI. De uitkomst hiervan liet zien dat de afdelingen somatiek en revalidatie ontvankelijk zijn voor eventuele verandering. De context score van somatiek is 69,2% en van de revalidatie 71,6%.

Over de gespreksobservaties kan geen betrouwbare conclusie geschreven worden, omdat de afstudeergroep deze deelvraag na de interviews en focusgroepen buiten beschouwing heeft gelaten en niet volledig hebben uitgewerkt. Dit heeft er mee te maken dat het geen toevoegende informatie op zou leveren. Daarnaast kwamen de gesprekken te weinig voor om te kunnen observeren.

Bovenstaande conclusie die is voortgekomen uit de analyse, worden tevens uiteengezet in het ishikawa-diagram. Dit geeft een overzichtelijke weergave van oorzaken die gerelateerd staan aan het probleem. Het ishikawa-diagram is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1

Hoofdstuk 3: Wenselijke situatie

In hoofdstuk drie is de wenselijke situatie beschreven aan de hand van literatuurstudie en praktijkonderzoek. Dit hoofdstuk valt nog in de tweede fase van de PDCA-cyclus, omdat er tijdens deze fase data verzameld is. De wenselijke situatie is voortgekomen uit de verkregen data vanuit interviews en de focusgroep.

3.1 Wenselijke situatie aan de hand van literatuurstudie

In hoofdstuk 1 zijn de belangrijkste onderwerpen vanuit de literatuurstudie, betreft de kloof tussen revalidatie en somatiek, weergegeven. De afstudeergroep heeft de verkregen data geanalyseerd en daaruit zijn onderwerpen voortgekomen die van belang zijn om de kloof te verminderen. In de volgende paragraaf is de wenselijke situatie vanuit de literatuurstudie weergegeven.

3.1.1 Methodes

Tijdens de zoektocht naar geschikte literatuur over het probleem, werd gericht gezocht naar onderwerpen. Deze onderwerpen kwamen voort uit de data van de focusgroep en interviews. Doordat de data overeen kwam met de oriënterende literatuurstudie, heeft de afstudeergroep dezelfde onderzoeksmethode gebruikt als bij deelvraag 2.1.1.

In de volgende subparagraaf vindt de lezer de resultaten van de wenselijke situatie vanuit de literatuurstudie.

3.1.2 Resultaten

Chick en Meleis(1986) en Schumacher & Meleis(1994) geven aan dat bij een transitie het normale leven tijdelijk ontwricht wordt en om aanpassing vraagt. Om de cliënt en naasten hierin te ondersteunen is het wenselijk dat de volgende aandachtspunten het verplegend personeel in gedachten houden.

Succesvol transitieproces	Niet-succesvol transitieproces
Nieuwe betekenis toekennen aan situaties en omstandigheden	Zich verzetten tegen nieuwe betekenissen
Verwachtingen bijstellen	Onrealistische verwachtingen blijven koesteren
Gewoontes veranderen	Vasthouden aan oude gewoontes
Nieuwe kennis opdoen en vaardigheden ontwikkelen	Niets bijleren
Continuïteit bewaren	Discontinuïteit ervaren
Nieuwe keuzes maken	Nieuwe keuzes vermijden
Kansen voor groei grijpen	Kansen voor groei niet nemen

(de Lange & van Staa, 2004)

Uit de werkelijke situatie volgens de literatuur kwam naar voren dat de cliënten en naasten bij transitie tussen afdelingen te kampen kunnen krijgen met heftige emoties of juist verdoofde emoties (Bolheem-Walhain, 1985). Om de cliënt en naasten te begeleiden in een rouwproces zijn er verschillende modellen ontwikkeld. Een model dat ontwikkeld is, is het SCHOON-model. Het model biedt een handreiking bij begeleiding van het verlies en het is wenselijk dat het verplegend personeel hier van op de hoogte is.

	Taken verliesbegeleider	Begeleidsdoelen
S	Sensitief zijn t.a.v. signalen van de cliënt	Bieden van veiligheid
C	Creatief zoeken naar gepaste steunvorm	Bieden van begeleiding op maat
H	Herkennen van psychologische	Brengen van ordening van chaos

	aardbeving	
O	Onderkennen van omgevingsinvloeden	Activeren draagvlak van sociaal netwerk
O	Onderkennen van eigen kwetsbaarheid	Vrijhouden van aandacht voor cliënt
N	Normaliseren verlies, uitingen, complicaties	Bieden van cognitieve controle

In de werkelijke situatie gaat het verplegend personeel tijdens zorgmomenten in gesprek met de cliënt wat betreft het rouwproces. Een zorgverlener moet hierbij denken aan aandachtspunten voor goed contact met een rouwende. In de literatuur staat de volgende checklist waarin de belangrijke aandachtspunten staan in contact met de rouwende.

- Zorg dat u er bent voor de rouwende
- Luister op een accepterende manier, (ver)oordeel niet en toon respect
- Biedt de ruimte voor andere emoties
- Laat blijken dat u luistert en iets begrijpt van wat rouwende door maken
- Ga het praten over de beperkingen niet uit de weg
- Laat de cliënt en naasten herinneringen delen
- Accepteer momenten van stilte
- Stel de rouwende gerust
- Wees u als rouwbegeleider bewust van uw eigen gevoelens ten aanzien van rouw en verlies
- Betrek de boosheid van de rouwende niet op uzelf
- Wees u ervan bewust dat u als rouwbegeleider soms voelt wat de rouwende voelt
- Accepteer dat u de rouwende niet altijd 'beter' kan maken
- Onderken de eenzaamheid van de rouwende
- Bied ruimte voor leuke dingen
- Erken dat de cliënt op zijn eigen unieke manier rouwt

(de Bruijn, 1996)

Vanuit alle belanghebbenden werd er gezegd dat er momenteel niet voldoende geïnformeerd wordt. De cliënten en naasten zitten in een rouwproces en dan is het van belang dat je op het juiste moment de juiste informatie geeft. Regels voor het verplegend team bij het informeren, zijn:

- Schep gelegenheid voor het geven van informatie op geleide van de behoefte van cliënt en naasten
- Stimuleer cliënt en naasten tot het terugkomen op het besprokene; een logboek is daarbij een hulpmiddel
- Reik schriftelijk materiaal uit ter ondersteuning van de mondelinge voorlichting naar de behoefte van cliënt en naasten
- Zorg voor consistentie: Stem noodzakelijk af met de andere hulpverleners
- Herhaal de gegeven informatie
- De verstrekte informatie is:
 - Op maat: Toegesneden op persoon en situatie van cliënt en naasten
 - Gestructureerd: Gedoseerd naar inhoud en gefaseerd in de tijd
 - In passende taal: simpel en duidelijk

Vanuit een wetenschappelijk artikel wordt onderzocht wat een zelfmanagement interventie bijdraagt aan het spelen van een meer actieve rol tijdens een transitie.

Afhankelijkheid van cliënt

In de werkelijke situatie voelen cliënten zich erg afhankelijk en dit vinden ze verschrikkelijk. De naasten bevestigen dat de cliënten dit heel erg vinden. Het is om deze reden wenselijk dat de

cliënten eigen regie houden over hun eigen leven. Er is een wetenschappelijk artikel geanalyseerd en hierin wordt onderzocht wat een zelfmanagement interventie voor een cliënt bijdraagt aan het spelen van een actievere rol tijdens een transitie.

Het onderzoek laat zien dat wanneer cliënten een actievere rol spelen in hun transitie en zich minder afhankelijk op hoeven stellen, de kans op een heropname in het ziekenhuis wordt verkleind. Uit onderzoek dat in dit project is gedaan, komt naar voor dat cliënten afhankelijkheid als iets verschrikkelijks ervaren.

Het instrument, PHR (Personal Health Record), dat in het wetenschappelijk onderzoek gebruikt is, heeft er voor gezorgd dat er minder heropnames plaats vonden en dat de cliënt zich minder afhankelijk voelt.

Hieruit blijkt dat het wenselijk is om dit instrument in te zetten in diverse zorgsettings om de afhankelijkheid te reduceren. In het artikel wordt wel benoemd dat het huidige instrument aan moet worden gepast aan de zorgsetting waarbinnen deze gebruikt gaat worden. (Coleman, et All. 2004)

Het instrument is opgebouwd naar aanleiding van vier peilers die voor zelfmanagement van belang zijn;

- Medicatie
- Cliëntgerichte overdracht
- Eerstelijns en specialistische zorg
- Kennis van symptomen en tekenen van lichamelijke achteruitgang

(Coleman et. All., 2002)

3.2 Wenselijke situatie volgens cliënten

De cliënt ervaart de transitie als een grote stap. Vanuit de cliënten is het dan ook mogelijk om te kijken wat er nu wenselijk is en waar behoeften liggen. De ideeën en wensen dragen bij aan een oplossing voor het probleem. Wensen en ideeën bieden ook voorstellen die de afstudeergroep kan maken richting het management.

3.2.1 Methodes

Om de wenselijke situatie te schetsen, zijn er in het interview twee vragen opgenomen wat betreft de toekomst. Dit zijn de volgende vragen: 'Wat had er beter geregeld kunnen worden, en wie had dit beter kunnen regelen?' en 'Welke behoefte aan steun heeft u gehad bij het verplegend personeel, de therapeuten en uw naasten?'. De betrouwbaarheid van de data is door een member-check vast gesteld.

3.2.2 Resultaten

Gesprekken voorafgaand aan transitie, door verplegend personeel van revalidatie

In de werkelijke situatie geeft de cliënt aan dat gesprekken rondom de transitie als prettig worden ervaren. De cliënt gaf aan dat het bijdraagt aan het rouwproces.

De cliënt vindt het dan ook wenselijk om bij ontslag een gesprek te hebben met iemand van het verplegend personeel of disciplines. Dit gesprek kan plaats vinden met het verplegend personeel of professional. De gesprekken kunnen gaan over het gevoel van de cliënt of over wat er van de cliënt verwacht wordt in de toekomst.

Geleidelijke overgang naar somatiek

Vanuit de werkelijke situatie werden twee punten aangehaald. Het eerste punt is dat er bij bekendmaking van het definitief ontslag maar een korte periode over blijft om te wennen aan het besluit voor een somatische afdeling. En het tweede punt is dat er weinig tot geen informatie gegeven kan worden over een somatische afdeling. Dit maakt het een moeilijker om aan het idee te wennen.

Wenselijk is dan ook dat er voor de bekendmaking wordt verteld dat er waarschijnlijk overgegaan wordt een somatische afdeling. Daarnaast is het wenselijk om meer informatie te ontvangen over

een somatische afdeling. Op deze manier kan de cliënt zich beter voorbereiden en zal het mogelijk beter te verwerken zijn.

Tastbare informatie voor ontslag, informatieboekje'

In de werkelijke situatie komt naar voor dat cliënten behoefte hebben aan informatie. De cliënt gaf aan benieuwd te zijn naar wat de nieuwe afdeling inhoud.

In de wenselijke situatie geven de cliënten dat zij geen sterke behoefte hebben aan veel informatie tijdens ontslag en opname op de nieuwe afdeling. Dit heeft als reden dat zij al met veel nieuwe indrukken te maken krijgen. De cliënt geeft aan dat tastbare informatie gewenst is omdat zij dan zelf bepalen wanneer de informatie wordt gelezen en wordt opgenomen op de afdelingen revalidatie en somatiek.

3.3 Wenselijke situatie volgens naasten

De naasten maken de transitie samen met de cliënt mee en zien dat het voor de cliënt een grote stap is. Voor de naasten zijn er ook wenselijke aanbevelingen die zij graag gerealiseerd zien. Deze zijn anders dan die van de cliënt. De wensen en ideeën zouden een bij kunnen dragen aan een oplossing van probleem, zoals de naasten deze ervaren. De ideeën die naar voren zijn gekomen kunnen worden meegenomen in de aanbevelingen die de afstudeergroep maakt.

3.3.1 Methodes

Om de wenselijke situatie te schetsen, waren er in het interview twee vragen opgenomen wat betreft de toekomst. Dit zijn de volgende vragen: 'Wat had er beter geregeld kunnen worden, en wie had dit beter kunnen regelen?' en 'Welke behoefte aan steun heeft u gehad bij het verplegend personeel, de therapeuten en uw naasten?'. De betrouwbaarheid van de data is door een member-check vast gesteld.

3.3.2 Resultaten

Meer personeel

In de werkelijk situatie heeft de familie/partner opgemerkt dat de cliënt afhankelijk is van activiteiten en personeel. Wanneer er weinig activiteiten zijn merken de naasten dat de afhankelijkheid richting hen groter wordt.

De wenselijke situatie vanuit de naasten is dat meer personeel zou kunnen bijdragen aan een beter leefklimaat voor de cliënt wanneer er weinig activiteiten zijn. Meer personeel zou volgens de naasten bij kunnen dragen aan minder afhankelijkheid van de cliënt richting de naasten.

Verschillende soorten informatie aanbieden

In de werkelijke situatie wordt aangegeven dat de begeleiding naar een somatische afdeling beter had gekund. Er werd aangegeven dat informatie over het reilen en zeilen gewenst zou zijn maar dat dit niet is gegeven.

Vanuit de naasten is het dan ook wenselijk dat er informatie gegeven wordt bij ontslag en bij opname. Daarnaast willen zij tastbare informatie zodat zij dit later nog door kunnen nemen. Ook willen zij informatie over de cliënt en wat de naasten kunnen bijdragen aan de zorg voor de cliënt.

Terugkoppelingen vanuit maatschappelijk werk naar de naasten

De werkelijke situatie laat zien dat familie en partner het vaak moeilijk hebben bij de transitie van de cliënt. Zij merken bijvoorbeeld dat een karakter veranderd was. Er is volgens de naasten ook weinig begeleiding vanuit andere disciplines als het verplegend personeel, dit wordt als onvoldoende beschouwd.

De naasten geven aan dat het wenselijk is om terugkoppeling te krijgen van disciplines en van het verplegend personeel. Dit willen zij graag, omdat het op deze manier mogelijk makkelijker is om de cliënt te benaderen. Naasten geven aan het fijn te vinden om de gedachten en gevoelens van de cliënt te weten zodat zij hier dan op in kunnen spelen.

Beter afsluiting op de revalidatie

In de werkelijke situatie werd door familie en partner aangegeven dat een goed ontvangst als prettig wordt ervaren. Dit wil de familie ook bij ontslag. Omdat de overgang naar een nieuwe afdeling zo snel kwam, was er weinig voorbereidingstijd en was een goed afscheid bijna niet mogelijk volgens de naasten.

Wenselijk is voor hen dat er bij ontslag meer stil moet worden gestaan bij de overplaatsing. Er moet volgens de naasten beter afscheid worden genomen van de cliënt. Zij denken dat dit bijdraagt aan een betere verwerking van de overgang.

Meer gesprekken over de psychosociale kant van de cliënt, niet alleen de praktische kanten

In de werkelijke situatie gaven naasten aan nauwelijks te zijn opgevangen in hun rouwproces. Daarnaast werd er nauwelijks voorlichting gegeven over de cliënt. Vanuit het verplegend personeel wordt wel met familie en partner gesproken maar meer over de praktische kant van de zorg en het dagelijks leven.

Naasten vinden het wenselijk dat gesprekken over de psychosociale kanten gevoerd worden. Dit kan voor hen bijdragen aan ondersteuning van de cliënt. De praktische gesprekken vinden zij daarbij ook belangrijk, maar moeten gecombineerd worden.

3.4 Wenselijke situatie volgens CCP'ers van revalidatie en somatiek

Tijdens de focusgroep en de interviews zijn de CCP'ers ook bevraagd op mogelijke ideeën vanuit het verplegend personeel, om de kloof bij transitie te verkleinen. Tijdens de focusgroep zijn er ideeën gekomen vanuit de 'issues' van CCI (claims, concerns en issues). Daarnaast is de volgende vraag gesteld tijdens de focusgroep: Wat voor mogelijke ideeën weet jij om de kloof die de cliënten ondervinden na ontslag bij de revalidatieafdeling te verminderen?

In de vragenlijst van het semi-gestructureerd interview is een vraag opgenomen of de bevroegde CCP'er mogelijke ideeën heeft om de kloof te verminderen. Onderstaand de methode en resultaten van deze deelvraag.

3.4.1 Methodes

Tijdens de focusgroep zijn er verschillende onderwerpen aan bod gekomen waar een CCI (Claim – Concern – Issue) over is gehouden. Bij de issues werd er door de afstudeergroep naar mogelijke verbeteringen gevraagd, die de CCP'ers voor ogen hadden.

Bij de interviews werd er ook naar eigen ideeën gevraagd: 'Wat voor mogelijke ideeën weet jij om de kloof die de cliënten ondervinden na ontslag bij de revalidatie te verminderen?'. Tijdens het interview werd er op verschillende momenten doorgevraagd gericht naar de toekomst.

De betrouwbaarheid van de data is verhoogd, doordat er een member-check is uit gevoerd.

3.4.2 Resultaten

Afbouwen van zorg

Zowel de CCP'ers van revalidatie als van somatiek gaven aan dat er voor de cliënt veel veranderd. Onder andere dat de therapie op de afdeling revalidatie dagelijks is en op de somatiek veranderd dit naar bijvoorbeeld eenmaal in de week. In de focusgroep en de interviews kwam naar voren dat het wenselijk is om de therapie af te gaan bouwen, voordat cliënten over gaan naar de afdeling somatiek. Wanneer cliënten naar huis gaan, gebeurt dit al.

CCP'ers van revalidatie informeren

Uit de focusgroep kwam naar voren dat de CCP'ers van revalidatie de cliënten momenteel niet voldoende kunnen voorlichten, omdat het verplegend personeel zelf niet weten hoe het leven op een somatische afdeling er uit ziet. Het is om deze reden wenselijk dat de CCP'ers van revalidatie geïnformeerd worden, zodat zij de cliënten beter kunnen voorlichten.

Informatiefolder

Uit de interviews met de cliënten, naasten en de disciplines kwam naar voren dat informatievoorziening over de toekomst matig is. Tijdens de focusgroep en interviews werd er ook door de CCP'ers aangegeven dat de informatievoorziening niet voldoende is. Cliënten zijn niet genoeg voorbereid op wat komen gaat. De CCP'ers geven aan dat een informatiefolder wenselijk is.

De casemanager de cliënt laten informeren

In de focusgroep werd de functie van een casemanager besproken, zij is degene die het zicht heeft op de afdelingen en zij regelt onder andere de vervolgsetting. De CCP'ers van revalidatie geven aan dat het om deze reden handig is als de casemanager informatie geeft aan cliënten en naasten over de vervolgsetting.

Overdracht aan de hand van een mondeling gesprek

Uit de focusgroep en alle interviews kwam naar voren dat momenteel het contact tussen revalidatie en somatiek erg summier is. De meeste CCP'ers van somatiek hebben hier echter ook geen behoefte aan. Een CCP'er van somatiek gaf aan dat zij tijdens de overdracht juist wel contact zou willen, omdat een papieren overdracht niet altijd alles bevat. De CCP'ers van revalidatie willen graag een meer actievare rol vanuit somatiek. Zij willen graag dat de nieuwe CCP'er bijvoorbeeld van te voren telefonisch contact opnemen.

3.5 Wenselijke situatie volgens maatschappelijk werkster en psycholoog

Maatschappelijk werk en de psycholoog hebben ideeën en wensen die zouden kunnen bijdragen tot het verminderen van de kloof die de cliënt ervaart. De wensen en ideeën die vanuit deze disciplines zijn gekomen dragen bij in dit project, omdat zij direct contact hebben met de cliënt en naasten. Zij horen terug waar mogelijk een onderdeel van de kloof ligt. Daarnaast zorgen wensen ervoor dat er voorstellen gedaan kunnen worden voor een verandering. In onderstaande paragraaf wordt beschreven hoe en welke wenselijke resultaten geworven zijn.

3.5.1 Methodes

Om de wenselijke situatie te schetsen, waren er in het interview een tweetal vragen opgenomen wat betreft de toekomst. Dit waren de volgende vragen: 'Wat kan het verplegend personeel van beide afdelingen doen om de cliënt beter te begeleiden?' en 'Wat kan de mantelzorger voor de cliënt betekenen als het gaat om begeleiding tijdens de transitie?'. De betrouwbaarheid van de data is door een member-check vast gesteld.

3.5.2 Resultaten

Contact tussen CCP'ers en cliënt + naasten

In een interview kwam naar voren dat als de cliënt de definitieve keuze heeft gehoord dat hij/zij naar de afdeling somatiek moet, zij enkele dagen moeten wachten tot de daadwerkelijke verhuizing. In die periode vinden er vaak geen terugkoppelmomenten plaats en is het voor de cliënt en naasten afwachten wat er gaat gebeuren. Door een discipline wordt geadviseerd dat de CCP'ers wekelijks een contactmoment zouden moeten inplannen. Hierdoor worden de naasten ook meer en beter betrokken.

Meer aandacht voor het psychosociale in het opnamegesprek

Momenteel wordt er tijdens het opnamegesprek vooral in gegaan op de praktische zaken van de afdeling. Er wordt vanuit de disciplines aangegeven dat het wenselijk is om tijdens het opnamegesprek juist in te gaan op het psychosociale aspect van cliënt en naasten. Hierdoor worden de cliënt en de naasten op een andere manier benaderd en betrokken.

Vorbereiding van de cliënt en naasten op de nieuwe situatie

Zoals al meerdere belanghebbenden hadden aangegeven, gaven ook de disciplines aan dat de cliënt en de naasten momenteel niet goed voorbereid worden op de nieuwe situatie. Zij zijn van mening dat het verplegend team van revalidatie de cliënten en naasten meer moeten informeren. Hierdoor kunnen ook de naasten een beter plan maken wat zij in de toekomst kunnen betekenen voor de cliënt.

Blijven informeren en betrekken van cliënt en naasten

De disciplines geven aan dat er in de werkelijke situatie te weinig geïnformeerd en teruggekoppeld wordt naar cliënten en naasten. Het is wenselijk dat het verplegend personeel meer gaan informeren en terugkoppelen. Informeren zorgt er voor dat cliënten niet onnodig hoop blijven houden over de toekomst.

Afspraken maken en op papier zetten

Niet alleen het verplegend personeel moeten meer gaan informeren en terugkoppelen, ook de disciplines moeten dit meer gaan doen. Een idee is om de gemaakte afspraken vast te leggen en op papier te zetten, zodat afspraken mee gaan naar de vervolgafdeling. Op deze manier kunnen alle partijen terug pakken op wat van hen verwacht wordt.

Aandacht blijven houden voor rouwproces

Momenteel worden er gesprekken tijdens de zorg gevoerd om het rouwproces aandacht te geven. De disciplines geven aan dat het wenselijk is dat de cliënt de tijd krijgt voor zijn/haar rouwperiode en dat het verplegend personeel hier ook aandacht voor blijft houden. Voor familieleden is het moeilijk om steun te bieden aan de cliënt, zij zitten in hetzelfde proces.

Planmatiger samenwerken tussen afdeling en naasten

Tijdens de interviews werd aangegeven dat wegens tijdgebrek vaak de activiteiten met het verplegend personeel naar de achtergrond treden en dat hierdoor de cliënten onder andere op zichzelf zijn aangewezen. Het is wenselijk en van belang dat betrokkenen rondom de cliënt goed gaan overleggen met elkaar. De zorg wordt hierdoor beter georganiseerd en de dagen worden beter ingedeeld.

Conclusie

Na de uitwerking van de wenselijke situatie zijn er een aantal standpunten vanuit de cliënt, naasten, CCP'ers, maatschappelijk werk en psycholoog en literatuur, gekomen. Aan de hand van die standpunten is de volgende conclusie tot stand gekomen.

Uit de focusgroep en interviews onder alle belanghebbenden komt naar voren dat de informatieverstrekking die momenteel aanwezig is beter moet worden. Alle partijen gaven aan dat er te weinig informatie bij ontslag gegeven wordt over de vervolgsetting.

Cliënten en hun naasten geven aan dat het wenselijk is om zowel tastbare als mondelinge informatie te hebben. De CCP'ers van revalidatie geven aan dat zij momenteel onvoldoende op de hoogte zijn van de situatie op somatiek. Het is wenselijk dat zij dit weten, omdat zij cliënten en naasten hierover moeten informeren. De casemanager zou mogelijk een rol kunnen spelen in de informatievoorziening richting cliënt en naasten.

Cliënten en naasten geven aan dat het wenselijk is om de periode van het definitief besluit en het ontslag groter te maken zodat er aan het idee gewend kan worden. CCP'ers van de revalidatie en somatiek vinden ook dat deze periode te kort is.

Vanuit de cliënt en naasten is het wenselijk dat er een betere afsluiting plaats vindt op de revalidatie. Dit gesprek kan dan gaan over informatie van de nieuwe afdeling maar ook over eventuele psychische aspecten. Dit draagt volgens hun bij aan betere verwerking door de cliënt en naasten.

CCP'ers van revalidatie en somatiek geven aan dat het beter is om de zorg op revalidatie langzaam af te bouwen wanneer duidelijk is dat de cliënt niet meer naar huis zal kunnen. Dit zorgt ervoor dat er

een kleiner verschil is tussen revalidatie en somatiek, hierbij gaat het met name om de therapie momenten.

Naasten, maatschappelijk werkster en de psycholoog wensen meer contact tussen de afdelingen en de cliënt met hun naasten. Door dit contact te verbeteren zijn de cliënt en naasten beter op de hoogte en worden de naasten beter en meer betrokken in het zorgproces.

Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat het wenselijk is om een de cliënt en naasten te stimuleren om het zelfmanagement te vergroten. Dit zorgt ervoor dat de cliënt minder afhankelijk wordt. De literatuur laat zien dat een PHR (Personal Health Record) hieraan bij kan dragen. Vanuit maatschappelijk werk en de psycholoog wordt ook aangeraden om afspraken op papier te zetten. Op deze manier kan dus terug gepakt worden op verwachtingen en is het mogelijk om het zelfmanagement uit te breiden.

Het rouwproces is een belangrijk onderdeel van de kloof en er wordt dan ook gewenst dat hier aandacht voor blijft. Hierbij kan de familie ook ondersteunen maar moet wel in de gaten gehouden worden dat er de tijd voor genomen wordt. Vanuit de literatuur is er een model opgesteld, wat helpt bij rouwbegeleiding. Dit model heet het SCHOON-model en is te gebruiken door het verplegend personeel.

Hoofdstuk 4: Implementeren en Bijsturen

In dit hoofdstuk zijn de derde en vierde fase van de PDCA-cyclus beschreven, namelijk de implementatiefase en de evaluatiefase. Er is een implementatieplan gemaakt aan de hand van het Grol en Wensing model. De implementatie is gericht op de twee producten die de afstudeergroep gaat implementeren. Het is tevens de leidraad die gebruikt kan worden bij aanbevelingen die gemaakt zijn om later uit te voeren. In de tweede paragraaf is de evaluatiemethode middels de PRAXIS beschreven. De uitwerking heeft wederom betrekking op de twee producten die de afstudeergroep heeft gemaakt. Ook hier is dit de leidraad om te evalueren voor latere aanbevelingen. Het biedt structuur en neemt alle belangrijke facetten in de evaluatie mee.

4.1 Implementatieplan

Elementen van beide modellen zullen door de afstudeergroep worden benut en gecombineerd. Dit sluit aan op het advies van de Gezondheidsraad.

Grol en Wensing (2011) geven aan dat een effectieve implementatie een procesmatige aanpak vereist, waarin effectieve verspreiding, kennisoverdracht, attitudeverandering, en dergelijke vooraf dienen te gaan aan het bevorderen van de feitelijke toepassing van de innovatie.

Hieronder staan de stappen van de implementatie weer gegeven, die de afstudeergroep deels doorlopen heeft.

1. Ontwikkeling van een voorstel voor verandering

De afstudeergroep had middels de mail contact gezocht met verschillende zorgmanagers, waarna zij een voorstel voor een opdracht toegestuurd hebben gekregen. De opdracht die verkregen is, is om de kloof die de cliënt ervaart bij de transitie tussen revalidatie en somatiek te verminderen. Dit is terug te lezen in [Hoofdstuk 1: Planning](#).

2. In kaart brengen van de feitelijke zorg

In het afstudeerproject is de werkelijke situatie uitgevoerd binnen de tweede fase van de PDCA-cyclus. Dit is terug te lezen in [Hoofdstuk 2: Werkelijke situatie](#).

3. Analyse van de doelgroep en setting

Het is van belang dat de doelgroep en setting geanalyseerd werd, want zonder dat inzicht bestaat het risico dat ineffectieve interventies worden gebruikt of dat de interventies zich richten op minder cruciale belemmerende of bevorderende factoren voor implementatie (Grol & Wensing, 2011).

De afstudeergroep heeft de context geanalyseerd aan de hand van de CAI. De uitkomsten hiervan zijn terug te lezen in [2.7 Context analyse](#).

Om binnen de cultuur een passende implementatiestrategie te ontwikkelen, is er rekening gehouden met de sterke en zwakte factoren uit dit element. Op dit moment zijn de zorgprofessionals zich er niet van bewust dat hun eigen attitude en overtuigingen invloed hebben op de uitvoering van de zorg. Mogelijk dat de attitude van de zorgverleners in de weg staat om een implementatie te verrichten. Om de attitude van de zorgverleners aan te passen, adviseert de afstudeergroep om de feedbackstrategie toe te passen in de vorm van reflecteren (Grol en Wensing, 2011).

De leidinggevende heeft een positieve invloed op de samenwerking binnen het team van zorgverleners. Daarbij heeft de leidinggevende een motiverende en stimulerende kijk op onderwijs/leren/managen, waardoor het team ook gemotiveerd en gestimuleerd wordt.

Evaluatie is een belangrijk aspect, omdat het reflecteren op het eigen werk hierbij naar voren komt. De sterke en zwakte punten zijn gebruikt om te bepalen welke strategieën toepasbaar zijn in de praktijk. Een sterk punt van de evaluatie is dat deskundigheidsbevordering/bijtscholing van de zorgprofessionals als prioriteit wordt gezien. Er wordt aangeraden om een educatieve strategie te

gebruiken, denk bijvoorbeeld aan een workshop. Een zwak punt vanuit de evaluatie is dat afdelingsverpleegkundigen weinig tot niet reflecteren op hun functioneren om de zorg te evalueren en te ontwikkelen. Een strategie die hierbij kan helpen is consensusprocessen en toetsing en terugkoppeling strategieën (Grol en Wensing, 2011).

Bij het opstellen van de strategieën is rekening gehouden met de context waarin ze plaats vinden. Bovenstaande strategieën dragen bij aan een efficiëntere implementatie, omdat zwakke en sterke factoren binnen de context worden uitgelicht.

4. Ontwikkeling of selectie van strategieën

Om een implementatie te laten slagen moet gebruik gemaakt worden van verschillende strategieën waarin interventies meervoudig gebruikt kunnen worden. Een van de strategieën die tijdens het project plaats vindt, is het verspreiden van de toekomstige innovaties. Middels e-mail contact zijn de innovaties binnen het project verspreid. Het voordeel hiervan is dat er in korte tijd grote groepen benaderd kunnen worden (Grol en Wensing, 2011). Daarnaast is er gebruik gemaakt van een persoonlijke benadering middels netwerken met sleutelfiguren. Sleutelfiguren zijn in sterke mate medebepaald voor de beslissingen die men neemt (McLeroy 1988, Bandura 1986). Binnen dit project zijn de opdrachtgevers de sleutelfiguren. Zij hebben een bijdrage geleverd aan besluiten die binnen het project genomen moesten worden, te denken valt aan de opgestelde producten.

De afstudeergroep heeft de verbetervoorstellen aan het verplegend personeel voorgelegd met het doel dat zij bewust worden van het probleem en aanknopingspunten hebben om het probleem effectief aan te pakken. Bij de introductie van de producten, is er een lokale consensus ontstaan. Literatuur geeft aan dat veel zorgverleners pas bereid zijn om nieuwe gedragsregels te aanvaarden als er een lokale consensus is ontstaan (Grol & Wensing, 2011).

De strategie die bijdraagt aan een introductie van een nieuw product of werkwijze, is een educatieve strategie. Middels kleinschalige scholingsbijeenkomsten, te denken aan een presentatie of consensusbijeenkomst, kan het verplegend personeel actief betrokken worden binnen het proces en de innovatie. De afstudeergroep heeft een presentatie gegeven om het verplegend personeel bewust te laten worden dat de producten zullen helpen om de kloof te verkleinen.

Een andere strategie die toegepast moet worden, is feedback en reminders. De strategie is voor verbetering van kwaliteit, maar succes is niet altijd verzekerd. Door gebruik te maken van de CAI en het gebruik van de strategieën die beschreven staan in Grol en Wensing (2011) kan er voor gezorgd worden dat het effect van de implementatie geoptimaliseerd wordt.

5. Ontwikkelen, testen en uitvoeren van implementatieactiviteiten

Middels het doorlopen van de PDCA-cyclus zijn er een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen en de daarbij horende acties om het in te voeren, zijn terug te lezen [bijlage 5](#).

De afstudeergroep heeft een tweetal producten ontwikkeld waarin zij de afdelingen revalidatie en somatiek betrekken. Dit is de onafhankelijkheidskaart en de PGD (Persoonlijk gezondheidsdossier), zie [bijlage 6](#). Daarnaast is er ook aandacht besteed aan het realiseren van een scholing betreft rouwbegeleiding. Dit kon in de korte periode niet gerealiseerd worden en om deze reden is het een aanbeveling geworden.

Om de producten en aanbevelingen in de praktijk te gaan toepassen, moet er rekening worden gehouden met de volgende richtlijnen die opgesteld zijn door Grol & Wensing:

- Beginnen op kleine schaal
- Inventariseren wat er nog gedaan moet worden om te informeren en weerstanden weg te nemen
- Betrekken van de doelgroep
- Tijdsplan uitzetten
- Verdelen van taken, procedures en verantwoordelijkheden
- Implementatieplan inbouwen in bestaande structuren

- Concrete korte- en lange termijn doelen opstellen, voor continue evaluatie

6. Behoud van verandering: Integratie van verandering in routines

Het is van belang dat de verbeterpunten zo goed mogelijk worden ingebouwd in de vaste routine en verankerd in de organisatie zodat terugval wordt voorkomen. Om terugval te voorkomen heeft de afstudeergroep een tweetal personen aangesteld die verantwoordelijk zijn voor het vervolg. De producten moeten actief gebruikt blijven worden en dit gaat vanuit de verantwoordelijke personen gestimuleerd worden. (Grol & Wensing, 2011)

7. Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan

Om een product goed te evalueren moet een evaluatieplan antwoord geven op een vijftal vragen.

- Werkt het product?
- Waarom werkt het product?
- Voor wie werkt het product?
- Onder welke omstandigheden heeft het product gewerkt?
- Wat is er gedaan om het product te laten werken?

(The Foundation of Nursing Studies (FoNS), 2011)

Om deze reden is er gekozen voor de PRAXIS evaluatie. PRAXIS biedt een samenwerking tussen verandering in de praktijk en verandering binnen de cultuur. Het legt vast hoe uitkomsten een bijdrage leveren aan een verbetering binnen de gezondheidszorg. De PRAXIS kijkt niet alleen naar het product, maar ook naar andere belangrijke facetten. Dit is verder toegelicht in de volgende subparagraaf.

4.2 Evaluatieplan

In deze paragraaf wordt de evaluatie besproken. De evaluatie vindt plaats aan de hand van de PRAXIS. PRAXIS bestaat uit een zestal onderdelen. Zo staat de P voor Purpose (doel). Het moet ervoor zorgen dat het doel helder en concreet is. Om het doel te beantwoorden moeten er vragen gesteld worden die op dit doel afgestemd zijn. Bij Reflexivity (reflectie) worden kritische vragen gesteld over de manier van werken. Het moet voor een dialoog op de werkvloer zorgen. Bij Approach (benadering) wordt er gereflecteerd welke manier van benaderen het beste past binnen de context om het doel te behalen. Bij de Context (omgeving) wordt er gereflecteerd op de context. Welke invloed heeft de context op de uitkomst van de producten? Bij Intent (kritische blik) wordt er gereflecteerd op de methode die gebruikt wordt om het product te implementeren, sluit deze aan en treft het ook uiteindelijke doel. Stakeholders (betrokkenen) er wordt gekeken of alle betrokkenen ook daadwerkelijk meegenomen zijn in de implementatie. (Cardiff & Frost, 2010)

Purpose, doel van de implementatie.

Het hoofddoel van dit project is:

- Voor 1 februari 2013 heeft het verplegend personeel van revalidatie en chronisch somatiek een implementatieplan aangereikt gekregen waarmee zij de kloof, die de cliënt bij transitie ervaart, minimaal kan maken. Het verplegend personeel zal in deze periode onder begeleiding van de afstudeergroep een start maken met het implementatieplan.

Hierbij heeft de afstudeergroep ook een aantal doelen opgesteld die naar aanleiding van het hoofddoel zijn ontstaan.

- Door middel van het uitproberen en aanpassen van de onafhankelijkheidskaarten en het Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD), zijn de producten bruikbaar geworden in de praktijk
- Handvaten vanuit de onafhankelijkheid kaart en het PGD zijn toepasbaar en geïntegreerd in de praktijk
- De onafhankelijkheidskaart is vast opgenomen in de structuur van de dag
- Het verplegend personeel past het PGD altijd toe bij ontslag

- De vermindering van de kloof is merkbaar bij de belanghebbenden
- De medewerkers weten bij wie ze terecht kunnen met vragen en weten waar ze terecht kunnen wanneer ze tegen problemen aan lopen
- De facilitator heeft de implementatie op een dusdanige manier voort gezet, zodat de medewerkers voldoende handvatten hebben om met het product om te gaan.

Reflexivity, reflectie

Om op de doelen te reflecteren zijn er vragen opgesteld. De vragen bieden de hoofdlijn voor de reflectie. Het zijn vragen die aansluiten bij de doelen, op deze manier zijn het evaluatievragen.

- In hoeverre worden de producten gebruikt in de praktijk?
- Moet er wat aangepast worden aan de onafhankelijkheidskaarten en/of PGD om toepasbaar te zijn in de praktijk? Zo ja, wat?
- Wordt de onafhankelijkheidskaart en PGD dagelijks toegepast in de praktijk?
- In hoeverre is het effect van de onafhankelijkheidskaart op de kloof zoals de cliënt deze ervaart tussen revalidatie en somatiek zichtbaar?
- Wat zijn de resultaten van de onafhankelijkheidskaarten en het PGD?
- Hoe gebruiksvriendelijk zijn beide producten?
- Wat zijn de voor- en nadelen van de gebruikte producten?
- Op welke manier heeft de facilitator de implementatie voort gezet en welke handvatten heeft hij/zij hierbij geboden?

Approach, benadering

In deze stap beschrijft de afstudeergroep hoe de antwoorden op de evaluatievragen verkregen worden. Met deze informatie kan terug geblikt worden op de doelen die gesteld zijn.

- Teamvergadering somatiek
Binnen de teamvergadering van de afdelingen somatiek, wordt geëvalueerd of de onafhankelijkheidskaarten en het Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD) voldoende toegepast worden. Er wordt tevens gekeken of de kaarten aangepast moeten worden om beter inzetbaar te zijn, dit gebeurt middels een CCI (claims, concerns and issues). Op deze manier worden vorderingen, zorgen en problemen in kaart gebracht. Zo wordt het aanpassen van de kaarten makkelijker en overzichtelijk. Daarnaast zorgt een CCI voor een compleet beeld van alle medewerkers tegelijkertijd en kan het een discussie opwekken waaruit informatie gehaald kan worden. Dit product wordt onderdeel van de vergadering en zal op deze manier structureel geëvalueerd worden wat het effect voor de toekomst vergroot.
- Teamvergadering revalidatie
Net als tijdens teamvergaderingen op somatiek, wordt er op de revalidatie ook geëvalueerd tijdens hun teamvergaderingen. Tijdens de teamvergadering wordt er ook op beide producten gereflecteerd.
- Semi- gestructureerd interview bij cliënten en naasten
Het interview wordt semigestructureerd opgesteld en kan middels open vragen antwoorden zoeken op de evaluatievragen. De vraagvolgorde staat hierin niet vast en er is mogelijkheid op doorvragen. Aan het eind van dit interview zal ook om een cijfer gevraagd worden waarbij bepaald wordt hoe de transitie tussen revalidatie en somatiek ervaren wordt door de cliënt. Dit cijfer is te vergelijken met het cijfer dat voor het onderzoek is verkregen, waaruit een conclusie getrokken kan worden over de vordering. De interviews zullen inzicht geven in gebruiksinname van beide producten.

ConteXt , omgeving

Door afname van de CAI is het voor de afstudeergroep duidelijk geworden hoe er geëvalueerd wordt. Uit de CAI kan worden geconcludeerd dat medewerkers weinig op hun eigen werk evalueren. Dit

houdt in dat tijdens de evaluatie van de producten een facilitator de leiding moet nemen om deze evaluatie in goede banen te leiden.

De afstudeergroep denkt dat door middel van een aangestelde facilitator het mogelijk is om goed te evalueren omdat er in de CAI aangegeven wordt dat uitkomsten van onderzoeken gebruikt worden om de zorg aan te passen. Op deze manier kan er dus rekening gehouden worden met evalueren en de kenmerken van de context.

Intent, intentie

De afstudeergroep kiest om te reflecteren middels de PRAXIS, omdat deze manier alle producten, processen en belanghebbenden betrokken worden. Daarnaast biedt de PRAXIS een duidelijke opbouw en sluit goed aan binnen dit project. Binnen het project zijn veel belanghebbenden waardoor er op verschillende vlakken geëvalueerd moet worden. Het is ook belangrijk alle belanghebbenden betrokken worden, omdat zij allemaal met het product te maken krijgen en omdat er verschillende visies zijn.

De zorgmanagers geven aan dat zij na ieder moment dat de producten zijn gebruikt, willen reflecteren. Dit moet middels korte vragen, zodat het dagelijks ingezet kan worden. De korte vragen zijn als volgt;

- Werkt het product?
- Waarom werkt het product?
- Voor wie werkt het product?
- Onder welke omstandigheden heeft het product gewerkt?
- Wat is er gedaan om het product te laten werken?

(The Foundation of Nursing Studies (FoNS), 2011)

Stakeholders, belanghebbenden

- Verplegend team revalidatie
Voor het personeel van revalidatie wordt het toepassen van het PGD nieuw. Om het PGD te laten slagen moet dit toegepast en geëvalueerd worden. Op deze manier kan het PGD aangepast worden binnen de huidige setting. Daarnaast moet het product plaats krijgen in de routine van het dagelijks werk.
- Verplegend team somatiek
Voor het team is de toepassing van de onafhankelijkheidskaarten en PGD nieuw. Om goed gebruik te kunnen maken van deze kaarten is evaluatie belangrijk. Op deze manier kan er gekeken worden of de kaarten en het PGD werken of aangepast moeten worden. Tevens zorgt de evaluatie ervoor dat het proces rondom dit product wordt gecontinueerd en dat zorgt ervoor dat het product in de routine van het dagelijks werken wordt meegenomen.
- Disciplines (Maatschappelijk werkster en psycholoog)
De disciplines worden tijdens de evaluatiemomenten meegenomen, omdat zij veel van het psychosociale proces meekrijgen. Met hun kennis over het onderwerp hebben zij mogelijk een andere visie. Daarnaast kunnen zij medewerkers stimuleren om het rouwproces op een andere manier aandacht te geven.
- Cliënten en naasten
De cliënt en zijn naasten zijn de belangrijkste stakeholders. Zij moeten na het implementeren van de producten een merkbaar verschil gaan ervaren in de kloof voor en na implementatie. Voor hen is het dan ook belangrijk dat er geëvalueerd wordt over het product zodat het goed aansluit op de werkzaamheden binnen de afdeling.

Conclusie

In dit onderdeel van het verslag is een implementatiemodel en een evaluatieplan geschreven. Tijdens dit traject zijn stap één tot en met vier van het implementatiemodel van Grol en Wensing doorlopen. De stappen vijf, zes en zeven zullen worden overgedragen aan een facilitator binnen de instelling.

Gezien de tijd zal de afstudeergroep een tweetal producten implementeren op de afdelingen revalidatie en somatiek. Het persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD) en de onafhankelijkheidskaarten zullen door de afstudeergroep worden gerealiseerd.

De uitslag van de CAI wordt tijdens de implementatie meegenomen, zodat de implementatie aansluit op de doelgroep. De sterke en zwakke punten die de uitkomst vormen van de CAI, zijn bepalend voor de manier waarop de producten opgesteld en geïmplementeerd zijn.

Daarnaast is de context meegenomen bij het evaluatieplan, zodat de methode van evalueren aansluit bij de teams. Een zwakte punt van beide afdelingen is het reflecteren. Tijdens het opstellen van het evaluatieplan heeft de afstudeergroep hiermee rekening gehouden door een centrale facilitator aan te stellen die evaluatiemomenten begeleid. Voor de huidige en toekomstige producten maakt de facilitator een tijdsplanning. Daarin kan de PRAXIS en het verkorte evaluatiemodel worden opgenomen. Hierdoor staan evaluatiemomenten vast en is de kans dat het uitgevoerd wordt groter. De aanbevelingen die niet worden ingebracht door de afstudeergroep, zijn beschreven in de bijlage. Met deze aanbevelingen kan de instelling zelfstandig aan de slag. Voor deze aanbevelingen moeten nog een implementatie- en evaluatieplan worden opgesteld. Dit heeft de afstudeergroep nog niet vastgelegd, omdat de producten mogelijk nog af kunnen gaan wijken van het voorstel. Daarnaast is er onvoldoende tijd voor de afstudeergroep om dit te realiseren.

Hoofdstuk 5: Discussie en conclusie

5.1 Discussie

Literatuurstudie

Tijdens de literatuurstudie heeft de afstudeergroep gezocht naar artikelen die betrekken hebben op de transitie van een cliënt. Er is gezocht in diverse databases, alleen de hoeveelheid artikelen die paste bij het onderwerp waren matig. Er zijn een aantal artikelen gevonden van de auteur van der Staa, maar dit waren geen onderzoeksartikelen. Uiteindelijk heeft de afstudeergroep een artikel gevonden dat gedeeltelijk toepasbaar is in het eindproduct. Het artikel is gebaseerd op een heropname in het ziekenhuis te voorkomen en een product dat deze kans verkleint. Het betreft een product dat gaat over zelfmanagement van de cliënt. Binnen het project is afhankelijk een probleem gebleken waar veel cliënten tegen aan lopen.

Uiteindelijk is het artikel naar aanleiding van de resultaten geselecteerd. Het product dat in het artikel beschreven staat is toepasbaar binnen de revalidatie maar zal wel hierop aangepast moeten worden. Dat het product aangepast moet worden staat ook in het artikel beschreven. De discussie hierbij is dat er literatuur gezocht is bij het probleem, in plaats van dat er literatuur is gezocht wat ondersteunend is voor het probleem. Daarnaast is het artikel gebaseerd op heropname en bij de afstudeergroep op zelfmanagement en niet op heropname, dit is namelijk niet mogelijk.

Observaties

De afstudeergroep had als deelvraag om opname-, familie- en ontslaggesprekken te observeren. Zij hebben drie opnamegesprekken geobserveerd en geanalyseerd. De analyse is niet meegenomen in de resultaten, omdat de afstudeergroep van mening is dat drie opnamegesprekken te weinig is om er een uitspraak over te doen. De overige twee gesprekken heeft de afstudeergroep niet kunnen observeren in verband met de frequentie van cliënten die van revalidatie naar somatiek verhuizen.

Cliënt en naasten

Voorafgaand aan het onderzoek heeft de afstudeergroep gegevens verzameld betreft het probleem. Deze gegevens gingen over de transitie van cliënten van revalidatie naar elders. Uit deze gegevens kwam naar voren dat 28% van de transities naar een verpleegafdeling waren. Samen met de opdrachtgevers is besloten om het project te richten op deze transitie i.v.m. het tijdsbestek. Gedurende het project is het aantal cliënten dat van revalidatie naar somatiek is verhuisd te klein geweest om een betrouwbaar onderzoek uit te voeren. Dit kwam dus niet over een met de voorafgaande opgedane percentage. Door het ontbreken van cliënten die intern/extern overgeplaatst werden naar een somatische afdeling is er voor gekozen om een andere instelling te benaderen waar de zelfde condities gelden. In samenspraak met de begeleiding en opdrachtgever is dit idee goed gekeurd. Op deze manier is de afstudeergroep er in geslaagd om cliënten en hun naasten te interviewen tot er verzadiging van informatie optreedt. De discussie hierbij is dat cliënten binnen de andere instelling mogelijk beter geïnformeerd en begeleid zijn. Door kleine verschillen tussen de afdelingen is het mogelijk dat cliënten de transitie anders ervaren.

Verplegend personeel

De focusgroep van revalidatie is gehouden tijdens het CCP-overleg. Op somatiek vindt er geen CCP-overleg plaats. De afstudeergroep had zelf een focusgroep georganiseerd en de CCP'ers uitgenodigd. Alle elf CCP'ers van somatiek waren uitgenodigd. Er zijn vijf afmeldingen van te voren geweest. Dat betekent dat er zes CCP'ers naar het overleg zouden komen. Naar hen is een reminder middels de mail gestuurd. Tijdens de geplande focusgroep kwam uiteindelijk niemand opdagen en om deze reden is er gekozen om individuele interviews te gaan houden, met de hoop op een hogere respons. De onderwerpen die in het interview naar voren kwamen, zijn dezelfde onderwerpen als van de focusgroep.

Gezien het tijdsbestek was het niet mogelijk om de CCP'ers van somatiek bij elkaar te krijgen, hierdoor is er geen onderling discussie ontstaan. Door het ontbreken van de discussie- conversatie, is er mogelijke minder informatie verzameld.

Context

Om de implementatie af te stemmen op de afdelingen is er gebruik gemaakt van de CAI. De CAI is aangereikt aan zes zorgverleners die de meeste contract-uren hebben. Zij zijn het vaakst aanwezig en kunnen daarom het beste de context bepalen. De CAI moest binnen een week terug zijn voor analyse. Na een week heeft de afstudeergroep van de zes één vragenlijst retour gekregen. Volgens de gebruiksaanwijzing van de CAI is deze ook betrouwbaar als je hem afneemt bij de manager van een team. De afstudeergroep heeft voor deze optie gekozen en de vragenlijst bij de managers afgenomen. Vanuit deze twee vragenlijsten is de context van de afdelingen bepaald. De vragenlijst die terug is gekomen vanuit de afdeling is buiten beschouwing gelaten.

5.2 Conclusie

Aan het eind van dit project kan de afstudeergroep vaststellen dat de zij de eerste stap hebben gezet naar het verminderen van de kloof zoals deze door de cliënt ervaren wordt. De producten die zijn geïntroduceerd, moeten door de stakeholders worden geïmplementeerd en geëvalueerd worden. Hiervoor moet er een facilitator per afdeling aangewezen worden die dit op zich wil nemen. Daarnaast is het schema met aanbevelingen een leidraad van wat er nog moet gaan veranderen om de kloof daadwerkelijk zo klein mogelijk te maken. De aanbevelingen komen voort uit de analyse van de verzamelde data.

De afstudeergroep heeft middels richtlijnen die zij gebruiken laten zien op welke manier de aanbevelingen toegepast en geëvalueerd kunnen worden. Dit project biedt hiervoor handvatten. Om antwoord te geven op de hoofdvraag zijn de twee geïmplementeerde producten en een document met aanbevelingen gemaakt.

Nawoord

De afgelopen 18 weken is er hard gewerkt aan het afstudeerproject "De Kloof". De afstudeerleden hebben binnen het project een aantal ups en down gekend. De kennis is vergroot en er is op een andere manier gekeken naar projectmatig werken. De lat werd een stuk hoger gelegd dan voorgaande projecten.

Het project heeft ervoor gezorgd dat de afstudeerleden kritischer zijn gaan kijken naar taal, spelling en het maken van een logisch verhaal. Daarnaast is de vaardigheid tot het uitvoeren van Evidence Based Practice werken vergroot. De afstudeerleden zijn in staat om gegevens vanuit de praktijk op papier te zetten en daarbij een product te maken wat bijdraagt aan de oplossing.

Binnen dit project zijn de cliënten, naasten, verplegend personeel en disciplines, die nauw betrokken zijn bij een mogelijke kloof, van groot belang geweest. De cliënten en naasten zijn de belangrijkste schakel geweest in de omschrijving van de kloof. Zij wisten allen afzonderlijk te benoemen waar een groot deel van de kloof lag. Het verplegend personeel heeft ons meer inzicht gegeven in het organisatorisch gebied van de kloof. Door de disciplines is er een beeld gevormd van de koppelingen tussen organisatorisch niveau en de kloof op cliënt niveau. Door alle belanghebbenden samen te smelten is er een duidelijk beeld gevormd waar aan gewerkt moet worden.

Door het project is de afstudeergroep zich meer bewust gaan worden van een transitie. De overgang kan beter een transitie genoemd worden, omdat er meer bij komt kijken dan alleen de overplaatsing. De afstudeerleden zijn zich er van bewust dat een cliënt psychisch wordt aangedaan bij een transitie en dat er een stukje leven weg valt. De afstudeerleden zullen door deze ervaring ook in de hun eigen werkzaamheden hier meer rekening mee houden en beter in staat zijn om de psychische aandoening van de cliënt te signaleren.

De samenwerking binnen het afstudeerproject is zeer goed verlopen. Afspraken werden nagekomen en de werkzaamheden zijn gelijk verdeeld. De afstudeerleden hebben veel steun aan elkaar gehad in moeilijkere perioden. De afstudeerleden zijn in staat gebleken elkaar te stimuleren en te blijven motiveren, dit is een sterk punt van de afstudeergroep. De afstudeerleden zijn elkaar beter leren kennen en zijn in staat om elkaar aan te vullen met zwakke en sterke punten. Beide afstudeerleden zijn van mening dat de samenwerking heeft geleid tot een succesvol verslag en een leerzame tijd.

De opstart van het project is moeizaam verlopen. Dit had te maken met omstandigheden en onduidelijkheden op organisatorisch gebied vanuit de Fontys. De samenwerking met de projectbegeleider Cis Lijten is gedurende het project beter geworden. Er is goede begeleiding geboden en Cis was een belangrijke schakel tussen ons en de examinerator. De afstudeerleden hebben het gevoel gehad dat Cis hierin een sterke ondersteunende factor voor de afstudeergroep is geweest. De begeleiding vanuit de Watersteeg door Paul Reitsma en Marjolein Twaalfhoven liep vanaf dag één zeer goed. Zij zijn een stimulerende en opbeurende factor geweest binnen het project en zij hebben een goede bijdrage gehad in het project.

Dankzij de medewerking van alle betrokkenen is de afstudeergroep blij met het resultaat dat zij neer hebben gezet.

Literatuurlijst

- Arend, v. d. (2007). *Pleitbezorgers, procesmanagers en participanten*. Delft: Eburon.
- Baarda, D., de Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Baarde, D., M.P.M., d. G., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood: Prentice Hall.
- Bers, M. v., & Munten, G. (2008). Het PARIHS-raamwerk. *NTvEBP* , 6.
- Bolheem-Walhain. (1985). *Langzaam afscheid nemen, Het relaas van een verwerkingsproces*. Slaterus: Van longhum .
- Brand-Gruwel, S., & Wopereis, I. (2011, 03 25). Workshop: Het doen van literatuuronderzoek. *Kritisch denken in de wetenschap* . Heerlen, Limburg, Nederland: Open Universiteit.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research* , 24.
- Bruijn, M. d. (1996). *Leren leven met verliezen, hoe doe je dat*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). *Transistions: A nursing concern*. Rockville: Aspen.
- Cox, K., & Holleman, G. (2006). EBP en het PARIHS- model. *NTvEBP* , 5.
- de Lange, J., & van Staa, A. (2004). Transitie in ziekte en zorg: op zoek naar een nieuw evenwicht. *Verpleegkunde* , p. 9.
- Emans, B. (2002). *Interviewen*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Gerards, R. (2010, 04 19). *Informatiebehoefte van de patiënt in relatie tot netwerken van patiënten*. Opgeroepen op 09 18, 2012, van RVZ: http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Informatiebehoefte_van_de_patiënt_in_relatie_tot_netwerken_van_patiënten.pdf
- Gorkom, P. v. (2010, 06 02). Gids voor gebruik van de Context assessment index (CAI).
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie: Effectieve verbetering van patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business.
- Hafsteinsdóttir, & all, e. (2009). *Verpleegkundige revalidatie richtlijnen beroerte*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Houtackers, A., & Jacobs, C. (2001, 07). *Handboek verliesbegeleiding, voor (beginnende) fysiotherapeuten*. Opgeroepen op 12 04, 2012, van HvA kennisbank: <http://kennisbank.hva.nl/document/218592>
- Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Den Haag: ZON.
- Hunink, G., & Et.all. (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht: ThiemeMeulenhoff.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care* , 10.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. (2004, 09). *Handleiding focusgroep onderzoek*. Nederland.
- McCornack, B. (2010, 06 02). Gids voor gebruik van de Context Assessment Index.
- Mcleroy, K., D., B., Steckle, A., & et.all. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Q* , 27.
- Metz, W. (1977). *Het dorp, Menselijk welzijn en lichamelijk gebrek*. Nijkerk: Callenbach NV.
- Moen, R., & Norman, C. (2006, 07). Evolution of the PDSA cycle. p. 7.
- Munten, G., Snoeren, M., & Cardiff, S. (2011). Systematische implementeren van vernieuwingen. *Nederlandse tijdschrift voor evidence based practice* , 4.

- Reedijk, S. (1996). *Psychiatrie*. Utrecht: De tijdstroom.
- Schein, E. (1985). *Organizational culture and leadership*. San Francisco / Londen: Jossey-Bass Publishers.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transition: A central concept in nursing. *Image, Journal of Nursing Scholarship* , p. 9.
- Smalbruggea, M., & et.all. (2008). CVA-patiënten die aangewezen zijn op langdurige verpleeghuiszorg. *Tijdschrift gerontologie en geriatrie* , 9.
- The Foundation of Nursing Studies (FoNS). (2011, 04 01). *Patients First Supporting Nursled Innovation in Practice*. Opgeroepen op 01 16, 2013, van FoNS: <http://www.fons.org/resources/documents/patients1styear2workshop1and2.ppt>
- van Staa, A. (2004). Transitiezorg is meer dan een goede transfer. *Tijdschrift voor verpleegkundige* , 6.
- Visser, & Bakx. (2012, 08 23). *Visgraat*. Opgeroepen op 08 29, 2012, van in voor zorg: http://www.invoezorg.nl/docs/ivz/bedrijfsvoering/Visgraatdiagram_BrabantZorg.pdf
- Wachters-Kaufmann, C., & Schuling, J. (2004). Voorlichting na een beroerte: Fasering en samenhang. *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde* , 3.
- Watchers-Kaufman, C. (2000). *Wegwijzer na een beroerte*. Groningen: Zodiac.
- Watchers-Kaufmann, C. (2000). Personal accounts of stroke experiences. *Patient educ. couns.* , 9.
- Weer, J., & All, e. (2012). In gesprek met ouderen. *Huisarts en wetenschap* , 6.
- Wensing, M., Splunteren, P. v., Hulscher, M., & et.all. (2000). *Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Wiles, R. (1998). Providing appropriate information to patients and and carers following a stroke. *Adv. Nurse* , 8.
- Woerkmom, C. v., & Adolfse, L. (1998). Interactieve kennisontwikkeling en -benutting. *SI* , 10.

Bijlagen

Bijlage 1: Aankondigingsbrief

Gericht aan cliënten en naasten



Reigerdonk 37
5467AN, Veghel
T +31622104216
E Arjan.vandenbiggelaar@brabantzorg.eu
Sanne.egelmeers@brabantzorg.eu

Onderwerp

Aankondiging cliënt en de naasten onderzoek

Datum

02-11-2012

Geachte heer / mevrouw,

Met deze brief informeren wij u over de start van een onderzoek dat binnenkort wordt uitgevoerd op de afdelingen revalidatie en somatiek van de Watersteeg. Het betreft een onderzoek naar de mogelijke kloof die ervaren wordt door de cliënten die overgeplaatst zijn van revalidatie naar somatiek. Deze brief is een vooraankondiging van het onderzoek en wordt ter informatie verzonden aan alle cliënten die een overgang hebben gemaakt van revalidatie naar somatiek.

U zult deze week benaderd worden door een van ondergetekenden, Arjan van den Biggelaar, voor extra informatie. Tevens kunt u tijdens het persoonlijk contact met mij aangeven of u wel of niet mee wilt werken aan het onderzoek. Het onderzoek vindt plaats in opdracht van de Fontys Hogeschool en zal deel uit maken van het afstuderen voor HBO- verpleegkundigen.

Wij zijn gebonden aan de wet op privacy en zullen persoonlijke gegevens streng bewaken en deze uitsluitend gebruiken voor het afstudeerproject. Gegevens die gebruikt worden zullen ook niet herleidbaar zijn naar de cliënt of diens naasten.

Mocht u tussentijds meer informatie over het onderzoek willen, dan kunt u contact opnemen met het volgende adres:

Arjan.vandenbiggelaar@brabantzorg.eu of
Sanne.egelmeers@brabantzorg.eu

Met vriendelijke groet,

Arjan van den Biggelaar en Sanne Egelmeers
HBO- verpleegkundige studenten

Bijlage 2: Informed Consent

2.1 Informed consent voor observatie van opnamegesprekken

Fontys Hogescholen
Hoger Beroeps Onderwijs, Verpleegkunde niveau 5
Ds.Th. Fliednerstraat 2
5631 BN Eindhoven



Brabantzorg, de Watersteeg
Afdeling Revalidatie, Afdelingen Chronische somatiek
Reigerdonk 37
5467 AN, Veghel



Veghel, oktober 2012

Deelnemer aan het cliëntgericht onderzoek,

U bent gevraagd om deel te nemen aan een onderzoek naar de kloof die de cliënt ervaart bij de overgang van revalidatie naar somatiek. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Arjan van den Biggelaar en Sanne Egelmeers in het kader van de opleiding Verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool Eindhoven.

De bedoeling van dit onderzoek is niet de deelnemers te testen. Het is de bedoeling om de uitkomsten van de onderzoeken te bundelen en deze te gebruiken om een verbetering in de huidige zorg te realiseren.

In dit onderzoek wordt er aandacht gegeven aan de ervaringen, behoeften en emotionele kant van de overgang tussen de revalidatie- en chronische afdeling. Er zal in dit gesprek een geluidsopname worden gemaakt. Deze opnamen zijn alleen bestemd voor het onderzoek en zullen niet beschikbaar zijn voor anderen dan de onderzoekers.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden.

De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om de voorbereiding op eerder genoemde overgang en de zorg na deze overgang te verbeteren en hiermee een hogere kwaliteit van zorg te bieden aan cliënten. Er zal zorg voor gedragen worden dat dit volledig zonder mogelijke identificatie van de participanten gebeurt. U kunt op ieder moment het onderzoek stop zetten en de toestemming alsnog intrekken.

Als u na het onderzoek nog vragen heeft kunt u contact opnemen met:

Arjan van den Biggelaar, a.vandenbiggelaar@brabantzorg.eu of
Sanne Egelmeers, s.egelmeers@brabantzorg.eu

Ik heb dit formulier gelezen en stem in met de voorwaarden,

.....
Datum

.....
Handtekening participant

2.2 Informed consent voor interview cliënt

Fontys Hogescholen
Hoger Beroeps Onderwijs, Verpleegkunde niveau 5
Ds.Th. Fliednerstraat 2
5631 BN Eindhoven



Brabantzorg, de Watersteeg
Afdeling Revalidatie, Afdelingen Chronische somatiek
Reigerdonk 37
5467 AN, Veghel



Veghel, november 2012

Deelnemer aan het cliëntgericht onderzoek,

U bent gevraagd om deel te nemen aan een onderzoek naar de kloof die de cliënt ervaart bij de overgang van revalidatie naar somatiek. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Arjan van den Biggelaar en Sanne Egelmeers in het kader van de opleiding Verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool Eindhoven.

De bedoeling van dit onderzoek is niet de deelnemers te testen. Het is de bedoeling om de uitkomsten van de onderzoeken te bundelen en deze te gebruiken om een verbetering in de huidige zorg te realiseren.

In dit onderzoek wordt er aandacht gegeven aan de ervaringen, behoeften en emotionele kant van de overgang tussen de revalidatie- en chronische afdeling. U zult in dit interview bevraagd worden over voorgaande aspecten. De vragen worden open gesteld en bieden u de mogelijkheid om in de breedste zin van het woord te antwoorden. Uw uitspraken zullen worden vastgelegd door middel van geluidsopnamen. Deze opnamen zijn alleen bestemd voor het onderzoek en zullen niet beschikbaar zijn voor anderen dan de onderzoekers.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden.

De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om de voorbereiding op eerder genoemde overgang en de zorg na deze overgang te verbeteren en hiermee een hogere kwaliteit van zorg te bieden aan cliënten. Er zal zorg voor gedragen worden dat dit volledig zonder mogelijke identificatie van de participanten gebeurt. U kunt op ieder moment het onderzoek stop zetten en de toestemming alsnog intrekken.

Als u na het onderzoek nog vragen heeft kunt u contact opnemen met:

Arjan van den Biggelaar, a.vandenbiggelaar@brabantzorg.eu of
Sanne Egelmeers, s.egelmeers@brabantzorg.eu

Ik heb dit formulier gelezen en stem in met de voorwaarden,

.....
Datum

.....
Handtekening participant

Bijlage 3: Onderzoeksinstrumenten

3.1 Literatuurstudie

Om efficiënt literatuuronderzoek te doen maakt de afstudeergroep gebruik van een zoekplan. In het zoekplan wordt concreet opgesteld waar mogelijk bruibare informatie te vinden is en op welke woorden gezocht kan worden. Vanuit de literatuur worden de volgende aandachtspunten beschreven;

- Wat is het doel van je bronnenonderzoek
- Wat zijn relevante zoektermen voor de studie
 - Synoniemen voor de zoektermen
 - Gebruik een antoniem
 - Auteurs die mogelijk en verband staan met het onderwerp
 - Engelse vertaling van de begrippen gebruiken
 - Gebruik vakwoordenboeken
 - Thesaurus (termen die gerelateerd zijn aan de ingegeven zoekterm)

De literatuur geeft ook aan dat voorafgaand aan het opzoeken van theorie/informatie er randvoorwaarden gesteld moeten worden. Daarnaast geeft de literatuur ook aan dat je jezelf beperkingen moet stellen. Door dit te doen ben je gericht informatie aan het verzamelen en wordt alleen relevante informatie verzameld.

Mogelijke randvoorwaarden zijn:

- Tijdsbepaling, hoeveel tijd is er beschikbaar?
- Tijdsbepaling, hoeveel tijd is er beschikbaar om documenten door te nemen?
- Financieel, wat is haalbaar op financieel gebied, denk aan printen.
- Meest mogelijk recente informatie
- Taal van de literatuur
- Wat zijn relevante bronnen?

Mogelijke beperkingen:

- Gegevens alleen van laatste vijf jaar gebruiken
- Nederlandse teksten/Engelse teksten
- Artikelen/boeken/internetbronnen
- Soort artikel

De literatuur geeft ook aan waar het best begonnen kan worden met literatuur. Een goed start punt is: Internet, deskundigen op het betreffende terrein, recente afleveringen van tijdschriften en overzichtsartikelen.

Om bovenstaande tips, voorwaarden en beperkingen uit te voeren maakt de afstudeergroep gebruik van een zoekplan. Het zoekplan waar de afstudeergroep mee werkt ziet er als volgt uit.

Doel van literatuuronderzoek is het vinden van informatie over:	
Relevante zoektermen zijn:	
De Engelse equivalenten zijn:	
Om te zoeken heb ik . . . : . . . uur	
Om te schrijven heb ik . . . : . . . uur	
Voor het maken van kopieën en andere kosten heb ik: . . . euro beschikbaar	

De informatie die ik ga zoeken mag niet ouder zijn dan . . . jaar	
Andere kenmerken waar de informatie aan moet voldoen zijn:	
Relevante studieboeken zijn:	
Relevante websites zijn:	
Relevante deskundigen en instituten zijn:	
Relevante tijdschriften zijn:	
Belangrijke auteurs om mijn onderzoeksterrein zijn:	
Het meest recente relevante tijdschrift is:	
Een recent en relevant boek is:	

Aan de hand van bovenstaand zoekplan zal de afstudeergroep informatie, die nodig is voor deelvraag één, zoeken.

Om de tekst die gevonden is te gebruiken gaat de afstudeergroep gebruik maken van methoden om teksten te beoordelen en te analyseren. De gegevens die de afstudeergroep gebruikt zijn voortgekomen uit een workshop.

(Baarde, M.P.M., & Teunissen, 2005)

Beoordelen en analyseren van de bronnen.

Teksten kunnen op verschillende manieren benaderd worden en zullen in onderstaande volgorde benaderd worden door de afstudeergroep om de informatie te gebruiken.

De drie niveaus van lezen zijn:

- Globaal lezen en indicatief samenvatten
- Begrijpend lezen en informatief samenvatten
- Kritisch lezen en beoordelen van wetenschappelijke literatuur

Bij het beoordelen van de tekst zijn een aantal aspecten die belangrijk zijn, hier zal de afstudeergroep dan ook specifiek op letten.

Beoordelingscriteria kritisch lezen:

- Juistheid
- Volledigheid
- Eenzijdigheid
- Status auteur
- Status tijdschrift
- Actualiteit
- Aangehaalde literatuur
- Kwaliteit argumentatie
- Interne en externe validiteit van het onderzoek
- Aantal keren dat naar het artikel is gerefereerd.

Na het analyseren van de teksten zal de afstudeergroep een soort “rapport” maken. Zij schrijven een tekst met daarin de belangrijkste topics. De tekst moet aansluiten bij het beoogde doel wat voor ogen gehouden is gedurende de literatuurstudie.

Interpreteren en rapporteren.

Aanpak:

- Maken van een outline, met hierin de topics

- Schrijven van de tekst
- Reviseren
 - Is de structuur helder?
 - Letten op opbouw argumentatie?
 - Kan de lezer je gedachtegang volgen?
 - Zijn begrippen duidelijk gedefinieerd?
 - Is er op juiste wijze geparafraseerd?
 - Is er op juiste wijze geciteerd?
 - Is de stijl conform de “regels”?
 - Staan er geen grammaticale fouten en spellingfouten in?

(Brand-Gruwel & Wopereis, 2011)

3.2 Interview cliënten

Cliënt gericht onderzoek voor transitie van revalidatie naar een somatische afdeling, 2012
Interview Cliënt blad 2
Respondent:
Naam interviewer: Arjan van den Biggelaar
Datum Afname: Jaar maand . . dag . .

Aanwijzingen voor de interviewer.

1. Vraagvolgorde onbelangrijk, vraag onderwerp volgorde wel belangrijk.
2. Elk interview op aparte band.
3. Respondent nummer noteren bij opnameband
4. Verwijs in het begin naar de aankondigingbrief.

Breng de volgende informatie voorafgaand aan de opname onder de aandacht;

5. Waarom wordt dit interview gehouden
6. Wie is de opdrachtgever
7. Wie worden ondervraagd en waarom deze doelgroep
8. Naar aanleiding van wat wordt dit interview gehouden
9. Wat wordt gedaan met informatie uit de interviews
10. Eind januari wordt de uitkomst geformuleerd
11. Geluidopname is dringend gewenst. Opnames worden uitgetypt zonder dat de respondent zichtbaar wordt. Informatie wordt uitsluitend gebruikt door de afstudeergroep en begeleiding.
12. Anonieme afhandeling van gegevens. Vertrouwelijkheid gegarandeerd. Laat het informed content ondertekenen
13. Duur van het interview tot maximaal 60 minuten.
14. Heeft de respondent voorafgaand aan de start vragen over de introductie brief of het interview.

Noteer: Tijdstip begin interview: . . : . . uur

Schakel opnameapparatuur in.

Vraag 1

Voor u op deze somatische afdeling bent gekomen bent u op de revalidatie opgenomen geweest. Nu ben ik benieuwd hoe de overgang tussen verschillende afdelingen hebt ervaren?

Ik vind het dus belangrijk dat u vertelt hoe u de overgangssituatie hebt ervaren, daarbij kunt u aan alles denken wat in u opkomt, zoals begeleiding, informatie voorziening, steun vanuit familie etc.

Vraag 2

De volgende vraag die ik u wil stellen is; Wat heeft u tijdens de overgang als positief en wat als negatief ervaren? En waar lag dit aan?

Ik vind het hierbij belangrijk om de negatieve punten te horen omdat hier verbeteringen uit voortgebracht kunnen worden maar ook zeker de positieve punten zodat wat er goed gaat gestimuleerd kan worden.

Vraag 3

Naast de overgang is er ook een verschil in afdelingen, qua personeel maar ook qua handelen organiseren, activiteiten etc. Wat zijn de grootste verschillen op somatiek als u dat vergelijkt met de revalidatie afdeling.

Ervaart u deze verschillen als positief of als negatief? Waarom?

Vraag 4

Terugkijkend op de positieve en negatieve ervaringen, wat had u graag anders willen zien in de overgang tussen de revalidatie en somatiek. Wat had er beter geregeld kunnen worden? Wie had dit beter kunnen regelen?

Met deze vraag wil ik suggesties vanuit u horen, zodat wij deze mee kunnen nemen in ons onderzoek.

Vraag 5

De ervaringen die u hebt ondergaan en de behoefte die daarbij komen, hebben vast meer betekenis voor u. Wat betekent de overgang van de revalidatie naar somatiek voor u?

Deze vraag is een gevoelige vraag waarbij ik opzoek ben naar wat het allemaal voor u betekend en betekende. Hierbij kunnen mogelijk emoties een rol in spelen, zoals boosheid, verdriet maar ook plezier en opluchting bijvoorbeeld.

Vraag 6

Als ik terugkijk naar uw ervaringen, behoeften en wat het voor u betekend denk ik dat steun van belang kan zijn. Kunt u mij vertellen welke behoefte van steun u heeft/had bij het verplegend personeel, de therapeuten en de mantelzorgers?

Deze vraag stel ik u omdat ik denk dat er bij de verschillende betrokken verschillende behoeften kunnen zijn.

Vraag 7

Wij willen de bewoners de beste zorg ontvangen en daarom willen we dit onderzoek blijven herhalen en vergelijken. Ik wil u daarom vragen om een cijfer te geven waarmee u de overgang van revalidatie en somatiek beoordeeld. Het cijfer moet tussen de 0 en 10 liggen.

Waarbij;

0 staat voor zeer slecht, er moet sterk iets veranderen.

5 staat voor gemiddeld, er moet nog zeker het een en ander gebeuren.

10 staat voor kan niet beter, de overgang moet blijven zoals deze is.

Slot

Bedanken

Afsluiting

1. Wat was de bedoeling van dit interview (kort hernoemen)
2. Wat gebeurt er met de uitkomst
3. En wat kan de geïnterviewde verwachten

Eventuele opmerkingen?

3.3 Interview naasten

Onderzoek gericht op naasten voor transitie van revalidatie naar een somatische afdeling, 2012	
Interview Naasten blad 1	Respondentnummer: . .
Naam interviewer: Arjan van den Biggelaar	
Datum Afname: Jaar , maand . . , dag . .	

Aanwijzingen voor de interviewer.

1. Vraagvolgorde onbelangrijk, vraag onderwerp volgorde wel belangrijk.
2. Elk interview op aparte band.
3. Respondent nummer noteren bij opnameband
4. Verwijs in het begin naar de aankondigingbrief.

Breng de volgende informatie voorafgaand aan de opname onder de aandacht;

5. Waarom wordt dit interview gehouden
6. Wie is de opdrachtgever
7. Wie worden ondervraagd en waarom deze doelgroep
8. Naar aanleiding van wat wordt dit interview gehouden
9. Wat wordt gedaan met informatie uit de interviews
10. Eind januari wordt de uitkomst geformuleerd
11. Geluidopname is dringend gewenst. Opnames worden uitgetypt zonder dat de respondent zichtbaar wordt. Informatie wordt uitsluitend gebruikt door de afstudeergroep en begeleiding.
12. Anonieme afhandeling van gegevens. Vertrouwelijkheid gegarandeerd. Laat het informed content ondertekenen
13. Duur van het interview tot maximaal 60 minuten.
14. Heeft de respondent voorafgaand aan de start vragen over de introductie brief of het interview.

Noteer: Tijdstip begin interview: . . : . . uur

Schakel opnameapparatuur in.

Vraag 1

Voor uw naaste op somatiek is gekomen heeft hij een lang traject mee gemaakt. Daarbij hebt u waarschijnlijk een belangrijke rol gespeeld en speelt u nog steeds een belangrijke rol. Welke positieve en negatieve ervaringen hebt u met de overgang van de revalidatie naar somatiek?

Deze vraag vind ik belangrijk omdat ik inzicht wil krijgen in hoe u alles hebt ervaren als mantelzorger.

Vraag 2

Daarnaast ziet de mantelzorger vaak hoe de cliënt zich voelt en gedraagt in bepaalde situaties. Hoe heeft volgens u, uw naaste de overgang ervaren? En waar merkte u dit aan?

Vraag 3

Naast dat u de overgang hebt ervaren en beleefd zal u ook bepaalde behoefte hebben gehad in/tijdens de overgang. Welke behoefte had u?

Met de behoeften bedoel ik dus eventuele gebreken maar ook aanvullende behoeften die niet toe te wijzen zijn aan alleen gebreken.

Vraag 4

De ervaringen die u samen met uw naasten hebt ondergaan tijdens de overgang en de behoefte die daarbij heeft gehad, hebben vast meer betekenis voor u. Wat betekend de overgang van revalidatie naar somatiek voor u? en wat voor betekenis heeft het bij uw naaste gehad?

Deze vraag is een gevoelige vraag waarbij ik opzoek ben naar wat het allemaal voor u betekend en betekende. Hierbij kunnen mogelijk emoties een rol in spelen, zoals boosheid, verdriet maar ook plezier en opluchting bijvoorbeeld.

Vraag 5

Als ik terugkijk naar uw ervaringen, behoeften en wat het voor u betekend denk ik dat steun van belang kan zijn. Kunt u mij vertellen welke behoefte van steun u heeft/had bij het verplegend personeel en de betrokken disciplines? En welke steun had, volgens u, uw naaste nodig?

Deze vraag stel ik u omdat ik denk dat er bij de verschillende betrokken verschillende behoeften kunnen zijn.

Vraag 6

Wij willen dat uw naaste de beste zorg ontvangt en daarom willen we dit onderzoek blijven herhalen en vergelijken. Ik wil u daarom vragen om een cijfer te geven waarmee u de overgang van revalidatie naar somatiek beoordeeld. Het cijfer moet tussen de 0 en 10 liggen.

Waarbij;

0 staat voor zeer slecht, er moet sterk iets veranderen.

5 staat voor gemiddeld, er moet nog zeker het een en ander gebeuren.

10 staat voor kan niet beter, de overgang moet blijven zoals deze is.

Slot

Bedanken

Afsluiting

4. Wat was de bedoeling van dit interview (kort hernoemen)
5. Wat gebeurt er met de uitkomst
6. En wat kan de geïnterviewde verwachten

Eventuele opmerkingen?

3.4 Focusgroep CCP'ers revalidatie

De focusgroep wordt middels CCI gehouden. Per thema worden post-its uitgedeeld en op die post-its schrijven de CCP'ers hun claims, concerns en issues. De term 'claim' verwijst naar verwachtingen ten aanzien van het beleid of programma, 'concerns' naar zorgen, en 'issues' naar discussiepunten.

Middels deze methode krijgt met inzicht in ervaringen en ideeën.

Door alle post-its te verzamelen en te gaan clusteren ontstaan er thema's. De groep kan actief mee denken en met elkaar gaan discussiëren.

Kernvragen voor dit onderzoek

- Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden van de revalidatie en somatiek de ontslagfase van de cliënt vanuit de revalidatie → Wat gaat er goed en wat gaat er fout?
- Welke suggesties hebben verpleegkundigen en verzorgenden van revalidatie en somatiek om de overgang te verbeteren?

Introductie

- Iedereen naambordje laten invullen als zij binnen komen
- Welkom heten
- Voorstellen van de afstudeergroep (gespreksleider en assistent)
- Waarom dit onderzoek / waarom deze bijeenkomst
- Hoe ziet deze bijeenkomst eruit (uitnodigen om mening te uiten en respect te tonen)
- Hoe lang de bijeenkomst zal duren
- Uitleg geluidsopname / wat er met de opnames gebeurt
- Vragen voor we beginnen

Introductievragen

Eerst houden we een open ronde.

- Hoe ervaar jijzelf de procedure bij overgang van revalidatie naar somatiek, op dit moment?

Informatie behoefte en voorziening

- Hoe verlopen familie- en ontslaggesprekken en wat vinden jullie van de informatieverstrekking hierbij?

Toekomst

- Als we gaan kijken naar de overgang tussen de afdelingen voor de cliënt. Wat vinden jullie van de acties die het verplegend team verrichten om de cliënt te laten wennen aan het idee dat zij naar een andere setting gaan?

Nazorg

- Hoe verloopt de nazorg die jullie als verplegend personeel op dit moment bieden aan de cliënten?

Psychosociaal

- Wat voor zorg wordt geboden op psychosociaal vlak? Met psychosociaal vlak bedoelen wij bijvoorbeeld acceptatie, depressie, de stemming etc.

Mantelzorg

- Hoe wordt de mantelzorger bij het proces van de cliënt betrokken? Zij komen mogelijk ook in een rouwproces en voor hun zal er ook veel veranderen.

Ideeën CCP'ers (*algemene ronde, geen CCI*)

- Wat voor mogelijke ideeën weet jij om de kloof die de cliënten ondervinden na ontslag bij de revalidatie te verminderen?

Afrondende vraag (*algemene ronde, geen CCI*)

- Stel: Je mag vandaag twee interventies op de afdeling toepassen, zodat de kloof die cliënten ervaren verminderd wordt. Je hebt voldoende geld en tijd tot je beschikking.

Samenvatting en conclusie

- Samenvatting van de vragen
- Zijn wij iets vergeten te vragen? Heb je nog op- of aanmerkingen over deze bijeenkomst

Afsluiting en dankwoord

3.5 Interview CCP'ers somatiek

Clïënt gericht onderzoek voor transitie van revalidatie naar een somatische afdeling, 2012
Interview CCP'er Somatiek
Respondent:
Naam interviewer: Sanne Egelmeers
Datum Afname: Jaar maand . . dag . .

Aanwijzingen voor de interviewer.

1. Vraagvolgorde onbelangrijk, vraag onderwerp volgorde wel belangrijk
2. Elk interview op aparte band
3. Respondent nummer noteren bij opnameband

Breng de volgende informatie voorafgaand aan de opname onder de aandacht;

4. Waarom wordt dit interview gehouden
5. Wie is de opdrachtgever
6. Wie worden ondervraagd en waarom deze doelgroep
7. Naar aanleiding van wat wordt dit interview gehouden
8. Wat wordt gedaan met informatie uit de interviews
9. Eind januari wordt de uitkomst geformuleerd
10. Geluidopname is dringend gewenst. Opnames worden uitgetypt zonder dat de respondent zichtbaar wordt. Informatie wordt uitsluitend gebruikt door de afstudeergroep en begeleiding.
11. Anonieme afhandeling van gegevens. Vertrouwelijkheid gegarandeerd.
12. Duur van het interview tot maximaal 30 minuten.
13. Heeft de respondent voorafgaand aan de start vragen over de introductie brief of het interview.

Noteer: Tijdstip begin interview: . . : . . uur

Schakel opnameapparatuur in.

Vraag 1

Hoe ervaar jijzelf de procedure bij overgang van revalidatie naar een somatische afdeling, op dit moment?

Vraag 2

Hoe verlopen opname- en familiegesprekken en wat vind jij van de informatieverstrekking hierbij?

Vraag 3

Hoe worden cliënten en familie ontvangen op de afdeling?
(wat gaat goed, minder goed en wat zou hier aan verbeterd kunnen worden?)

Vraag 4

Wordt er op het moment nazorg aan de cliënt geboden vanuit revalidatie of andere disciplines?
Zo ja, wat? Zo nee? Wat vind je van dit idee?

Vraag 5

Hoe worden cliënten begeleidt bij gevoelens die loskomen bij verwerking (rouwproces)?

Vraag 6

Hoe wordt de mantelzorger bij het proces van de cliënt betrokken? Zij komen mogelijk ook in een rouwproces en voor hun zal er ook veel veranderen.

Vraag 7

Hoe verloopt het contact tussen de CCP'ers van de revalidatie en de CCP'ers van somatiek?
(Gaat goed, minder goed en verbetering)

Vraag 8

Wat voor mogelijke ideeën weet jij om de kloof die de cliënten ondervinden na ontslag bij de revalidatie verminderen?

Slot

Bedanken

Afsluiting

7. Wat was de bedoeling van dit interview (kort hernoemen)
8. Wat gebeurt er met de uitkomst
9. En wat kan de geïnterviewde verwachten

Eventuele opmerkingen?

3.6 Interview Maatschappelijk werk + psycholoog

Onderzoek voor transitie van revalidatie naar een somatische afdeling, 2012	
Interview discipline blad 1	Respondentnummer: . .
Naam interviewer:	
Naam notulist:	
Datum Afname: Jaar , maand . . , dag . .	

Aanwijzingen voor de interviewer.

1. Topics staan vast, de volgorde kan wijzigen.
2. Verwijs in het begin naar de aankondigingmail.

Aanwijzingen voor de notulist.

3. Samenvatten van antwoorden.
4. Goedkeuring vragen van de geschreven samenvatting (aan discipline)

Breng de volgende informatie voorafgaand aan de opname onder de aandacht;

5. Waarom wordt dit interview gehouden
6. Wie is de opdrachtgever
7. Wie worden ondervraagd en waarom deze doelgroep
8. Naar aanleiding van wat wordt dit interview gehouden
9. Wat wordt gedaan met informatie uit de interviews
10. Eind januari wordt de uitkomst geformuleerd
11. Benoemen taken notulist
12. Duur van het interview tot maximaal 60 minuten.
13. Heeft de respondent voorafgaand aan de start vragen over de introductie brief of het interview.

Noteer: Tijdstip begin interview: . . : . . uur

Inleiding

- Naam van respondenten
- Functie van respondenten
- Afdeling waar zij werkzaam zijn

Vraag 1

Wanneer de cliënt op somatiek komt, ervaren zij een kloof op het gebied van activiteiten en ondersteuning vanuit de disciplines.
Is dit gevoel voor u herkenbaar?

Doorvraagmogelijkheden: Zo ja, wat is er dan herkenbaar?

Vraag 2

Zijn jullie nog betrokken bij de cliënt wanneer zij overgegaan zijn naar somatiek en wat voor zorg bieden jullie aan de cliënten?

Vraag 3

Zijn jullie naast de cliënt ook betrokken bij de naasten om hen te ondersteunen?

Doorvraagmogelijkheden: Zo ja, waarin en hoe ondersteunen jullie de naasten?

Wat kan de familie volgens jullie betekenen om de zin van het leven bij de cliënt dragelijk te kunnen maken?

Vraag 4

Wij denken dat het verplegend personeel ook een rol kan spelen in de begeleiding van de cliënt tijdens en na de ontslagfase. Daarbij is onze vraag:

Wat kan het verplegend personeel van beide afdelingen doen om de cliënt beter te begeleiden tijdens deze fase?

Doorvraagmogelijkheid: Verschil tussen acties vanwege andere visie.

Vraag 5

Naast het verplegend personeel heeft ons inziens de familie veel invloed op de cliënt. Wat kan de mantelzorger voor de cliënt betekenen als het gaat om begeleiding tijdens de overgang?

Doorvraagmogelijkheden: In de revalidatiefase, maar ook op somatiek.

Vraag 6

Vanuit de opdrachtgever hebben wij begrepen dat de cliënt en naasten in nieuwe situaties het moeilijk vindt om te anticiperen. In welke nieuwe situaties denkt u dat de cliënt en zijn naasten het moeilijk vinden om te anticiperen.

Doorvraagmogelijkheden: Wat maakt het volgens u dat de cliënt en zijn naasten het moeilijk vindt om in deze nieuwe situaties te anticiperen?

Zowel lichamelijk als geestelijk. Te denken valt aan acceptatie, coping, afhankelijkheid/eenzaamheid, persoonlijke aandacht, mantelzorg, omgang met beperkingen, activiteiten, rouwverwerking.

Slot

Bedanken

Afsluiting

10. Wat was de bedoeling van dit interview (kort hernoemen)

11. Wat gebeurt er met de uitkomst

12. En wat kan de geïnterviewde verwachten

Eventuele opmerkingen?

3.7 Observatie opnamegesprekken

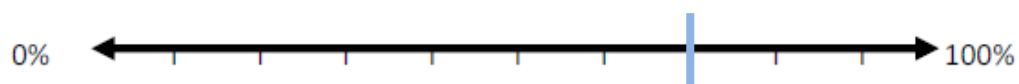
Onderwerp	Observatiepunt	Uitkomst	Tijd
<i>Revalidatie traject</i>			Opname gesprek: uur
	<i>Therapieën</i>		
	<i>Mantelzorg (Ook aanwezigheid)</i>		
	<i>Psychosociaal</i>		
	<i>Hoeveelheid informatie voorziening</i>		
	<i>Zorgmomenten</i>		
<i>Toekomst</i>			
	<i>Locatie na revalidatie</i>		
	<i>Mantelzorg</i>		

Bijlage 4: Uitwerking CAI

Stap 2: Percentage per persoon per element

Cultuur

Nummer 1:



Nummer 2:



Leiderschap

Nummer 1:

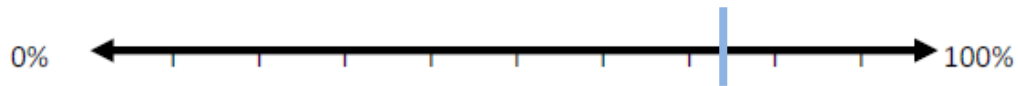


Nummer 2:

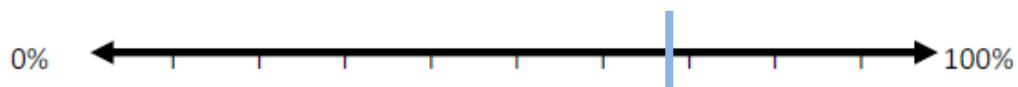


Evaluatie

Nummer 1:



Nummer 2:



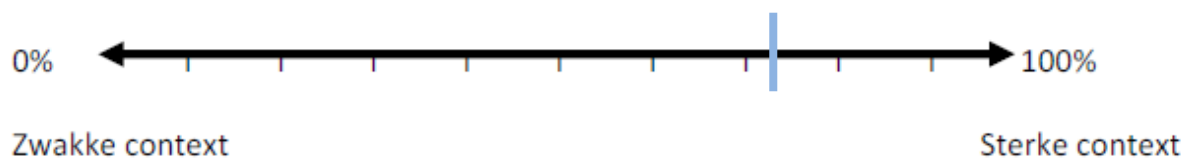
Stap 3: Totale individuele score

Context

Nummer 1:



Nummer 2:



Stap 5: Lage scores

Zwakke stellingen van somatiek:

Stelling 2	Afspraken die gemaakt worden op de afdeling, worden duidelijk door alle medewerkers gedocumenteerd.
Stelling 3	De zorgprofessionals zijn actief met de ontwikkeling / aanpassing van de geleverde zorg bezig.
Stelling 4	Alle aspecten van zorg / behandeling zijn gebaseerd op kennis van (praktijk) onderzoek.
Stelling 13	Zorgprofessionals zijn zich er van bewust dat hun eigen attitude en overtuigingen invloed hebben op de uitvoering van de zorg.
Stelling 14	Patiënten participeren actief in hun eigen zorg.
Stelling 18	Relevante informatie is voor alle patiënten toegankelijk (eventueel folders met groot lettertype, gesproken informatie).
Stelling 20	De zorgverlening is gebaseerd op een uitgebreide anamnese.
Stelling 22	De zorgprofessionals bespreken de zorg samen met de patiënten.
Stelling 24	Afdelingsverpleegkundigen reflecteren (systematisch) op hun functioneren, (interview, Action learning sets) om de zorg te evalueren en te ontwikkelen.
Stelling 27	Er is kennis gebaseerd op evidence beschikbaar voor de zorgprofessionals op de afdeling.
Stelling 35	De organisatie is niet hiërarchisch. Beslissingen worden op verschillende plaatsen genomen.
Stelling 36	De afdelingsvisie en de daaruit afgeleide doelstellingen met betrekking op de patiëntenzorg, worden door het team gedeeld.

Zwakke stellingen van revalidatie:

Stelling 13	Zorgprofessionals zijn zich er van bewust van dat hun eigen attitude en overtuigingen invloed hebben op de uitvoering van de zorg.
Stelling 14	Patiënten participeren actief in hun eigen zorg
Stelling 18	Relevante informatie is voor alle patiënten toegankelijk (eventueel folders met groot letter type, gesproken informatie)
Stelling 24	Afdelingsverpleegkundigen reflecteren (systematisch) op hun functioneren, (interview, ALS) om de zorg te evalueren en te ontwikkelen.
Stelling 26	Het verpleegkundig team staat open voor culturele diversiteit
Stelling 27	Er is kennis gebaseerd op evidence beschikbaar voor de zorgprofessionals op de afdeling
Stelling 32	Richtlijnen en protocollen, gebaseerd op best practice, patiënten ervaring, klinische ervaring, onderzoek) zijn beschikbaar
Stelling 34	Er zijn middelen als computer en databanken, om zorgverleners op evidence te baseren (EBP).

Stap 5: Hoge scores

Sterke stellingen somatiek:

Stelling 7	Deskundigheidsbevordering / scholing heeft prioriteit op de afdeling
Stelling 9	Zorgprofessionals krijgen klachten die de afdeling betreffen, te horen
Stelling 10	Zorgverleners binnen een multidisciplinair team / behandelteam hebben een gelijkwaardige beslissingsbevoegdheid
Stelling 11	Uitskomsten van onderzoek / visitaties worden gebruikt om zorg aan te passen

Sterke stellingen revalidatie:

Stelling 6	Zorgprofessionals creëren de mogelijkheden voor patiënten om mee te beslissen over hun eigen zorg
Stelling 25	Het management van de instelling waardeert het als teams zelfstandig functioneren
Stelling 37	Er zijn scholingprogramma's voor alle zorgprofessionals aanwezig

Bijlage 5: Aanbevelingen

Hiaten	Aanbevelingen	Implementatiestrategie	Acties
Informatietekort			
In de ontslagfase krijgen cliënten en naasten weinig tot geen informatie over toekomst	• Informatiefolders betreffende somatiek worden voor de afdeling revalidatie beschikbaar gesteld • Casemanager zorgt dat de juiste folders, gericht op de toekomstige afdeling, aanwezig zijn • De informatiefolders worden direct bij bekendheid van ontslag overhandigd aan de cliënt, door het verplegend personeel • Cliënten en naasten krijgen de mogelijkheid om voor de verhuizing te gaan kijken op de toekomstige afdeling	• Educatieve praktijkbezoeken • Reminders • Lokal consensusprocessen	• De manager revalidatie neemt contact op met de casemanager die ervoor zorgt dat folders over de toekomstige somatische afdeling, op afdeling revalidatie terecht komt. • Het verplegend personeel beschikt over de folders en krijgen informatie vanuit de aangewezen facilitator over de toepassing hiervan. • Aan de hand van reminders wordt het verplegend personeel gestimuleerd om de folders af te blijven geven bij ontslag. • Middels een bijeenkomst tussen de zorgverleners van revalidatie en somatiek wordt er afgestemd hoe de cliënten en naasten op de hoogte worden gesteld over een mogelijk bezoek op de toekomstige afdeling.
Verplegend personeel Revalidatie heeft te weinig kennis over somatiek	• De casemanager stuurt een document over somatiek naar het verplegend team van revalidatie	• Verspreiding van educatief materiaal	• De casemanager stelt een document op wat betreft het reilen en zeilen van de somatiek. Dit document zal aan het verplegend personeel gemaild worden.
Weinig terugkoppeling naar cliënten en naasten	• Disciplines koppelen 1 maal per week terug aan de cliënt. Wanneer vaker nodig blijkt, wordt dit gedaan • Verpleegkundigen koppelen in de	• Educatieve bijeenkomsten • Lokal consensusprocessen • Feedback • Persoonlijke interviews	• Middels een bijeenkomst worden disciplines op de hoogte gesteld van de nieuwe werkwijze, betreft de terugkoppeling.

	ontslagfase, bij veranderingen, terug aan cliënt en de naasten wat betreft de toekomst De terugkoppeling door het verplegend personeel aan naasten verloopt door middel van mail- of telefonisch contact. Dit betreft informatie waar de naasten van op de hoogte moeten zijn		- Het verplegend personeel wordt door een aangewezen facilitator gestimuleerd om in de ontslagfase terugkoppeling te geven over de toekomst. Door middels van feedback zorgt de facilitator er voor dat er een evaluatiemoment omtrent het ontslag plaats vindt. - Naasten worden persoonlijk geïnterviewd met daarin het onderwerp 'terugkoppeling'. Dit gebeurt in het laatste familiegesprek door de CCP'ers.
Rondleiding op toekomstige afdeling	Er worden eenduidige afspraken gemaakt omtrent het bezoek van cliënten en naasten aan de toekomstige afdeling dat plaats vindt tijdens de ontslagfase	Lokal consensusprocessen	Middels een discussiebijeenkomst tussen de zorgverleners van revalidatie en somatiek worden er afspraken van gemaakt wat betreft het bezoek op de nieuwe afdeling.
De overdracht			
Tijdens de overdracht geen telefonisch of mondeling contact	- Wanneer een cliënt bijzonderheden heeft waarmee rekening gehouden moet worden, neemt het verplegend personeel van revalidatie contact op met somatiek - Wanneer somatiek na opname vragen heeft wat betreft onduidelijkheden, nemen zij telefonisch contact op met revalidatie	- Reminders - Lokal consensusprocessen	- Het verplegend personeel van somatiek en revalidatie komen bij een in een overleg om af te stemmen wanneer zij contact op nemen met elkaar, deze wordt gefaciliteerd door de managers somatiek en revalidatie - Managers revalidatie en somatiek stimuleren het personeel in teamoverleg om indien nodig contact op te nemen tussen de afdelingen. Tevens wordt er in het teamoverleg geëvalueerd of het contact tussen de afdelingen nodig is.
Na definitief besluit krijgen de cliënt en naasten te weinig kans om te wennen aan de nieuwe situatie. Dit	De cliënt en naasten worden vroegtijdig voorgelicht over mogelijk weinig tijd die zij krijgen om te wennen aan het definitieve besluit	- Educatieve bijeenkomsten - Feedback	Het verplegend personeel van revalidatie wordt door de facilitator ingelicht over het bestaande probleem en de aanbeveling. Door middel van

komt door de snelle overgang naar somatiek.	De verpleegkundigen geven de voorlichting wanneer duidelijk is dat de cliënt niet meer in staat is om naar huis te kunnen		observeren kan er gereflecteerd worden op het nieuwe handelen. Aan de hand van het MDO kan de verpleegkundige een keuze maken over wanneer de voorlichting gegeven wordt.
compleetheid/actualiteit van het zorgdossier	- Het verplegend personeel van revalidatie passen het dossier van de cliënt aan, bij iedere verandering die betrekking heeft op het zorgplan - Bij het definitieve besluit, dat de cliënt naar somatiek gaat, zorgt het verplegend personeel van revalidatie dat het zorgdossier actueel is. Eventueel worden veranderingen aangepast - Het verplegend personeel van revalidatie vult na het definitieve besluit, dat de cliënt naar somatiek gaat, het PGD (Persoonlijk Gezondheidsdossier) samen met de cliënt in	- Educatieve praktijkbezoek - Feedback - Lokal consensusprocessen	- De zorgmanager van revalidatie activeert de CCP'ers om de kwaliteit van zorg te behouden, door het zorgdossier up-to-date te houden. Door middel van feedback wordt er geobserveerd en geëvalueerd op de aanbeveling, dit gebeurt tijdens het CCP-overleg. - De afstudeergroep introduceert het nieuwe PGD product aan het verplegend personeel van revalidatie en somatiek. Na 10 weken wordt er door middel van een discussiebijeenkomst het persoonlijk gezondheidsdossier geëvalueerd en mogelijk aangepast.
Verandering van het leven			
Vershil in dagindeling tussen revalidatie en somatiek	- Op de revalidatie worden de therapieën geleidelijk aan verminderd - Het verplegend personeel van somatiek biedt begeleiding in het maken van de dagindeling van de cliënt	- Educatief praktijkbezoek - Reminders	- Per afdeling van revalidatie wordt er één CCP'er aangewezen om tijdens het laatste MDO disciplines te stimuleren om tot een overeenstemming te komen om de zorg af te gaan bouwen. - De manager van somatiek stimuleert de CCP'ers biedt begeleiding om samen met de cliënt een dagindeling te maken. De manager haalt de aanbeveling aan tijdens teamvergaderingen.
Accepteren van het 'nieuwe'	Het verplegend personeel van	Educatieve bijeenkomst	De personeelsleden van somatiek en

leven	revalidatie en somatiek hebben meer inzicht in het rouwproces van de cliënt en naasten en kunnen hen hier beter in begeleiden • De lesmodule rouwbegeleiding wordt opgenomen in een scholing. In deze module komt o.a. het SCHOON-model naar voren • In het psychosociaal overleg komt o.a. het SCHOON-model naar voren die de disciplines kunnen gebruiken tijdens cliëntbesprekingen of bij voorlichting aan het verplegend personeel	• Reminders • Feedback • Verspreiding van educatief materiaal	revalidatie krijgen een scholing over het herkennen en begeleiden van een rouwproces. • De afstudeergroep levert materiaal aan om te verwerken in een module die tijdens de lessen gegeven kan worden. • In de cliëntbespreking zal de les stof die behandeld is, geïntegreerd worden waardoor er bij rouwcasussen terug gepakt wordt op dit onderwerp. • In het psychosociaal overleg wordt terug gekoppeld of de les module voldoende ondersteuning biedt aan het verplegend personeel.
Naasten worden niet opgevangen bij eigen rouwproces	• Het verplegend personeel van revalidatie en somatiek kunnen door middel van de lesmodule het rouwproces van de naasten signaleren en aan de hand hier van worden mogelijk gesprekken ingepland.	• Verspreiding van educatief materiaal • Educatieve bijeenkomst	• De afstudeergroep levert materiaal aan om te verwerken in een module die tijdens de lessen gegeven kan worden. • Het verplegend personeel van somatiek krijgt een les aangeboden waarin rouwbegeleiding een plaats krijgt.
Verandering van zorgactiviteiten (Somatiek neemt zorg gemakkelijker over van de cliënt)	• De onafhankelijkheidskaart wordt geïntegreerd in de dagindeling van somatiek • Het verplegend personeel van somatiek neemt de zorgmomenten van revalidatie over uit het zorgdossier	• Verspreiden van educatief materiaal • Educatieve bijeenkomst • Feedback	• De afstudeergroep biedt de onafhankelijkheidskaart aan, aan de praktijk. • De afstudeergroep zal in de eindpresentatie de onafhankelijkheidskaart introduceren en toelichten. • Tijdens de teamvergadering van somatiek wordt geëvalueerd of de zorg die vanuit revalidatie mee komt toegepast wordt of haalbaar is.

Afhankelijkheid			
Bepalen van eigen zorg en dagindeling	De onafhankelijkheidskaart wordt geïntegreerd in de dagindeling van somatiek	- Verspreiden van educatief materiaal - Educatieve bijeenkomst	- De afstudeergroep biedt de onafhankelijkheidskaart aan, aan de praktijk. - De afstudeergroep zal in de eindpresentatie de onafhankelijkheidskaart introduceren en toelichten.

Bijlage 6: Implementatieproducten

6.1 Persoonlijk gezondheidsdossier

Persoonlijk Gezondheidsdossier

Indien er vragen zijn of bent u bezorgd,
Neem contact op met,

Indien afwezig kunt u contact opnemen met de andere
contactpersonen van het verpleegkundig team.



Dit dossier is voor u zelf en biedt informatie en ondersteuning in uw
zelfredzaamheid

Persoonlijk gezondheidsdossier van

Persoonlijke informatie

Afdeling:

Kamer:

Telefoonnummer:

Alternatief telefoonnummer:

Volledige naam cliënt:

Geboortedatum:

Revalidatie informatie

Opnamedatum: __/__/____ ontslagdatum: __/__/____

Reden van opname:

Eerste contact persoon van cliënt

Naam:

Telefoonnummer:

Alternatief telefoonnummer:

Relatie tot patiënt:

Medische achtergrond

- ☐ Artritis
- ☐ Hart ritme stoornis
- ☐ Kanker
- ☐ Diabetes
- ☐ Vaatlijden
- ☐ Hart ziekten
- ☐ Hartfalen
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ Heup fractuur
- ☐ Arm fractuur
- ☐ Longziekten
- ☐ Longontsteking
- ☐ Beroerte

Andere diagnoses:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Om mijn zelfredzaamheid te vergroten in de zorg en eventueel met mijn medicatie, zal ik

- Ik neem dit persoonlijk gezondheidsdossier met mij mee indien ik mijn arts of eventueel andere zorg instellingen bezoek.
- Neem contact op met de eerste contact persoon van de afdeling over informatie van mijn medicatie.
- Heb ik kennis van de medicatie die ik gebruik en kan dit vertellen aan de arts. Dit is inclusief alternatieve medicatie als vitaminen en andere “plantaardige” medicatie.
- Zorg ervoor dat ik altijd de meest up to date medicatie lijst in bezit heb.
- Kennis hebben over de hoeveelheid, wanneer en hoe lang ik de medicatie gebruik
- De eventuele bijwerkingen van medicatie kennen en contact op nemen met mijn eerste contact persoon.

Medicatie Dossier

Voeg medicatielijst toe en reden van medicatie gebruik.

Activiteiten Checklist

Voor ik de revalidatieafdeling verlaat, zijn de volgende taken voldaan.

- ☐ Ik ben op de hoogte van het besluit, wat na de revalidatie gaat gebeuren.
- ☐ Ik begrijp waar ik na de revalidatie naar toe ga en wat er gaat gebeuren wanneer ik op de nieuwe afdeling kom.
- ☐ Ik begrijp mijn medicatielijst en weet waar de medicatie voor is.
- ☐ Wanneer ik merk dat de er bijwerkingen van medicatie optreden weet ik met wie ik contact op kan nemen.
- ☐ Ik begrijp ken de symptomen die passen bij mijn ziektebeeld. Indien nodig weet ik met wie ik contact op moet nemen.
- ☐ Ik ben in staat om de zorg zo aan te passen dat mijn ziektebeeld niet erger wordt en ik niet meer beperkt wordt in mijn handelen.
- ☐ Voor ik met ontslag ga hebben de arts en de eerste contact persoon mijn meest belangrijke vragen beantwoord.
- ☐ Mijn contact persoon weet waar ik heen ga na de revalidatie en weten wat er nodig is op de nieuwe afdeling.
- ☐ Op de nieuwe afdeling wordt er een afspraak gepland met de arts en cliënt contact persoon van de afdeling om de zorg en verwachtingen in te bespreken.

6.2 Onafhankelijkheidskaart

Clïënt

1								
	<table><tr><td>Ma</td><td>Di</td><td>Woe</td><td>Do</td><td>Vrij</td><td>Za</td><td>Zo</td></tr></table>	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo		
2								
	<table><tr><td>Ma</td><td>Di</td><td>Woe</td><td>Do</td><td>Vrij</td><td>Za</td><td>Zo</td></tr></table>	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo		
3								
	<table><tr><td>Ma</td><td>Di</td><td>Woe</td><td>Do</td><td>Vrij</td><td>Za</td><td>Zo</td></tr></table>	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo		
4								
	<table><tr><td>Ma</td><td>Di</td><td>Woe</td><td>Do</td><td>Vrij</td><td>Za</td><td>Zo</td></tr></table>	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo		
5								
	<table><tr><td>Ma</td><td>Di</td><td>Woe</td><td>Do</td><td>Vrij</td><td>Za</td><td>Zo</td></tr></table>	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo		

Mantelzorger

1							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
2							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
3							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
4							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
5							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo

Verpleging

1							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
2							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
3							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
4							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo
5							
	Ma	Di	Woe	Do	Vrij	Za	Zo