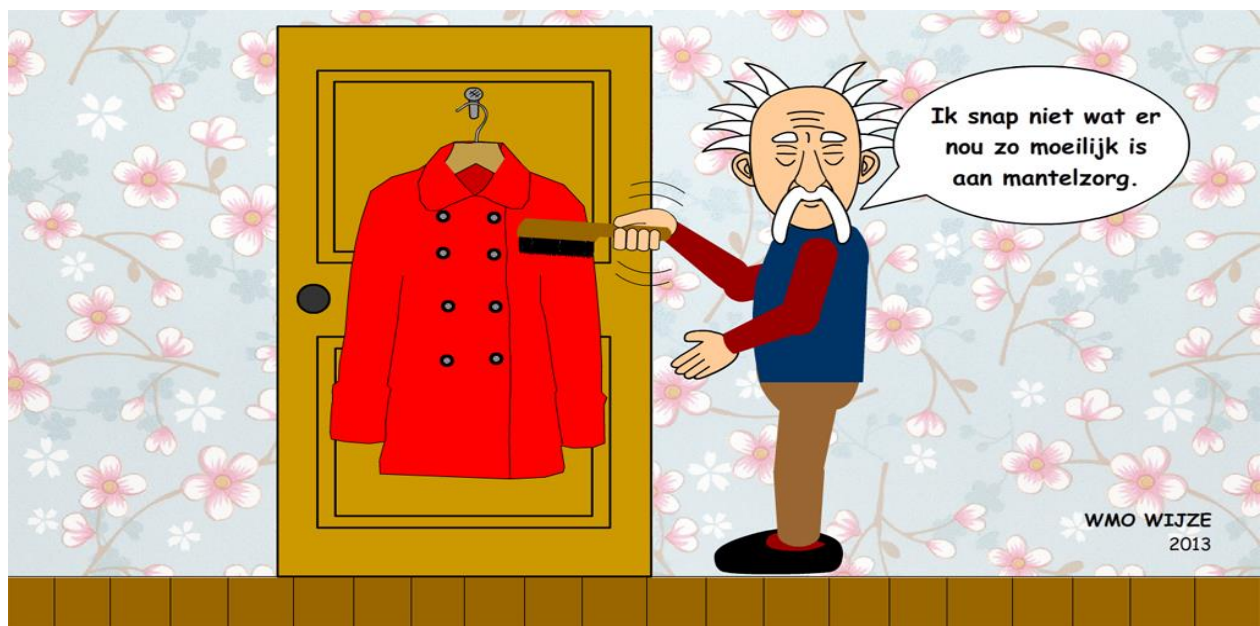


Mantelzorger in beeld

Een onderzoek naar het betrekken van de mantelzorger bij het revalidatieproces



Praktijkonderzoek afstuderen HBO-V

Studenten	Sjannie Blox, studentnummer: 2219701 Karin Stolk, studentnummer: 2212818
Afstudeergroep	Bf2
Projectbegeleider	Christi Nierse
Examinator	Corry Hoogendoorn
Opdrachtgever	Vitalis Wissehaege, Jacqueline Mathijssen
Datum	19 januari 2015
Opleiding	Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven Branche MGZ/AGZ

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding van het onderzoek	6
1.2 Probleembeschrijving	8
1.3 Probleemstelling	9
1.4 Deelvragen	9
1.5 Doelstelling	10
2. Deelvraag 1	11
2.1 Literatuuronderzoek	11
2.2 Resultaten literatuuronderzoek	11
2.3 Conclusie literatuuronderzoek.....	14
2.4 Topics voor de individuele interviews.....	15
3. Deelvraag 2	16
3.1 Methoden.....	16
3.1.1 Onderzoeksbenadering	16
3.1.2 Dataverzamelingstechniek.....	16
3.1.3 Onderzoekspopulatie	17
3.1.4 Instrumenten	19
3.1.5 Dataverwerking en data-analyse.....	21
3.1.6 Waarborging kwaliteit van het onderzoek	21
3.2 Resultaten	22
3.2.1 Huidige situatie op de afdeling	22
3.2.2 Conclusie	28
3.3.3 Wenselijke situatie volgens de teamleden	28
3.3.4 Conclusie	31
4. Deelvraag 3	33
4.1 Methoden.....	33
4.1.1 Onderzoeksbenadering	33
4.1.2 Dataverzamelingstechniek.....	33
4.1.3 Onderzoekspopulatie	34
4.1.4 Instrumenten	36
4.1.5 Dataverwerking en data-analyse.....	39
4.1.6 Waarborging kwaliteit van het onderzoek	39
4.2 Resultaten	40
4.2.1 Huidige situatie op de afdeling	40

4.2.2 Wenselijke situatie volgens de mantelzorgers	45
4.3 Conclusie	48
5. Conclusie en aanbevelingen	50
5.1 Conclusie	50
5.2 Aanbevelingen	52
6. Discussie	54
5. Implementatie.....	56
5.1 Het Parijs raamwerk	56
5.2 Factoren van invloed op revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege	57
5.2.1 Evidence	57
5.2.2 Context.....	58
5.2.3 Faciliteren	60
5.3 Implementatieplan	60
Literatuur	63
Bijlage 1: Verdeling van deelvragen per onderzoeker	68
Bijlage 2: Topics voor de individuele interviews	69
Bijlage 3: Topics voor focusgroep interview verpleegkundigen en verzorgenden	70
Bijlage 4: Thematische analyse volgens het 6-fasen model van Braun en Clarke	72
Bijlage 5: Thema's voorgelegd aan mantelzorgers van het focusgroep interview.....	76
Bijlage 6: Beoordeling onderzoeksartikel	78
Bijlage 7: Samenvatting onderzoeksartikel	81
Bijlage 8: Opnamechecklist met bijlage	83
Bijlage 9: Afdelingsfolder.....	89

Voorwoord

Voor u ligt het rapport dat wij hebben geschreven in het kader van de afstudeerfase aan de Fontys Hogeschool voor Verpleegkunde te Eindhoven. Wij doen hierin verslag over ons praktijkonderzoek naar het betrekken van mantelzorgers op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege bij het revalidatieproces. Het uitvoeren van een praktijkonderzoek is een proeve van bekwaamheid voor de hbo-verpleegkundige met het accent op het doorlopen en verantwoorden van de volledige onderzoekscyclus, de praktijk voorzien van een gedegen aanzet voor implementatie van een kwaliteitsverbetering en projectvaardigheden.

De opdracht voor dit onderzoek is verleend door mevrouw J. Mathijssen, afdelingshoofd van de revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege. Haar vraag was om te onderzoeken hoe de mantelzorger een duidelijk beschreven functie kan hebben in het zorgproces waarbij de wederzijdse verwachtingen helder zijn en nageleefd worden.

Tijdens de opname op een revalidatieafdeling spelen mantelzorgers een belangrijke rol bij het herstel. Cliënten zijn vaak beter gemotiveerd en meer op hun gemak als een naaste betrokken is en dat draagt bij aan een effectief verloop van de revalidatie. Daarnaast kan de mantelzorger betere zorg bieden na ontslag als deze betrokken wordt bij oefeningen en behandelingen.

Uit landelijk onderzoek komt naar voren dat bijna 80 procent van de mantelzorgers één of meerdere knelpunten in de relatie met de zorginstelling ervaart.

Ook binnen Vitalis Wissehaege speelt de samenwerking tussen de mantelzorger en zorgprofessional een steeds grotere rol. Op de revalidatieafdeling verloopt deze samenwerking door de onduidelijke wederzijdse verwachtingen niet altijd adequaat. In dit praktijkonderzoek zijn door middel van interviews de ervaringen en verwachtingen van mantelzorgers, verpleegkundigen en verzorgenden geïnventariseerd. In combinatie met de bevindingen uit literatuuronderzoek zijn conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

Graag willen wij Jacqueline Mathijssen, onze opdrachtgever, bedanken voor het vertrouwen dat zij in ons gesteld heeft. De verpleegkundigen, verzorgenden en mantelzorgers van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege willen wij bedanken voor de deelname aan de interviews. Christi Nierse, onze project begeleider, bedanken wij voor alle feedback, haar enthousiasme en aanmoediging. Tot slot een woord van dank aan Bart Langenveld en Mariette van den Broek, onze referentiegroep, voor hun feedback en hun morele steun.

Wij hopen dat wij de verpleegkundigen en verzorgenden van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege met de resultaten van dit onderzoek handvatten kunnen bieden hoe zij mantelzorgers zodanig bij het revalidatieproces kunnen betrekken dat de samenwerking tussen mantelzorgers en verpleegkundigen is afgestemd op wederzijdse verwachtingen en behoeften waardoor de revalidatie positief beïnvloedt wordt.

Eindhoven, januari 2015

Sjannie Blox en Karin Stolk

Samenvatting

Binnen de hervormingen in de zorg wordt het inzetten van mantelzorgers in het zorgproces steeds belangrijker omdat door de stelselwijziging meer zorg bij het sociale netwerk van cliënten komt te liggen.

Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat mantelzorgers een belangrijke rol spelen bij het herstel van cliënten op een revalidatieafdeling. Hoewel het belang om mantelzorgers te betrekken bij de revalidatie door zorgprofessionals wordt erkend, laat ander onderzoek zien dat dit in de praktijk niet altijd waargemaakt wordt.

Ook binnen Vitalis Wissehaege speelt de samenwerking tussen de mantelzorger en de zorgprofessional een steeds grotere rol. Op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege verloopt het betrekken van de mantelzorger bij de revalidatie niet altijd adequaat.

De hoofdvraag voor dit praktijkonderzoek wordt daarmee: "Op welke manier kunnen mantelzorgers van cliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege door verpleegkundigen en verzorgenden betrokken worden bij het revalidatieproces waarbij de samenwerking tussen mantelzorger en verpleegkundige afgestemd is op wederzijdse verwachtingen en behoeften?"

Door een literatuurstudie is onderzocht wat bekend is over de manier waarop verpleegkundigen en verzorgenden mantelzorgers betrekken bij activiteiten rond het revalidatieproces. Om zicht te krijgen op de ervaringen en behoeften van zowel mantelzorgers als verpleegkundigen en verzorgenden zijn individuele interviews gehouden met beide groepen. Na deze interviews hebben twee focusgroep interviews plaats gevonden. Eén met mantelzorgers en één met verpleegkundigen en verzorgenden.

Na het thematisch analyseren van de interviews zijn de hieruit voortgekomen resultaten gecombineerd met de bevindingen uit het literatuuronderzoek.

Dit heeft geleid tot de volgende hoofdconclusies:

- Uitgangspunt voor het betrekken van de mantelzorger bij het revalidatieproces moet zijn dat de zorgprofessional bespreekbaar maakt wat de mantelzorger kan en wil betekenen en dit niet zelf invult vanuit eigen perceptie of inschatting.
- De betrokkenheid van de mantelzorger moet al tijdens het opnamegesprek aan de orde gesteld worden.
- Het is belangrijk dat de teamleden een goede relatie opbouwen met mantelzorgers omdat dit de betrokkenheid vergroot. Eerlijke communicatie en het bieden van emotionele steun zijn daarbij van belang.
- Mantelzorgers hebben behoefte aan goede informatie over de toestand, de prognose en revalidatie activiteiten. Als deze geboden worden vergroot dit de betrokkenheid.
- Tijdige informatie over ziektebeeld, toekomstige woonvorm en tijdige evaluaties kunnen er voor zorgen dat mantelzorgers minder stress ervaren.
- Een betere communicatie, structureel overleg en samenwerking tussen de zorgprofessionals en mantelzorgers kan de betrokkenheid van mantelzorgers bij de afdeling vergroten en daarmee hun bereidheid bij te dragen aan activiteiten rond het revalidatieproces.

Op basis van bovenstaande conclusies zijn de belangrijkste aanbevelingen als volgt geformuleerd:

- Neem de opnamechecklist onder de loep en geef hierin de rol van de mantelzorger en de informatievoorziening een plaats.
- Verwerk de informatiebehoeften die de mantelzorgers hebben aangegeven in het onderzoek in de bestaande afdelingsfolder.
- Bespreek de rol van de mantelzorger tijdens het opnamegesprek.
- Geef tijdens de opname informatie over hoe het zorgteam contact onderhoudt met de mantelzorger, informeer over de rol van de contactverzorgende, en geef informatie over welke overlegsituaties er zijn.

Ondersteun deze mondelinge informatie door een korte uitleg in de afdelingsfolder.

- Check bij opname of cliënt en mantelzorger begrijpen wat revalidatie inhoudt en geef hier zo nodig uitleg over. Ondersteun dit met korte informatie in de afdelingsfolder.
- Check bij opname of cliënt en mantelzorger uitleg hebben gehad over het ziektebeeld en of dit voldoende duidelijk is geweest. Ga na welke behoefte aan informatie er nog nodig is en bespreek hoe in die informatie voorzien kan worden.

Om een aanzet te geven tot de implementatie van de aanbevelingen zijn in overleg met de opdrachtgever de opnamechecklist en afdelingsfolder aangepast. Met deze herziene checklist en afdelingsfolder kan de rol van de mantelzorger bij activiteiten rond het revalidatieproces bespreekbaar gemaakt worden tijdens het opnamegesprek. Daarnaast kan de mantelzorger zodanig voorzien worden van informatie over revalidatie en afdeling dat deze zich meer betrokken voelt bij het revalidatieproces van de cliënt.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Hervorming langdurige zorg

De langdurige zorg in Nederland wordt hervormd met als doel de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de financiële houdbaarheid te vergroten en de zelf- en samenredzaamheid van burgers te versterken (van Rijn, 2014).

Om de hervorming mogelijk te maken, is ook nieuwe wet- en regelgeving nodig. De Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (Zvw, in het bijzonder het Besluit zorgverzekering) en de Wet langdurige zorg (Wlz) vormen een samenhangend en integraal nieuw wettelijk kader waarbinnen de hervorming zijn beslag krijgt (van Rijn, 2014).

De nieuwe wetten zijn op 1 januari 2015 van kracht geworden (Rijksoverheid, 2014).

De visie achter de hervorming van de langdurige zorg is om de mens centraal te stellen. Hierbij wordt meer uitgegaan van wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat zij niet meer kunnen. Kwaliteit van leven staat hierin voorop. Als ondersteuning nodig is wordt eerst gekeken naar het eigen sociale netwerk en de mogelijkheden van betrokkenen. Als er meer gebruik gemaakt wordt van preventieve en lichtere vormen van ondersteuning kan de afhankelijkheid van de burger van formele individuele zorg worden verkleind. Ook wordt zo de druk op meer gespecialiseerde zorg verminderd. Er blijft altijd ondersteuning of zorg voor wie alleen of met steun van de omgeving niet meer zelfredzaam kan zijn. Hierbij speelt participatie een belangrijke rol. Voor de meest kwetsbare mensen, voor wie verblijf in een instelling nodig is blijft passende zorg beschikbaar vanuit de nieuwe volksverzekering, de Wlz (van Rijn, 2014).

De positie van de mantelzorger

Mantelzorg en vrijwilligerswerk vormen samen de informele zorg. Informele zorg kan gezien worden als tegenhanger van professionele zorg (Mezzo, 2014).

Voor mantelzorg zijn meerdere omschrijvingen mogelijk. In dit onderzoek wordt uitgegaan van de definitie die door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is vastgesteld, te weten: "Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meerdere leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie" (Mezzo, 2014).

Binnen de hervorming van de langdurige zorg wordt het inzetten van mantelzorgers in het zorgproces steeds belangrijker omdat door de stelselwijziging meer zorg bij het netwerk van cliënten komt te liggen (Expertisecentrum mantelzorg, 2014).

Als reactie op deze ontwikkeling heeft de overheid beleid gemaakt om de positie van mantelzorgers te versterken, te verlichten en te ondersteunen via de nieuwe wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). Tevens maakt de overheid beleid om de informele en de professionele zorg beter met elkaar te verbinden en te laten samenwerken (Rijksoverheid, 2014).

Dit onderzoek richt zich op mantelzorgers van cliënten op een revalidatieafdeling. Ook tijdens opname op de revalidatieafdeling spelen mantelzorgers een belangrijke rol bij het herstel. Als mantelzorgers betrokken worden bij oefeningen en behandelingen, kunnen zij na ontslag betere zorg leveren in de thuissituatie. Daarbij komt dat cliënten beter gemotiveerd en meer op hun gemak zijn als hun partner erbij is. Dat draagt bij aan een effectief verloop van de revalidatie. De patiënt knapt sneller op wanneer het thuisfront betrokken is (Expertisecentrum mantelzorg, 2014).

De rol van de verpleegkundige

Ook in het beroepsprofiel van de verpleegkundige komt de samenwerking tussen de verpleegkundige en mantelzorger naar voren. De verpleegkundige is vanuit het perspectief van de ondersteuning van het zelfmanagement in eerste instantie gericht op de samenwerking met de patiënt en diens naasten (V&V 2020, 2014). Zelfmanagement is het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan leven met een chronische aandoening (Vilans, 2014).

De verpleegkundige is zich bewust van het belang van de relatie tussen zorgprofessional en de patiënt en diens naasten als basisvoorwaarde voor de verpleegkundige zorgverlening. De verpleegkundige ondersteunt en begeleidt de mantelzorg of waar mantelzorg ontbreekt het sociale netwerk (V&V 2020, 2014).

In dit samenspel met de mantelzorger heeft de verpleegkundige verschillende rollen, namelijk als zorgverlener, vertrouwenspersoon en adviseur. Binnen deze rollen stemt zij de taken af op de verschillende rollen van de mantelzorger. Zij werkt samen met de mantelzorger, ondersteunt en faciliteert (Actiz, 2007).

Aan de basis ligt een open communicatie ten grondslag. Het is belangrijk dat men als verpleegkundige mondeling contact tot stand brengt met de mantelzorger, de mantelzorger erkenning krijgt waarbij de verpleegkundige de grenzen aan voelt en waarbij uitgegaan wordt van hun behoeften en mogelijkheden en niet vanuit problemen. De verpleegkundige ziet toe op een vaste hulpverlener (contactpersoon) waarbij frequente evaluaties tot stand komen en waarbij duidelijk is hoe contact tot stand komt. Afspraken worden vastgelegd in het zorgleefplan (Vilans, 2010).

Revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege

Vitalis Wissehaege is bestemd voor mensen die door hun gezondheidstoestand (tijdelijk) niet meer thuis of in een zorgcentrum kunnen wonen. De volgende zorg wordt geboden: verpleegd wonen, 24-uurszorg en behandeling, kleinschalige wooneenheden voor ouderen met dementie, revalidatie, hospice, groepswonen voor ouderen met somatische problemen en ouderen met gedragsproblemen en dagbehandeling.

Binnen revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege verblijven 32 revalidatiecliënten.

Op de revalidatieafdeling verblijven over het algemeen ouderen tussen 70 en 90 jaar. Het is namelijk een geriatrie revalidatieafdeling. Het uitgangspunt van deze afdeling is om te werken vanuit een therapeutisch klimaat (Vitalis, 2013). Hiermee wordt bedoeld een continu revalidatieklimaat waarin cliënten telkens worden gestimuleerd om dat te oefenen wat nodig is om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren. Tevens wordt genoemd dat het de bedoeling is dat de mantelzorger zoveel mogelijk bij het traject betrokken wordt en dat ze van harte welkom zijn bij individuele therapieën zoals de fysiotherapie, logopedie en ergotherapie.

Van de verpleegkundige en de verzorgende wordt verwacht dat zij de zorgtaken hierop afstemt maar ook rekening houdt met de mogelijkheden van iedere cliënt en diens revalidatieprogramma.

In dit onderzoek zal op verzoek van de opdrachtgever de nadruk gelegd worden op mantelzorgers van CVA en heupoperatie cliënten. Enerzijds omdat deze cliënten de grootste groep vormen. Anderzijds omdat de verwachting is dat mantelzorgers van deze groepen cliënten heel verschillende ervaringen en behoeften hebben rond de manier waarop zij betrokken worden bij het revalidatieproces. Mantelzorgers van heupoperatie cliënten worden vooral geconfronteerd met een familielid met lichamelijke beperkingen. Voor mantelzorgers van CVA cliënten geldt dat deze ook vaak geconfronteerd worden met cognitieve beperkingen en gedragsveranderingen.

1.2 Probleembeschrijving

Knelpunten rond mantelzorg

Uit de landelijke Mezzo-meldweek 'Mantelzorg en zorginstellingen' van april 2009 komt naar voren dat bijna 80 procent van de mantelzorgers één of meerdere knelpunten in de relatie met de zorginstelling ervaart (Mezzo, 2014).

Knelpunten worden vooral ervaren in de communicatie. Mantelzorgers missen voorlichting, overleg met verplegend personeel of met het management en inspraak. Als tweede belangrijke punt komt vanuit de meldweek de kwaliteit van zorg naar voren. Mantelzorgers voelen zich gedwongen om hulp te bieden in de zorg. Een kwart van de mantelzorgers heeft problemen met de taakverdeling tussen mantelzorger en zorgprofessional.

Daarnaast heeft de professional zoals de verpleegkundige een signaalfunctie. Deze moet op tijd signaleren als een mantelzorger overbelast raakt (Rijksoverheid, 2014).

Het gevaar van overbelasting is dat de druk op de mantelzorger zo groot kan worden dat ze zelf gezondheidsklachten krijgen of zich zo emotioneel aangedaan voelen dat de kwaliteit van de zorg in gevaar komt (Steunpunt Mantelzorg, 2014).

Cijfers van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) uit 2010 laten zien dat het aantal zwaarbelaste of overbelaste mantelzorgers groot is. Er zijn ongeveer 3,5 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder die mantelzorg verlenen (1 op de 4 volwassenen). Daarvan voelen 450.000 zich zwaar belast of overbelast.

Mantelzorg op revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege

Ook binnen Vitalis Wissehaege speelt de samenwerking tussen de mantelzorger en zorgprofessional een steeds grotere rol. Op de revalidatieafdeling verloopt deze samenwerking door de onduidelijke wederzijdse verwachtingen niet altijd adequaat. Dit leidt tot onbegrip en frustraties bij zowel mantelzorger als professional, zich uitend in klachten.

Binnen Vitalis Wissehaege is een beleidsnotitie mantelzorg Zorg Wonen Welzijn (ZWW) aanwezig. De notitie richt zich op de ondersteuning van de mantelzorger in de vorm van richtlijnen om steun te bieden op het praktische, emotionele, informatieve en educatieve vlak. De richtlijnen voor emotionele en educatieve steun zijn vooral gericht op dementerenden.

De beleidsnotitie geeft geen beschrijving van de verwachtingen die aan de mantelzorger gesteld worden in relatie tot het zorgproces en de organisatie. Ook de samenwerking met de zorgprofessionals binnen de instelling wordt niet beschreven. Dit heeft tot gevolg dat er geen beleidsrichtlijn is waar verpleegkundigen en verzorgenden handvatten in vinden om de samenwerking met de mantelzorger vorm te geven. Voor de mantelzorgers betekent dit dat er geen beleidsrichtlijn is rond verwachtingen die aan hen gesteld worden.

In de beleidsnotitie wordt mantelzorgparticipatie weliswaar genoemd, maar uitsluitend in het kader van het eerste gesprek over het zorgleefplan. In dit gesprek moet gevraagd worden of de cliënt een mantelzorger heeft en of deze diensten voor hem/haar verleend. Deze informatie dient in het zorgleefplan vastgelegd te worden. In de toekomst wil Vitalis de mantelzorgparticipatie nog dieper en breder inbedden in het zorgproces en de daaruit voortvloeiende werkprocessen (Vitalis, 2014). Hoe dit vorm moet gaan krijgen wordt in de notitie niet nader toegelicht.

In de missie en visie van Vitalis wordt de mantelzorger niet genoemd, medewerkers en vrijwilligers krijgen hierin wel een plaats. Het gevolg hiervan is dat door de instelling niet uitgedragen wordt welke bijdrage mantelzorg kan leveren aan het revalidatieproces. De bijdrage van de mantelzorger zou kunnen zijn de cliënt te ondersteunen bij de revalidatie zodat deze zo lang mogelijk zelfstandig kan zijn en zelf regeltaken kan uitvoeren. Dit sluit aan bij de missie en visie van Vitalis waarin "*Van zorgen voor, naar zorgen dat*" één van de kernwaarden is.

Door de aard van de klachten die mantelzorgers uiten is bij de teamleider en het projectgroeplid dat werkzaam is op deze afdeling het vermoeden ontstaan, dat de verpleegkundigen en verzorgenden zich er niet van bewust zijn dat door een niet adequate samenwerking vertraging op kan treden in het revalidatieproces.

In een adviesnota¹ naar het gebruik van het zorgleefplan op deze afdeling bleek dat domein 2, participatie en sociale redzaamheid, slechts in de helft van de zorgleefplannen ingevuld werden door de verpleegkundigen en verzorgenden. Domein 2 van het zorgleefplan biedt plaats aan het vastleggen van afspraken met de mantelzorger van de betreffende cliënt. Deze resultaten doen vermoeden dat de verpleegkundigen en verzorgenden de mantelzorgers niet of onvoldoende betrekken bij het opstellen van het zorgleefplan. In de cliëntgebonden rapportage van het zorgleefplan worden afspraken met de mantelzorger nauwelijks vastgelegd.

Hiermee wordt het belang aangetoond om de samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers binnen de revalidatieafdeling nader te onderzoeken en om verpleegkundigen en verzorgenden bewust te maken mantelzorgers te betrekken bij de zorg rondom hun naaste.

Samenvattend concludeert de projectgroep dat er op dit moment, zowel op instellings- als op afdelingsniveau, geen richtlijnen beschikbaar zijn die de verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege handvatten bieden voor samenwerking met de mantelzorger. Dit geeft aan dat de landelijke ontwikkelingen die de overheid voor ogen heeft rond mantelzorg moeilijk te vertalen zijn naar instellings- en afdelingsniveau. Het betrekken van de mantelzorger bij de revalidatie verloopt niet adequaat. Het vermoeden bestaat dat de verpleegkundigen en verzorgenden zich er niet van bewust zijn dat hierdoor vertraging op kan treden in het revalidatieproces.

Door ervaringen en verwachtingen van mantelzorgers, verpleegkundigen en verzorgenden te inventariseren in combinatie met bevindingen uit literatuuronderzoek wil de projectgroep komen tot handvatten waarbij wederzijdse verwachtingen, taken en samenwerking een plaats krijgen.

1.3 Probleemstelling

Op welke manier kunnen mantelzorgers van cliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege door verpleegkundigen en verzorgenden betrokken worden bij het revalidatieproces waarbij de samenwerking tussen mantelzorger en verpleegkundige afgestemd is op wederzijdse verwachtingen en behoeften?

1.4 Deelvragen

- Deelvraag 1:
Wat is er in de literatuur bekend over de manier waarop verpleegkundigen en verzorgenden mantelzorgers betrekken bij activiteiten rond het revalidatieproces? Deze deelvraag is gezamenlijk uitgewerkt door beide projectgroepleden.
- Deelvraag 2:
2a: Wat zijn de ervaringen van de verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop de mantelzorgers bij activiteiten rond het revalidatieproces door de zorgprofessionals betrokken worden?

¹ Adviesnota in het kader van onderwijs aan de Fontys Hogeschool voor Verpleegkunde te Eindhoven van de studenten Blox, Hardeman, van der Heijden & Pullens, 2014

- 2b: Welke behoeften en ideeën hebben de verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop de mantelzorgers betrokken kunnen worden bij activiteiten rond het revalidatieproces?

Deze deelvraag is uitgewerkt door Karin Stolk.

- Deelvraag 3:

3a: Wat zijn de ervaringen van de mantelzorgers van CVA en heupoperatiecliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop zij door de zorgprofessionals betrokken worden bij activiteiten rond het revalidatieproces?

3b: Welke behoeften en ideeën hebben mantelzorgers van CVA en heupoperatiecliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop zij bij activiteiten rond het revalidatieproces betrokken willen worden?

Deze deelvraag is uitgewerkt door Sjannie Blox.

1.5 Doelstelling

Op 1 februari 2015 zijn voor zowel verpleegkundigen en verzorgenden als voor mantelzorgers van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege handvatten beschikbaar hoe mantelzorgers van de cliënten op deze afdeling, vanaf het moment van opname tot ontslag, bij het revalidatieproces kunnen worden betrokken. Er is een leidraad ontwikkeld, waarin samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers tot stand kan komen op basis van wederzijdse verwachtingen en behoeften.

2. Deelvraag 1

2.1 Literatuuronderzoek

Deelvraag 1: Wat is er in de literatuur bekend over de manier waarop verpleegkundigen en verzorgenden mantelzorgers betrekken bij activiteiten rond het revalidatieproces?

Voor het literatuuronderzoek werd de volgende **zoekstrategie** toegepast:

Zoektermen Nederlands

- Mantelzorg
- Informele zorg
- Familieparticipatie
- Samenwerking mantelzorg en professionele zorg

En in combinatie met:

- Revalidatie
- Revalidatieproces
- Verpleeghuis
- Bijdrage aan revalidatieproces

Zoektermen Engels

- Informal care
- Informal caregiver
- Family caregiver
- Family caregiving
- Family involvement
- Family participation

- Involve carers

- Involvement of carers
- Role of families

En in combinatie met:

- Nursing home
- Rehabilitation
- Elderly-patient care
- Long-term care facilities
- Geriatric home care
- Optimizing patient and family involvement
- Experiences nurses
- Family perceptions
- Staff perceptions

Er is gezocht worden via onderstaande zoekmachines en databanken:

- Databanken: CINAHL, PubMed, Springerlink
- Grijze publicaties, zoals rapporten van ministeries en andere overheidsinstanties via de zoekmachine GLIN. De Nederlandse GLIN is onderdeel van Picarta Glin-Picarta
- www.nivel.nl overzichtstudies
- www.narcis.nl (proefschriften)

Uitgesloten worden:

- publicaties ouder dan 10 jaar
- publicaties die niet in full tekst beschikbaar zijn

Opgenomen worden:

- publicaties in Nederlands of Engels

2.2 Resultaten literatuuronderzoek

Positieve resultaten van betrokkenheid mantelzorger op het herstel

Tijdens opname op de revalidatie afdeling spelen mantelzorgers een belangrijke rol bij het herstel. Door mantelzorgers te betrekken bij de oefeningen en behandelingen kunnen zij na het ontslag betere zorg leveren in de thuissituatie. Daarnaast zijn cliënten beter gemotiveerd en meer op hun gemak als een naaste aanwezig is. Dit levert een positieve bijdrage aan de revalidatie (Expertisecentrum Mantelzorg, 2014).

Hards, Eng, Miller & Dawson (2010) merken daarnaast op dat toename van de behandeltime een belangrijke factor is ter verbetering van functieherstel bij CVA cliënten. Het betrekken van mantelzorgers bij de revalidatie kan cliënten helpen meer deel te nemen aan de revalidatie en zo de mogelijkheden tot herstel te vergroten. Ondersteuning door de mantelzorger heeft niet alleen functieherstel tot gevolg, maar leidt ook tot een betere toepassing van de geoefende functie buiten de therapie (Hards et al., 2010).

Onderzoek van Louie et al. (2012) bij cliënten met een heupfractuur laat vergelijkbare resultaten zien. Door een speciaal oefenprogramma met betrokkenheid van mantelzorgers om zelfzorg vaardigheden te verbeteren blijken deze vaardigheden beter te worden toegepast in het dagelijks leven.

Het ultieme doel van revalidatie is niet alleen functieherstel, maar ook het toepassen van de geleerde vaardigheden in het dagelijks leven. Alles wat hiertoe kan bijdragen is van het grootste belang voor zorgprofessionals (Hards et al., 2010). Hiermee wordt het belang onderstreept van het betrekken van mantelzorgers bij de oefeningen en behandelingen.

Ervaringen van mantelzorgers rond betrokkenheid bij de zorg

Het belang om mantelzorgers te betrekken bij de revalidatie wordt door zorgprofessionals algemeen erkend. In dit licht is het opvallend dat er mantelzorgers zijn die helemaal geen direct contact hebben met het revalidatiecentrum (van 't Schip, 2012).

Haesler, Bauer & Nay (2006) concluderen in een systematisch review dat zorgmedewerkers theoretisch de samenwerking met mantelzorgers ondersteunen, maar dit niet altijd toepassen in de praktijk.

De positie van mantelzorg in de zorginstellingen is vaak onduidelijk zowel voor mantelzorgers zelf als voor professionals. Het is niet vanzelfsprekend dat mantelzorgers kunnen participeren in de zorgverlening en dat zij ondersteund worden door de professionals in praktische zaken, maar ook emotioneel, bijvoorbeeld rond een opname en door middel van goede informatie (Actiz, 2007; van 't Schip, 2012).

Ook leeft soms bij zorgmedewerkers niet de behoefte om de mantelzorger als partner te zien en hen te betrekken bij de zorg of zien zij de mantelzorger als concurrent. De kans bestaat dat er juist een tegenovergestelde visie voorkomt. De zorginstelling biedt dan de totale benodigde zorg en het familielid staat tijdelijk of blijvend buitenspel en vervult slechts de rol van gast of bezoeker. De zorgmedewerkers beschouwen zichzelf daarbij als de deskundigen (Buijsen, 2009).

Verder ervaren mantelzorgers soms dat zij vooral in beeld zijn voor het uitvoeren van zorgtaken, maar langs de zijlijn staan als het gaat om het meedenken en meebepalen (Mezzo, 2009) en dat hun bijdrage aan zorg als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Zo'n benadering sluit niet goed aan bij de intentie van de mantelzorgers, die het verlenen van zorg als een middel tot contact zien en niet als doel op zich (Actiz, 2007).

De mening van de familieleden over de relatie met de medewerkers blijkt voor een groot deel bepaald door de mogelijkheden om betrokken te worden bij de zorg (Haesler et al., 2006).

Vooraf naar de ervaringen van mantelzorgers van CVA cliënten is veel onderzoek gedaan. Dit is te verklaren door het feit dat een CVA de belangrijkste oorzaak is van ziekte en langdurige invaliditeit in Europa en op de derde plaats staat als oorzaak van sterfte in de geïndustrialiseerde landen (Smith, Kerr, Langhorne & Lees, 2004).

Een item dat in ieder gevonden onderzoek terugkomt is informatievoorziening.

De meeste mantelzorgers van CVA patiënten vinden dat ze onvoldoende informatie krijgen, dat de inhoud niet bevredigend is en dat het niet op het goede moment wordt gegeven (Smith et al., 2004; Rosenberg, Jullamate & Azeredo, 2009).

Daarnaast zijn mantelzorgers ontevreden over het feit dat de informatie vaak pas gegeven wordt als ze er zelf om vragen (Tunney & Ryan, 2014).

Problemen om informatie te krijgen over de vooruitgang was de grootste zorg.

Het gebrek aan informatie leidt tot angst, eenzaamheid, boosheid en frustratie bij mantelzorgers (Tunney & Ryan, 2014).

Veel mantelzorgers ervaren overbelasting door de zorg die ze verlenen aan hun naaste. Het is opvallend dat ondanks deze belasting een relatief grote groep mantelzorgers hierbij geen ondersteuning krijgt of zegt hier geen behoefte aan te hebben. Uit de behoefteaanpleging blijkt dat mantelzorgers niet veel weten van de ondersteuningsmogelijkheden die er voor hen zijn. Mogelijk zullen mantelzorgers hier meer gebruik van maken als zij meer inzicht krijgen in de opties die er zijn (van 't Schip, 2012).

Behoeften van mantelzorgers rond betrokkenheid

Mantelzorgers hebben behoefte aan specifieke informatie rond zorg en behandeling van hun familielid, maar deze behoefte wordt door verpleegkundigen onderschat (Haesler et al., 2006). Een verscheidenheid aan onderzoeken heeft zich gericht op de specifieke behoeften van mantelzorgers van niet aangeboren hersenletsel (NAH), waaronder CVA. De grootste behoefte in de eerste fasen van de revalidatie blijkt te zijn realistische, heldere en regelmatige informatie over de huidige situatie, de prognose en de behandeling (Gana, Gargarob, Brandysc, Gerberd & Boschene, 2010). Daarnaast is er een grote behoefte aan het leren omgaan met de gedragsproblemen van de cliënt en het leren geven van emotionele steun aan de cliënt. (Singh & Cameron, 2005).

Uit een systematische review van Haesler et al. (2006) blijkt ook dat eerlijke communicatie een belangrijke behoefte is. Gebrekkige communicatie leidt bij mantelzorgers tot zorgen over de kwaliteit van zorg.

Mantelzorgers verwachten van de instelling meer initiatief rond communicatie. Ze missen zowel structureel overleg over bijvoorbeeld inhoud van het zorgleefplan en de afstemming van taken als incidenteel overleg over het verloop van de zorg en wijzigingen daarin. Opvallend is dat slechts enkele mantelzorgers melding maken van een vaste contactpersoon, zoals een EVV-er of persoonlijk begeleider. Deze functionarissen lijken nog weinig zichtbaar, want de meeste mantelzorgers spreken van "de medewerkers" (Mezzo, 2009).

Mantelzorgers vinden dat emotionele steun en een goede relatie met de zorgmedewerkers bijdragen aan hun betrokkenheid bij de zorg (Haesler et al., 2006). Het gevoel dat er iemand is die luistert, dat vragen en bijdragen aan de zorg welkom zijn en worden gewaardeerd door medewerkers vergroot het welzijn van de mantelzorger (Tunney & Ryan, 2014). Waardering leidt ertoe dat mantelzorgers zich positiever voelen over hun rol in de zorg (Plank et al., 2011).

De ontslagperiode is een belangrijke periode in het verblijf op de revalidatie afdeling omdat mantelzorgers vaak bezorgd zijn over de zorg die de cliënt thuis nodig heeft (Plank et al., 2011). Mantelzorgers hebben in deze periode vooral behoefte aan hoop, vertrouwen en veiligheid (Plank et al., 2011).

Interventies van verpleegkundigen in de samenwerking met mantelzorgers

Het is belangrijk dat verpleegkundigen een goede relatie opbouwen met mantelzorgers omdat dit de betrokkenheid vergroot. Eerlijke communicatie en het bieden van emotionele steun zijn daarbij van belang (Haesler et al. 2006).

Door als verpleegkundige heel duidelijk verwachtingen te communiceren naar de mantelzorger en steeds te vragen naar hun verwachtingen kan veel kritiek voorkomen worden. Het blijkt namelijk dat 90 procent van de door personeel aan familie besteedde tijd doorgaans naar de bijzonder kritische mantelzorgers gaat. Voor de overige mantelzorgers blijft dus maar tien procent van de tijd over (Buijs, 2009).

Als er een goede relatie is met de mantelzorger kunnen verpleegkundigen ook overbelasting en vereenzaming bij mantelzorgers vroeg signaleren en de mantelzorger aanmoedigen sociale contacten te zoeken. Daarnaast kunnen zij informatie geven over organisaties die mantelzorgondersteuning bieden (Tunney & Ryan, 2014).

Bijeenkomsten met familie, zoals een mantelzorgavond of meeloopdag, kunnen bijdragen aan een betere samenwerking tussen mantelzorgers en zorgmedewerkers (Haesler et al., 2006).

Daarnaast moeten verpleegkundigen zich er van bewust zijn dat veel mantelzorgers bezorgd zijn over de situatie van de cliënt. Door de mantelzorgers steeds op het juiste moment te voorzien van adequate informatie kunnen verpleegkundigen die bezorgdheid verminderen (Tunney & Ryan, 2014).

Mondelinge en schriftelijke informatie moeten daarbij ondersteunend zijn aan elkaar.

Specifiek voor mantelzorgers van CVA cliënten geldt dat het belangrijk is dat verpleegkundigen hun leren omgaan met gedragsproblemen en leren om emotionele steun te geven aan de cliënt. Ook kunnen verpleegkundigen doorverwijzen naar instanties in de wijk (Singh & Cameron, 2005).

In de ontslagperiode is het belangrijk mantelzorgers te begeleiden door informatie te geven op maat op het juiste moment, door praktische begeleiding en instructies en door verwijzing naar patiëntenverenigingen of instanties voor mantelzorgondersteuning. (Plank et al., 2011).

Zorg- en hulpverleners geven aan dat ze graag meer kennis en scholing krijgen om beter samen te kunnen werken met mensen in het netwerk van hun cliënt, zoals mantelzorgers. Het is belangrijk om als organisatie hierop in te spelen door verantwoordelijkheid te nemen voor de professionele ontwikkeling van de medewerkers. De rol van zorgmedewerkers zal hierbij gaandeweg opschuiven van "zorgen voor" naar "zorgen met" (Vilans, 2013).

Een goede samenwerking met mantelzorgers houdt rekening met de vier rollen die een mantelzorger kan vervullen: collega, cliënt, naaste en expert. Om het samenspel met familie goed neer te zetten is aandacht nodig voor al deze rollen. Elke rol van de familie vraagt om een aansluitende rol of activiteit van de zorgprofessional (Actiz, 2007) en (Expertisecentrum, 2014).

Met name in de verpleegkundige basisopleiding wordt beperkt aandacht besteed aan het onderwerp mantelzorg. Verpleegkundigen besteden aandacht aan de verschillende rollen die mantelzorgers kunnen vervullen, de wijze van invulling verschilt echter per rol. Ook wordt niet iedere verpleegkundige taak gekoppeld aan de bijbehorende rol van de mantelzorger (V&VN, 2012).

2.3 Conclusie literatuuronderzoek

Tijdens opname op de revalidatie afdeling spelen mantelzorgers een belangrijke rol bij het herstel. Door mantelzorgers te betrekken bij de oefeningen en behandelingen kunnen zij na ontslag betere zorg leveren in de thuissituatie. Daarnaast zijn cliënten beter gemotiveerd en meer op hun gemak als een naaste aanwezig is. Dit levert een positieve bijdrage aan de revalidatie.

Naast functieherstel leidt het betrekken van mantelzorgers bij de revalidatie ook tot een betere toepassing van de geoefende functie buiten de therapie.

Hoewel het belang om mantelzorgers te betrekken bij de revalidatie door zorgprofessionals wordt erkend, laat onderzoek zien dat dit in de praktijk niet altijd waargemaakt wordt.

De manier waarop verpleegkundigen en verzorgenden mantelzorgers betrekken bij activiteiten in het revalidatieproces laat nog geen eenduidigheid zien. De meeste zorgorganisaties zijn zich nog een weg aan het banen om mantelzorgers bij het zorgproces te betrekken. Mantelzorgers verwachten van de instelling meer initiatief en beleidvorming om betrokken te kunnen worden, dit wordt nu nog regelmatig gemist.

Mantelzorgers zijn vaak niet bekend met het zorgaanbod en de ondersteuning die gegeven kan worden. Daarbij beschouwt de verpleegkundige zichzelf nog te vaak als de

deskundige en ziet de mantelzorger te vaak als goede hulpbron. Hierdoor voelt de mantelzorger zich regelmatig buitenspel staan als het gaat om het meedenken en meebepalen.

De informatievoorziening rond zorg en behandeling wordt door veel mantelzorgers als gebrekkig ervaren. Dit vergroot de bezorgdheid en leidt tot frustraties.

Er is bij mantelzorgers grote behoefte aan informatie over de toestand, prognose en revalidatie activiteiten. Mondelinge en schriftelijke informatie moeten daarbij ondersteunend zijn aan elkaar.

Mantelzorgers missen zowel structureel overleg over bijvoorbeeld inhoud van het zorgleefplan en de afstemming van taken als incidenteel overleg over het verloop van de zorg en wijzigingen daarin. Functionarissen zoals EVV-ers lijken nog weinig zichtbaar. Mantelzorgers hebben behoefte aan goede communicatie, als die afwezig is leidt dat tot zorgen over de kwaliteit van zorg.

Om beter samen te kunnen werken met mensen in het netwerk van de cliënt zouden verpleegkundigen meer kennis en scholing moeten krijgen. In de verpleegkundige basisopleiding wordt nu nog beperkt aandacht besteed aan het onderwerp mantelzorg. Een goede relatie tussen zorgmedewerkers en mantelzorgers draagt niet alleen bij aan betrokkenheid bij de zorg, maar helpt de verpleegkundige ook om overbelasting en vereenzaming bij mantelzorgers vroeg te signaleren.

2.4 Topics voor de individuele interviews

Vanuit het literatuuronderzoek hebben de volgende punten bijgedragen aan het tot stand komen van de topics voor de individuele interviews met zowel mantelzorgers als verpleegkundigen en verzorgenden.

- De positie van mantelzorg in de zorginstellingen is vaak onduidelijk zowel voor mantelzorgers zelf als voor zorgprofessionals.
- De informatievoorziening rond zorg en behandeling wordt door veel mantelzorgers als gebrekkig ervaren.
- Er is bij mantelzorgers grote behoefte aan informatie over de toestand, prognose en revalidatie activiteiten.
- Mantelzorgers missen zowel structureel overleg over bijvoorbeeld inhoud van het zorgleefplan en de afstemming van taken, als incidenteel overleg over het verloop van de zorg en wijzigingen daarin.
- Functionarissen zoals EVV-ers lijken nog weinig zichtbaar.
- Mantelzorgers hebben behoefte aan goede communicatie.
- Veel mantelzorgers ervaren overbelasting door de zorg die ze verlenen aan hun naaste. Het is opvallend dat ondanks deze belasting een relatief grote groep mantelzorgers hierbij geen ondersteuning krijgt. Als er een goede relatie is met de mantelzorger kunnen verpleegkundigen ook overbelasting en vereenzaming bij mantelzorgers vroeg signaleren en de mantelzorger aanmoedigen sociale contacten te zoeken. Daarnaast kunnen zij informatie geven over organisaties die mantelzorgondersteuning bieden.
- Mantelzorgers zijn vaak niet bekend met het zorgaanbod en de ondersteuning die gegeven kan worden. Daarbij beschouwt de verpleegkundige zichzelf nog te vaak als de deskundige en ziet de mantelzorger nog te vaak als goede hulpbron. Hierdoor voelt de mantelzorger zich nog regelmatig buitenspel staan als het gaat om het meedenken en meebepalen.

3. Deelvraag 2

2a: Wat zijn de ervaringen van de verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop de mantelzorgers bij activiteiten rond het revalidatieproces door de zorgprofessionals betrokken worden?

2b: Welke behoeften en ideeën hebben de verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop de mantelzorgers betrokken kunnen worden bij activiteiten rond het revalidatieproces?

3.1 Methoden

3.1.1 Onderzoeksbenadering

Deze deelvraag wordt door middel van **kwalitatief onderzoek** beantwoord.

Bij het onderzoeken van de deelvraag wordt namelijk in kaart gebracht wat de ervaringen zijn van de verpleegkundigen en verzorgenden. Het gaat er om te beschrijven welke interventies verpleegkundigen en verzorgenden toepassen om de mantelzorger bij het revalidatieproces te betrekken, maar vooral ook hoe dit verloopt en hoe de samenwerking met de mantelzorger ervaren wordt. Kwalitatief onderzoek sluit hierbij het beste aan.

In kwalitatief onderzoek willen de onderzoekers van binnen uit zicht krijgen op hoe de mensen hun situatie beleven. Zij proberen de afstand tussen zichzelf en de onderzochte werkelijkheid zo klein mogelijk te maken (Migchelbrink, 2008).

Het onderzoek in relatie tot deze deelvraag is **beschrijvend onderzoek**. Het doel van het onderzoek bij deze deelvraag is om te komen tot kennis over de inhoud en betekenis van het probleem. Een reeks gebeurtenissen wordt nauwkeurig in kaart gebracht, er wordt beschreven wat er gedragsmatig gebeurt (Baarda et al, 2013).

3.1.2 Dataverzamelingstechniek

Als dataverzamelingstechniek is gekozen voor:

- Halfgestructureerde interviews met verpleegkundigen en verzorgenden van de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege gevolgd door een
- Focusgroep interview met verpleegkundigen en verzorgenden van de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege

Halfgestructureerde interviews

Om ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden te achterhalen is gekozen voor een interview. Kenmerkend voor deze methode van dataverzameling is namelijk dat je hiermee te weten kunt komen wat voor kennis mensen hebben, wat ze voelen en wat ze denken (Baarda et al., 2013). In de interviews is gevraagd op welke manieren de verpleegkundigen en verzorgenden de mantelzorger betrekken bij het revalidatieproces. Maar ook wat daarbij goed verloopt, wat juist niet en welke ideeën zij hebben om het betrekken van de mantelzorger bij het revalidatieproces en de samenwerking met de mantelzorger te verbeteren.

Om zicht te krijgen op de achtergrond van de antwoorden en keuzes die verpleegkundigen en verzorgenden maken is gekozen voor het halfgestructureerde interview. In dit type interview liggen de vragen en antwoorden niet vast, maar de onderwerpen wel en kan er meteen doorgevraagd worden als daar aanleiding toe is (Baarda et al., 2012). Daarnaast kan de interviewer zien en horen wat er gebeurt. Als iemand de vraag verkeerd begrijpt kan dat gecorrigeerd worden en de vraag kan anders gesteld of toegelicht worden (Baarda, 2009).

Een nadeel van een interview kan zijn dat de geïnterviewde mogelijk sociaal wenselijke antwoorden geeft omdat de beantwoording, in tegenstelling tot bij een enquête, niet

anoniem is (Baarda, 2009). In de interviews met de verpleegkundigen en verzorgenden is daarom benadrukt dat de antwoorden anoniem verwerkt worden en dat het gaat om het achterhalen van ervaringen die zij hebben opgedaan. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Een ander nadeel van het halfgestructureerde interview is de tijd die het interviewen en de uitwerking ervan kost (Baarda, 2009).

De voordelen van een halfgestructureerd interview wogen in relatie tot deze deelvraag op tegen de nadelen, daarom is gekozen voor het halfgestructureerde interview.

Focusgroep interview

Om na de individuele interviews nieuwe ideeën te genereren is een focusgroep interview gehouden. Hierdoor kon dieper ingegaan kunnen worden op de beantwoording van deelvraag 2b.

Een focusgroep interview is een bepaald type focusgroep interview. Kenmerkend hiervoor is dat een groep mensen geïnterviewd wordt over één specifiek onderwerp (Migchelbrink, 2008). Het voordeel van een focusgroep interview is dat mensen onder invloed van de mening van anderen op ideeën komen die ze in een individueel gesprek niet hebben geuit omdat ze er toen niet aan dachten. Reacties van andere deelnemers aan het groepsgesprek kunnen inspirerend werken (Baarda et al., 2013). Wanneer verpleegkundigen en verzorgenden van elkaar horen hoe zij mantelzorgers betrekken bij het revalidatieproces, waar zij moeite mee hebben of wat juist goed gaat, kan dit collega's uitlokken tot reacties en zo mogelijk leiden tot nieuwe ideeën.

In een focusgroep interview met de verpleegkundigen en verzorgenden van de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege zijn de uitkomsten van de individuele interviews voorgelegd aan het hele team. Aan de aanwezige teamleden is gevraagd of deze uitkomsten herkend werden en of er nog aanvullende ervaringen waren rond het betrekken van de mantelzorger bij het revalidatie proces.

Als tweede stap in het focusgroep interview werd gevraagd aan de teamleden wat zij wenselijk zouden vinden en wat voor ideeën ze hadden om de mantelzorger beter te betrekken bij het revalidatieproces. Ook ideeën om de samenwerking met de mantelzorger te verbeteren werden geïnventariseerd.

Bij een focusgroep interview bestaat het risico dat mensen zich geremd voelen door de aanwezigheid van anderen, men durft zich minder te uiten uit angst om een slecht figuur te slaan. Hierdoor kan belangrijke informatie gemist worden en bestaat de kans dat enkele groepsleden teveel een stempel op de groep drukken (Baarda et al., 2013).

Omdat de verpleegkundigen en verzorgenden van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege uit mensen met een verschillende achtergrond, opleiding en persoonlijkheid bestaat werd ingeschat dat ook hier de beperkingen van een focusgroep interview een rol zouden spelen. Door eerst de individuele interviews af te nemen konden de deelnemers hierin vrij uit vertellen over hun ervaringen. Dat zij hierbij niet beïnvloed werden door collega's bleek uit antwoorden zoals: "ik weet niet hoe collega's dat doen of wat collega's daar van vinden, maar ik doe het zo of ik vind dat".

3.1.3 Onderzoekspopulatie

Halfgestructureerde interviews

Voor het bepalen van de onderzoekspopulatie met betrekking tot de halfgestructureerde interviews met verpleegkundigen en verzorgenden werden de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

- **Inclusiecriteria:**
 - Verpleegkundigen en verzorgenden die minimaal 3 maanden werkzaam zijn op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege omdat gedurende deze periode een groot deel van de cliënten op de afdeling vervangen is door nieuwe cliënten. Het is dus aannemelijk dat de verpleegkundigen en verzorgenden in die periode contact

hebben gelegd met mantelzorgers en ervaringen hebben opgedaan in de samenwerking met hen.

- Gediplomeerde verpleegkundigen niveau 4 of 5: deze onderhouden contact met mantelzorgers en maken afspraken met hen.
- Gediplomeerde verzorgenden niveau 3 of 3 IG: deze onderhouden contact met mantelzorgers en maken afspraken met hen.
- Leerling verpleegkundigen en leerling verzorgenden vanaf niveau 3 en vanaf leerjaar 2: deze onderhouden (onder begeleiding van een gediplomeerde collega) contact met mantelzorgers en maken afspraken met hen.

- **Exclusiecriteria:**

- Verpleegkundigen en verzorgenden korter dan 3 maanden werkzaam op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege.
- Verpleegkundigen en verzorgenden met een lager kwalificatie niveau dan niveau 3.

Na toepassing van deze in- en exclusiecriteria bleven ongeveer 17 verpleegkundigen en verzorgenden over die de onderzoekspopulatie (onderzoekseenheden) vormden.

Vanwege de beperkte tijdsduur van het onderzoek konden niet alle onderzoekseenheden ondervraagd worden. Daarom werd een steekproef samengesteld van zes respondenten.

De inschatting was dat na zes interviews voldoende informatie verkregen zou zijn om antwoord te geven op de deelvraag. Bij het zesde interview werden geen nieuwe ervaringen of ideeën gevonden, mogelijk was er sprake van saturatie (Baarda et al., 2013). Er kunnen ook andere redenen voor zijn dat geen nieuwe informatie werd verkregen, zoals de beperkte ervaring van de interviewer, de gebruikte topics, de selectie van respondenten.

Om uit de onderzoekspopulatie zes respondenten te selecteren is een gerichte steekproef gebruikt, zoals meestal gedaan wordt bij kwalitatief onderzoek. Hierbij wordt gezocht naar waarnemingseenheden die het beste aansluiten bij wat de onderzoeker wil weten (Baarda et al., 2013).

De steekproef van verpleegkundigen en verzorgenden werd zo gekozen dat er een zo groot mogelijke variatie was in opleidingsniveau, duur van werkzaam zijn op de afdeling, leeftijd, wel of niet gediplomeerd zijn en totaal aantal jaren werkervaring. Op deze manier kon er uit verschillende invalshoeken informatie verzameld worden.

Er zijn drie mogelijke interviewdata gekozen, waarvan aan de hand van het dienstrooster geïnventariseerd is welke teamleden er zouden werken. Eén van de interviewdata viel af vanwege te krappe bezetting. Bij de twee overige dagen werd gekeken of er zowel een leerling verpleegkundige als leerling verzorgende was. En er werd gekeken of er van zowel de verpleegkundigen als de verzorgenden iemand was met weinig en met veel ervaring. Op de twee gekozen dagen waren acht mogelijke respondenten aanwezig. Daarvan zijn de zes respondenten uitgekozen die zich qua werkplanning op de afdeling het beste vrij zouden kunnen maken voor de interviews.

Er is zo gestreefd naar een steekproef met een maximum aan variatie. (Migchelbrink, 2008).

Voor **de werving** van de geselecteerde respondenten voor de individuele interviews werd een uitnodiging gestuurd per introductiebrief. Voorafgaand aan het versturen van de uitnodigingen is tijdens een werkoverleg informatie gegeven over het onderzoek en verteld dat er een aantal collega's geselecteerd zouden worden voor een interview. Voor de geselecteerde respondenten kwam de introductiebrief met uitnodiging daarom niet als verrassing, wat mogelijk de bereidheid om mee te werken vergroot heeft.

In de introductiebrief stond de volgende informatie vermeld:

- Het doel van het interview.
- De tijd die het interview in beslag zou nemen.
- Dat het interview onder vier ogen plaats zou vinden.
- Dat het interview opgenomen zou worden.

- Dat de verkregen gegevens anoniem en vertrouwelijk verwerkt zouden worden.
- Dat de opdrachtgever de respondent tijd zou bieden voor het interview.
- Dat de onderzoeker binnenkort contact op zou nemen of de respondent wilde meewerken aan het interview.

(Baarda et al., 2012).

Met deze informatie in een introductiebrief waren de respondenten vooraf op de hoogte van alle onderzoeksinformatie die voor hen van belang was en konden zij op basis daarvan toestemming geven. Op deze manier was dus sprake van informed consent.

Focusgroep interview

De onderzoekspopulatie met betrekking tot het focusgroep interview betrof alle verpleegkundigen en verzorgenden van de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege. Er zijn geen exclusiecriteria gehanteerd. Hoewel verzorgenden met een lager opleidingsniveau en medewerkers korter dan een half jaar op de afdeling mogelijk weinig ervaringen hebben opgedaan in het betrekken van mantelzorgers bij de revalidatie, kunnen zij wellicht in een groepsgesprek ideeën inbrengen die door anderen nog niet bedacht zijn. Ook deze ideeën kunnen in het onderzoek van belang zijn.

De **werving** van deelnemers aan het focusgroep interview vond plaats door dit focusgroep interview te koppelen aan een teamoverleg. Vooraf werden alle teamleden per mail geïnformeerd. Doel, tijdsduur, opname van het gesprek en het vertrouwelijk verwerken van de uitkomsten werden in deze mail benoemd. Alle verpleegkundigen en verzorgenden die op het moment van het teamoverleg aanwezig waren werden uitgenodigd deel te nemen aan het gesprek. Hierbij werd nogmaals benoemd dat er geluidsopnamen gemaakt zouden worden en dat alle opmerkingen van de deelnemers vertrouwelijk en anoniem verwerkt zouden worden.

3.1.4 Instrumenten

Halfgestructureerd interview

Om bij de interviews houvast te hebben en te voorkomen dat er onderwerpen niet aan bod zouden komen is ter voorbereiding een interviewschema gemaakt (Baarda et al., 2012).

Aan de hand van dit interviewschema is een proefinterview gehouden met een collega verpleegkundige van een vergelijkbare revalidatieafdeling. Tijdens het proefinterview bleek dat de respondent het moeilijk vond uit zichzelf ervaringen te benoemen rond het betrekken van mantelzorgers bij het revalidatieproces. Zij wist niet goed waaraan ze moest denken. Bij het aanhalen van de topics kwamen er wel veel ervaringen naar boven. Nieuwe topics kwamen er door het proefinterview niet naar voren. Wel werd duidelijk dat over het onderwerp door de respondent nog niet zo veel was nagedacht en dat dit ook zou kunnen gelden voor de volgende interviews. De interviewer heeft zich met deze reden verdiept in mogelijke vragen om de topics in te leiden en manieren om door te vragen om de respondenten uit te nodigen verder te denken over hun ervaringen, behoeften en ideeën.

In het interviewschema is beschreven:

- De introductie
- De beginvraag
- De topiclijst
- De afsluiting

Tijdens de **introductie** probeerde de interviewer de respondent op zijn gemak te stellen en het vertrouwen te winnen zodat deze meer betrouwbare informatie zou geven. (Verhoeven, 2013).

Eerst is kort doorgenomen hoe het verloop van het interview er uit zou zien. Er is nogmaals benoemd dat de informatie vertrouwelijk en anoniem verwerkt zou worden om

terughoudendheid bij de geïnterviewde zoveel mogelijk te voorkomen. Ook is toestemming gevraagd voor het maken van geluidsopnames. Er zijn eerst enkele algemene vragen gesteld, zoals over opleiding en tijd dat men op de revalidatieafdeling werkt. De geïnterviewde kon zo een beetje wennen aan de situatie en de interviewer (Baarda et al., 2012).

De **beginvraag** zet vaak de toon van het interview (Migchelbrink, 2008). Om uit te nodigen tot vertellen over ervaringen met mantelzorgers was de beginvraag bij alle interviews: "kan je iets vertellen over jouw ervaringen rond het betrekken van de mantelzorger bij de revalidatie?"

Door een **topiclijst** (zie bijlage 2) te gebruiken kwamen bij alle interviews dezelfde onderwerpen aan bod (Baarda et al., 2012).

Voor het opstellen van de topiclijst is gebruikt gemaakt van kennis, opgedaan bij de eerste literatuurverkenning, kennis opgedaan bij het literatuuronderzoek ten behoeve van de eerste deelvraag en informatie uit de zorgplannen.

De topics die voortkwamen uit de literatuur waren communicatie tussen mantelzorger en zorgprofessional, informatievoorziening aan mantelzorger, samenwerking tussen mantelzorger en zorgprofessional, ondersteuning van de mantelzorger, betrokkenheid mantelzorger bij het zorgleefplan, overlegsituaties op de afdeling en visie van de instelling op mantelzorg.

Er is een afgebakend deel van de zorgleefplannen van de cliënten van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege geraadpleegd op aantekeningen over interacties met de mantelzorgers. De zo verkregen informatie droeg ook bij aan de topiclijst voor de interviews. Er bleken bijvoorbeeld weinig afspraken vastgelegd te zijn in het zorgleefplan. Aan de verpleegkundigen en verzorgenden kon dan gevraagd worden of er ook echt geen afspraken gemaakt werden, of dat ze alleen niet werden vastgelegd. De topics die uit het raadplegen van zorgleefplannen voortkwamen waren communicatie tussen mantelzorger en zorgprofessional, informatievoorziening aan mantelzorger, betrokkenheid mantelzorger bij het zorgleefplan, overlegsituaties op de afdeling en activiteiten die door mantelzorgers uitgevoerd worden.

Voor het raadplegen van de zorgleefplannen was geen informed consent nodig, aangezien het ging om het registreren van acties van de verpleegkundigen en verzorgenden en er geen (persoons)gegevens van de cliënten mee gemoeid waren. Volgens de Gedragscode Gezondheidsonderzoek (Coreon, 2005) stellen de WGBO noch de WBP regels aan het gebruik van anonieme gegevens. Informatie uit de zorgleefplannen is uitsluitend overgenomen zonder de persoonsgegevens en volledig anoniem verwerkt.

Bij de **afronding** van ieder interview is aan de geïnterviewde gevraagd of deze nog aanvullingen had op wat er aan bod was geweest.

Focusgroep interview

In het focusgroep interview is, net als bij de individuele interviews, gebruik gemaakt van een topiclijst (zie bijlage 3). De topics bestonden uit de thema's die na de thematische analyse van de individuele interviews gevonden werden. Dit waren: huidige activiteiten mantelzorger, betrokkenheid gaat uit van mantelzorger, informatievoorziening aan mantelzorger, rol mantelzorger tijdens opnamegesprek, visie en beleid van Vitalis rond mantelzorg, invullen voor mantelzorger, betrokkenheid mantelzorger bij opstellen zorgleefplan, beloning mantelzorger, contact tussen mantelzorger en arts, communicatie tussen mantelzorger en zorgteam, terughoudendheid mantelzorger bij persoonlijke verzorging, betrokkenheid mantelzorger bij therapieën, mantelzorgavond, familiedag, ondersteuning mantelzorger, ideeën vanuit andere instellingen.

Om te waarborgen dat de onderzoeker zich kon focussen op het gespreksleiderschap werd deze tijdens het focusgroep interview ondersteund door de mede-onderzoeker. De gespreksleider kon er zo voor zorgen dat de vraagstelling duidelijk was, dat de groep bij het onderwerp bleef en dat alle topics aan bod kwamen. Ook lette de gespreksleider

op het groepsproces, dat wil zeggen, hield in de gaten dat alle deelnemers aan bod kwamen en niet een aantal groepsleden teveel hun stempel op het gesprek drukten. De mede-onderzoeker droeg zorg voor de geluidsopnamen, het maken van de notulen en stelde enkele aanvullende vragen.

De thema's vanuit de individuele interviews werden weergegeven op flap-overs en aan de deelnemers werd gevraagd of ze deze thema's herkenden. Na het bespreken van de thema's werden post-its uitgedeeld met het verzoek hier aanvullende behoeften en verbeteruggesties op te schrijven. Hierbij werd benoemd dat ook ideeën buiten de besproken thema's van harte welkom waren. De post-its werden door de gespreksleider bij de thema's op de flap-overs geplakt en daarna in de focusgroep besproken. Het doel was om zo aanknopingspunten te vergaren voor het implementatieplan.

3.1.5 Dataverwerking en data-analyse

Dataverwerking

Van de individuele interviews werd een transcript gemaakt door de geluidsopnamen letterlijk uit te typen met een tekstverwerkingsprogramma.

Van het focusgroep interview werd een samenvatting gemaakt aan de hand van de gemaakte notulen en de verzamelde post-its.

Data-analyse

De verzamelde data (uit de individuele interviews) werden geanalyseerd door middel van thematische analyse volgens het 6-fasen model van Braun en Clarke (bijlage 5). Door thematische analyse kunnen patronen (thema's) binnen de data geïdentificeerd, geanalyseerd en gerapporteerd worden. De thema's geven betekenis aan de inhoud van de data in relatie tot de onderzoeksvraag (Cardiff, 2012).

De thema's zijn inductief geïdentificeerd, dat wil zeggen dat er een sterke link was tussen het thema en de ruwe data. De data werden gecodeerd zonder vooraf bepaald schema (Cardiff, 2012).

3.1.6 Waarborging kwaliteit van het onderzoek

Cox (2012) geeft aan dat binnen kwalitatief onderzoek de **betrouwbaarheid (trustworthiness)** gegarandeerd kan worden door geloofwaardigheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit, verifieerbaarheid en authenticiteit.

Geloofwaardigheid (credibility) wordt door Cox (2012) omschreven als het kunnen vertrouwen in de oprechtheid van de data.

De geloofwaardigheid is in dit onderzoek voor zowel de individuele als het focusgroep interview bevorderd door:

- triangulatie van dataverzamelingstechnieken, dat wil zeggen dat er vanuit verschillende invalshoeken data verzameld zijn. Er zijn halfgestructureerde interviews en een focusgroep interview gehouden met verpleegkundigen en verzorgenden.

Door het raadplegen van de zorgleefplannen is de validiteit van het instrument, de topiclijst verhoogd.

Voor de individuele interviews is de geloofwaardigheid tevens bevorderd door:

- het houden van een proefinterview. Hierbij is bekeken of de beginvragen en topics voldoende gegevens opleverden om de onderzoeksvraag te beantwoorden.
- memberchecking heeft plaats gevonden door de transcripten van de individuele interviews voor te leggen aan de respondenten met de vraag of zij nog opmerkingen hadden. Mogelijk hebben zij uitspraken gedaan die anders bedoeld waren. Door het transcript voor te leggen konden zij dit nuanceren. Geen van de respondenten heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

Verplaatsbaarheid (transferability) is de mate waarin kwalitatieve bevindingen vertaald kunnen worden naar andere situaties of groepen. Hoewel de opdracht afdelingsgebonden is uitgezet werd wel gestreefd naar een zo groot mogelijke verplaatsbaarheid bij zowel de individuele als het focusgroep interview. Bij de beschrijving van de resultaten is de context waarbinnen het onderzoek plaats vond zorgvuldig beschreven zodat collega-onderzoekers en anderen de informatie kunnen vergelijken met hun situatie en bezien of de resultaten daar van nut kunnen zijn. In het kader van anonimiteit en vertrouwelijkheid zijn de gegevens van de respondenten echter algemeen beschreven, wat de verplaatsbaarheid minder maakt.

Plausibiliteit (dependability) zegt iets over de stabiliteit van de data ongeacht tijdstip en conditie van de situatie waarin de data verkregen zijn.

Deze is bevorderd door peerreview: het laten beoordelen van de analyse van de (groeps) interviews door de mede-onderzoeker. De medeonderzoeker heeft inzage gehad in de transcripten van de interviews en het document met gegevens over het raadplegen van de zorgleefplannen en is gevraagd de gemaakte analyse kritisch te beoordelen. Bij verschil in mening over de analyse is gezocht naar overeenstemming.

De verminderde personeelsbezetting op de afdeling in de periode dat de interviews uitgevoerd werden kan de resultaten van het onderzoek beïnvloedt hebben. Dit heeft de plausibiliteit verminderd.

Verifieerbaarheid (confirmability) is een integriteitscriterium in kwalitatief onderzoek dat refereert aan objectiviteit en neutraliteit van de data en interpretatie.

De verifieerbaarheid van dit onderzoek is bevorderd door:

- het gebruik van een audiorecorder bij het afnemen van de individuele interviews en het focusgroep interview. Hierdoor is naderhand altijd te controleren wat er precies door de respondenten is gezegd. De medeonderzoeker kan zo ook het verzamelde materiaal beoordelen.
- van de individuele interviews een letterlijk transcript te maken (Verbatim transcriptie)

3.2 Resultaten

Om antwoord te krijgen op deelvraag 2 zijn zes teamleden van de revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege geïnterviewd. Dit waren drie (leerling)verzorgenden i.g. en drie (leerling)verpleegkundigen die enkele maanden tot ruim 15 jaar op de afdeling werkzaam waren.

Aan het focusgroep interview namen zeven verpleegkundigen en verzorgenden en het afdelingshoofd deel. Voor de beschrijving van de resultaten is een tweedeling gemaakt. Paragraaf 3.2.1 en 3.2.2 beschrijven de huidige situatie en paragraaf 3.2.3 en 3.2.4 de wenselijke situatie.

Naar de geïnterviewde (leerling)verpleegkundigen en (leerling)verzorgenden i.g. zal in de verdere tekst verwezen worden als teamleden (tl).

3.2.1 Huidige situatie op de afdeling

Deze paragraaf geeft antwoord op deelvraag 2a: *“Wat zijn de ervaringen van de verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop de mantelzorgers bij activiteiten rond het revalidatieproces door de zorgprofessionals betrokken worden?”*

Rol mantelzorger niet aan de orde bij opname

Het opnamegesprek verloopt bij de verschillende teamleden wisselend.

Wat voor alle teamleden geldt, is dat de rol van de mantelzorger niet door henzelf aan de orde gesteld wordt. Soms komt de mantelzorger hiermee.

"Het is een opname gesprek van waarvoor is de cliënt hier...wie is de contactpersoon en gaat die mee naar het ziekenhuis en daar blijft het eigenlijk ook een beetje bij." (tl 5)

Enkele teamleden vertellen dat de mantelzorger altijd welkom is op de afdeling en dat de zorg hulp bij kleine dingen fijn vindt. Andere teamleden vertellen dat meegaan naar therapieën mag, dat dit inzicht geeft in de therapie en dat men tips krijgt om te helpen met de revalidatie.

De meerderheid van de teamleden ervaart het als lastig dat veel mantelzorger al bij het opnamegesprek (non)verbaal uitdragen het druk te hebben.

"Wat ik ook heel vaak al merk, vooral ook als dan de kinderen nog zeg maar de werkbare leeftijd hebben, dat ze vaak op de klok zitten te kijken van oh ik moet weg en ...ook al aangeven ik kom niet elke dag. Dat kom ik toch wel tegen... dat er die druk is. En dan wordt het toch wel heel moeilijk om die kant op te gaan. Tenminste dat vind ik persoonlijk zelf wel". (tl 6)

Contact met mantelzorger is wisselend

De teamleden veronderstellen in de individuele interviews dat de mantelzorgers weten hoe zij voor vragen contact kunnen leggen met het zorgteam.

"We hebben hier 2 vaste nummers per gang zal ik maar zeggen, telefoonnummers. En die kunnen ze ook altijd bereiken. Dat wordt altijd doorgegeven, die staan ook op het visitekaartje van de afdeling. Dus wat dat betreft denk ik dat het allemaal wel duidelijk is". (tl 2)

Tijdens het focusgroep interview merken de teamleden echter op dat er af en toe wel klachten zijn van mantelzorgers omdat het voor hen lastig is de juiste persoon te bereiken.

Het contact met de mantelzorgers wordt door alle teamleden als wisselend ervaren. Contact met de mantelzorger vindt soms vooral telefonisch plaats, een enkele keer per mail. Het contact met een mantelzorger die veel op afdeling komt verloopt makkelijker, er wordt dan een band opgebouwd.

"Als de mantelzorger op de afdeling aanwezig is heb je ook een ander contact hè? dan heb je ook weer een andere band, waardoor ze zich eigenlijk hier ook wel thuis voelen en dingetjes gaan doen en ons dingen uit handen nemen en overleggen en zo. Telefonisch is dat toch anders". (tl 5)

Uitvoeren van activiteiten

In eerste instantie geven alle teamleden aan dat mantelzorgers weinig betrokken zijn en niet veel activiteiten uitvoeren. Het verzorgen van de was en het regelen en begeleiden van controle afspraken in het ziekenhuis worden als eerste genoemd.

Gaandeweg de interviews realiseren alle teamleden zich dat mantelzorgers toch bij meer activiteiten betrokken zijn dan gedacht.

"Er zijn veel dingen waar je eigenlijk normaal niet altijd heel veel bij stil staat, maar als ik het nou zo opnoem denk ik wauw toch best veel". (tl 2)

Alle teamleden benoemen helpen bij de maaltijd, koffie/thee verzorgen voor de cliënt en de cliënten meenemen voor een wandeling als activiteiten die regelmatig door mantelzorgers gedaan worden. Soms is er een mantelzorger die helpt bij het toiletbezoek of het naar bed brengen.

Helpen bij oefeningen van fysio-of logopedie komt soms ook voor. En in een enkele situatie zorgt de mantelzorger ervoor dat er iemand van de familie of een bekende aanwezig is bij een verwarde cliënt.

"En wat mantelzorgers ook heel veel doen is gewoon de mensen even mee naar buiten nemen". (tl 2)

"Er is inderdaad een mevrouw die regelmatig door haar nichtje geholpen wordt met eten geven".(tl 4)

Alle teamleden benoemen gunstige effecten van de betrokkenheid van mantelzorgers. Hulp bij de maaltijden ontlast het zorgteam enorm. Maar ook voor de cliënt is het fijn om een bekende in de buurt te hebben, want veel cliënten vervelen zich en zij kunnen met hulp van de mantelzorger meer oefenen.

"Vallen in slaap voor de televisie. Dat is wat ik zie, dus gewoon letterlijk zie zeg maar. Dan denk ik het is fijn als er een mantelzorger komt die zegt, van kom we gaan eens lekker naar buiten toe". (tl 4)

Geen betrokkenheid bij opstellen van het zorgleefplan

Het zorgleefplan wordt opgesteld door de contactverzorgende, de mantelzorger wordt hierbij niet betrokken. Het bezwaar is dat er dan te veel tijd overheen gaat voordat het zorgleefplan gebruikt kan worden. Wel wordt het zorgleefplan altijd aan cliënt of mantelzorger voorgelegd voor akkoord en ondertekening.

"Het is niet dat ze er zelf bijzitten als wij het maken, maar we laten het wel goedkeuren en ondertekenen". (tl 1)

Onbekendheid met Visie en beleid Mantelzorg van Vitalis

De nota "Visie en beleid Mantelzorg van Vitalis" is bij geen van de teamleden bekend.

"Visie en beleid van Vitalis rond mantelzorg? Nee, daar ben ik niet mee bekend". (tl 4)

Het is voor de teamleden niet duidelijk wat het beleid is rond mantelzorg, zij vragen zich af wat wel mag en wat niet.

Eén teamlid denkt dat het beleid van Vitalis beleid is om de mantelzorger zoveel mogelijk te betrekken, maar ziet dit nergens terug.

"Eh...nou...de visie is wel dat we zo veel mogelijk de mantelzorg erbij willen betrekken he? Maar eh, daar wordt niet echt veel mee gedaan naar mijn idee op dit moment".(tl 5)

Waardering mantelzorger verbetert het contact

Meerdere teamleden lopen er tegen aan dat ze de mantelzorger geen koffie of maaltijd mogen geven als deze de hele dag bij de partner is. Zij zien dit als waardering naar de mantelzorger toe. Daarnaast is een kopje koffie aanbieden goed voor het contact met de mantelzorger en dat is ook goed voor cliënt, het kan zo gunstig zijn voor revalidatieproces.

"We mogen geen koffie geven aan eh... bezoek. Ik vind zelf, dat kan er bij mij eigenlijk niet zo in. Ik vind als mevrouw heel de dag hier is en voor haar man zorgt, vind ik dat mevrouw koffie mag hebben en niet dat ik dan moet zeggen dat ze dat beneden moet gaan halen. Dus daar loop ik zelf een beetje tegen aan". (tl 5)

Overbelasting mantelzorger

Soms geven mantelzorgers zelf aan dat het niet meer gaat en door de teamleden wordt regelmatig aan de mantelzorgers gevraagd hoe het met hun gaat.

"Ik betrek diegene er wel bij zelf. Ja, dat wel...hoe is het nou met je, hoe ga je er nou eigenlijk mee om...dat stuk wel". (tl 4)

Meetinstrumenten om belasting van mantelzorgers te meten worden niet gebruikt en zijn ook niet bekend bij de teamleden. Omgaan met (over)belasting van mantelzorgers is afhankelijk van het invoelend vermogen van de individuele teamleden.

"De belastbaarheid van die mantelzorger, ik denk het wel dat het een stukje eh eigen initiatief is. Ja, eigen invoelend vermogen". (tl 6)

Als de teamleden merken dat een mantelzorger overbelast dreigt te raken geven zij het advies een stapje terug te doen en waken zij ervoor niet te veel aan deze mantelzorger te vragen.

De meeste teamleden zijn niet bekend met externe instanties om mantelzorgers door te verwijzen en hebben het gevoel niet veel te kunnen doen als een mantelzorger overbelast is. Wel weten de teamleden dat zij de geestelijk verzorger of psycholoog in kunnen schakelen bij overbelasting van de mantelzorger.

"We hebben hier een geestelijk verzorger in huis. Die wordt bij mijn weten heel vaak betrokken bij overbelasting van de mantelzorger". (tl 2)

Soms leeft bij teamleden de gedachte dat het gaat om de cliënt en niet om de mantelzorger. Alle tijd die je besteedt aan begeleiding van de mantelzorger kan je niet besteden aan cliënt. Aan de andere kant geeft het voldoening als een mantelzorger door jouw advies weer beter kan functioneren, dan ben je er ook voor de mantelzorger geweest.

"En, en daar moet je een goede middenweg in zoeken denk ik. Je kunt niet zo maar zeggen van oké het gaat om de cliënt en de mantelzorger niet, want het is toch het hele plaatje". (tl 3)

Informatievoorziening beïnvloedt betrokkenheid van mantelzorger

De behoefte aan informatie verschilt per mantelzorger en per moment. Enkele teamleden geven aan dat mantelzorgers soms vinden dat ze niet of te laat geïnformeerd worden over veranderingen in de situatie van hun partner of ouder. Dit leidt dan tot ontevredenheid bij een mantelzorger omdat die het gevoel krijgt niet betrokken te worden bij de cliënt.

"Je hebt heel vaak ook eh op het moment dat mensen dan eh wat klachten krijgen of zo... van ja we weten het niet of we worden niet geïnformeerd of zo, terwijl je dan ook voorkomt dat mensen inderdaad eh tegen dingen aanlopen, ja die we hadden kunnen voorkomen als ze wel geïnformeerd waren hè?". (tl 3)

In principe is de afspraak dat bijzonderheden vanuit de artsenvisite en het MDO dezelfde dag doorgegeven worden aan de mantelzorger. Door drukte op afdeling lukt dit niet altijd.

"En ik denk dat toch uiteindelijk ook wel de drukte bij ons af en toe een stoorzender is, je wilt wel... Maar ... het is toch wat heb je aan werk en wat heb je aan tijd. En dan moet je prioriteiten stellen. En soms gaat dat goed en soms niet". (tl 6)

De structuur die er voorheen was bij het plannen van de familiegesprekken is verwaterd. Bij deze gesprekken waarbij arts, contactverzorgende en mantelzorger aanwezig zijn wordt over en weer informatie uitgewisseld, maar kan ook de betrokkenheid van de mantelzorger besproken worden.

"Familiegesprekken die hebben vroeger op vaste tijden plaats gevonden, meestal 5 tot 6 weken na opname en dan daarna al naar gelang hoelang de cliënt hier op de afdeling was

vonden die plaats na een MDO of eh ja 4 tot 5 weken naderhand. Nu is dat vaak niet meer zo gestructureerd". (tl 3)

Mantelzorgers missen medische informatie

De teamleden gaan er van uit dat cliënt en mantelzorger in het ziekenhuis volledig zijn geïnformeerd over het ziektebeeld dat de cliënt heeft. Op de afdeling wordt daarom geen informatie gegeven over het ziektebeeld. Soms wordt wel nagevraagd of men bekend is met revalidatie.

"Maar goed dan kom je op een revalidatie en dan hoop ik eigenlijk dat ze in het ziekenhuis, het daar over gehad hebben, nee een volledige uitleg dat wordt niet gegeven". (tl 5)

Toch hebben de teamleden de ervaring dat niet altijd alle informatie uit ziekenhuis "is blijven hangen". De cliënt en mantelzorgers blijken vaak verkeerde verwachtingen te hebben bij een ziektebeeld en weten niet wat revalidatie inhoudt. Dit maakt het soms lastig de mantelzorger erbij te betrekken.

"Vaak merk ik zelf dat mensen niet goed op de hoogte zijn van wat het ziektebeeld, een CVA of dergelijke inhoudt... en eh door die onwetendheid dan worden ze ook niet getriggerd". (tl 2)

De teamleden geven aan dat de cliënten en mantelzorgers meer informatie willen hebben van de arts. Dit is door het zorgteam aangegeven bij de artsen maar heeft nog geen resultaat gehad. Vragen van mantelzorgers op medisch gebied blijven te lang onbeantwoord en dat leidt tot onzekerheid en frustraties bij mantelzorgers. Het zorgteam wordt dan benaderd maar kan vaak niet de gewenste duidelijkheid scheppen. Het is lastig voor de teamleden om dan de mantelzorger tevreden te houden en te betrekken bij het revalidatieproces.

"Of je krijgt iedere keer een telefoontje van een contactpersoon met dezelfde vraag en iedere keer wordt die doorverwezen want dan is het ergens besproken en is het niet helemaal duidelijk hoe of wat en dat is natuurlijk ook niet fijn als contactpersoon eh te horen te krijgen, dan wil je ook duidelijkheid" (tl 2)

Mantelzorgers terughoudend bij therapie oefeningen

De teamleden geven vaak het advies aan de mantelzorgers om mee te gaan naar therapieën: de mantelzorger kan daar vragen stellen en oefeningen aanleren. Sommige mantelzorgers gaan mee naar therapieën en enkelen doen ook oefeningen met de cliënt. De andere disciplines nemen zelf geen initiatief om mantelzorgers te betrekken bij de therapie. Alleen de ergotherapeut betreft de mantelzorger in het geval van een huisbezoek. Enkele teamleden geven aan dat er meer uit de therapie te halen zou zijn als mantelzorgers leren oefeningen te doen met de cliënt, want de teamleden hebben er geen tijd voor en de cliënt kan het niet alleen.

"Als de therapeut een oefening zou leren aan de mantelzorger dan zou deze wel meer kunnen oefenen en zou daar meer uit te halen zijn denk ik". (tl 1)

Soms is een mantelzorger bang de cliënt te veel af te leiden en gaat om die reden niet mee naar de therapie. Andere mantelzorgers willen geen oefeningen doen met cliënt, zij vinden dit voor de zorg of voor de therapeut of zij brengen hun tijd met de cliënt liever door met leuke dingen. Veel mantelzorgers denken dat oefeningen heel intensief of ingewikkeld zijn, dat houdt hen soms tegen.

"Maar het betekent dus... als mensen niet genoeg oefenen, als ze zelf niet de mogelijkheid hebben...dat ze gewoon niet aan hun oefeningen komen, met alle gevolgen van dien. En dan zou het gewoon heel fijn zijn als wel zoon of dochter of partner... bereid

is om dat over te nemen of er een bijdrage aan te leveren. En met de een is het wel bespreekbaar, maar ik merk toch dat heel veel er niet op staan te wachten. (tl 6)

Persoonlijke verzorging op initiatief van de mantelzorger

Als een mantelzorger helpt bij de persoonlijke verzorging gaat dit altijd uit van mantelzorger zelf. Eén van de teamleden vraagt zich af of het er ook mee te maken heeft dat het moeilijk is om zorg uit handen te geven als teamlid zijnde.

De teamleden staan wel open voor hulp van de mantelzorger bij de persoonlijke verzorging, maar de meeste vinden dat dit van mantelzorger uit moet gaan. De teamleden zouden zelf niet graag hun eigen ouders verzorgen en dat houdt hen tegen het van een ander te vragen.

"Maar dan zou ik er toch eerder voor kiezen dat de mensen dat dan zelf aangeven. Want als ik dan bijvoorbeeld naar mezelf ga kijken, ik weet niet of ik het heel prettig zou vinden als ik bijvoorbeeld mijn vader zou moeten gaan wassen en aankleden". (tl 3)

Bij de mantelzorgers wordt ook vaak terughoudendheid bemerkt ten aanzien van hulp bij de persoonlijke verzorging. Er wordt ofwel gêne ervaren of de vaak hogere leeftijd van de mantelzorger speelt een rol qua lichamelijke belasting. Vaak vinden mantelzorgers de persoonlijke verzorging echt een taak voor de verpleging.

"Maar ik merk ook wel een beetje terughoudendheid vanuit de mantelzorgers. Dat ze er terughoudend in zijn om hun partner of eh familielid te verzorgen eh of met het aankleden van boven of wat dan ook. Dat eh vaak vinden ze toch wel van eh dat is echt jullie ding". (tl 2)

Het oefenen van activiteiten van het dagelijks leven (adl: wassen, aankleden en dergelijke) samen met de mantelzorger in de ontslagfase wordt alleen gedaan als deze daar zelf om vraagt. Vaak neemt de ergotherapeut dit oefenen dan over. De mantelzorger ziet vaak niet dat de adl ook een deel is van de revalidatie. De mantelzorger betrekken bij de adl vergroot zelfredzaamheid van cliënt en partner, maar ook het belang van zelfredzaamheid wordt niet altijd gezien door de mantelzorger.

"Dat het wassen en het aankleden heel vaak onderschat wordt, terwijl dat gewoon eigenlijk ook al therapie is en dat zien ze vaak niet, dat krijg ik ook niet altijd in". (tl 2)

Terughoudendheid bij betrekken mantelzorger

Sommige cliënten hebben geen mantelzorger of deze is bijna nooit aanwezig.

Als de mantelzorger aangeeft het heel druk te hebben of de mantelzorger is zelf op leeftijd, dan houdt dit de teamleden tegen om de mantelzorgers te betrekken bij de zorg. Vaak vullen de teamleden bij voorbaat in voor de mantelzorger dat deze bijvoorbeeld geen tijd heeft, te oud of overbelast is. De eigen ervaring van teamleden altijd een volle agenda te hebben en daardoor zelf ook geen mantelzorg taken uit te kunnen voeren speelt hierbij ook mee.

"Vaak zijn de mensen die hier komen al op een hoge leeftijd en de eerste contactpersoon zijn vaak partners ook, die nog in leven zijn of de kinderen die hebben een druk schema. Kijk eh als de partners zelf eh mantelzorgers zijn die zijn vaak op leeftijd en die zijn ook minder belastbaar... en dan kan je ze ook niet eh betrekken bij van alles en nog wat". (tl 2)

Enkele teamleden denken dat het ook een rol speelt dat het voor de zorgprofessional moeilijk is om zorg uit handen te geven aan de mantelzorger en dat het nog niet in ons systeem zit om de mantelzorger te betrekken.

"Op een of andere manier zit dat nog niet in ons systeem denk ik of zo". (tl 3)

3.2.2 Conclusie

De verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege hebben de volgende ervaringen over de manier waarop de mantelzorgers bij activiteiten rond het revalidatieproces betrokken worden door de zorgprofessionals:

Het initiatief voor betrokkenheid van de mantelzorger bij het revalidatieproces ligt meestal bij de mantelzorger. Als deze betrokkenheid toont en taken wil overnemen wordt dit zeker ondersteund door de teamleden. De teamleden betrekken de mantelzorger echter niet zelf actief bij het revalidatieproces. Bij opname en ook daarna wordt de rol van de mantelzorger niet besproken.

Alle teamleden zien wel gunstige effecten van de betrokkenheid van mantelzorgers.

De teamleden proberen regelmatig de mantelzorgers het advies te geven om mee te gaan naar therapieën om de oefenmogelijkheden in vervolg op de therapieën en het begrijpen hiervan te vergroten. Vanuit de andere disciplines wordt geen initiatief genomen om mantelzorgers te betrekken bij de therapie.

De nota "Visie en beleid Mantelzorg van Vitalis" is bij geen van de teamleden bekend.

Er is zeker aandacht voor de belasting van de mantelzorger, maar meetinstrumenten om dit te meten worden niet gebruikt en zijn ook niet bekend bij de teamleden.

Alle teamleden geven aan dat ze door het interview aan het denken zijn gezet over het onderwerp mantelzorg en er met een andere blik naar kijken.

3.3.3 Wenselijke situatie volgens de teamleden

Deze paragraaf geeft antwoord op deelvraag 2b: *"welke behoeften en ideeën hebben de verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop de mantelzorgers betrokken kunnen worden bij activiteiten rond het revalidatieproces?"*

Mantelzorger meer betrekken

De teamleden geven allemaal aan dat het mooi zou zijn als de mantelzorger meer betrokken zou zijn bij de revalidatie, maar de tijd die je hierin investeert moet wel in evenwicht zijn met het voordeel dat de betrokkenheid van de mantelzorger oplevert. Voor een cliënt is het fijn om een bekende in de buurt te hebben. De mantelzorger weet hoe de cliënt het wil of gewend is. Daarnaast geeft "iets betekenen voor bijvoorbeeld de partner" een mantelzorger voldoening. Mantelzorger en cliënt verliezen al veel, het is dan goed om bij elkaar betrokken te blijven.

"Dat vind ik belangrijk dat zij betrokken zijn, want ze verliezen al zoveel bij hun partner of familie dus dat vind ik wel belangrijk dus ik probeer dat wel te stimuleren, maar het zou wel meer kunnen denk ik". (tl 1)

Verder heeft het als voordeel dat aan de cliënt meer afleiding geboden kan worden en de cliënt meer geholpen wordt bij oefeningen die door de verschillende disciplines worden gegeven.

Alle teamleden blijven zich afvragen hoe ver je moet gaan in het stimuleren van betrokkenheid van de mantelzorger, er moet oog blijven voor de belastbaarheid van de mantelzorger.

Als laatste kan een grotere betrokkenheid van de mantelzorger het actief meedenken vergroten. Er komt meer regie te liggen bij mantelzorger en cliënt en juist dit is het doel van revalidatie.

"Om de mantelzorger in de toekomst wat meer te laten doen en dat ze dan misschien op een andere manier erbij betrokken worden zodat ze meer inzicht krijgen hoe het nu gaat. De basis zijn om daar wat sturing in te kunnen bieden hé. Denk hier aan, denk daar aan. Dus eh het lampje moet ook gaan branden". (tl 4)

Betrokkenheid begint bij opname

Er is bij de teamleden behoefte aan een duidelijk beleid rond mantelzorg vanuit de instelling en afdeling om bij opname aan te kunnen bieden. De meerderheid van de teamleden zou bij het opnamegesprek de rol van de mantelzorger willen bespreken. Zij zouden rechtstreeks aan de mantelzorger willen vragen "wat zou u kunnen of willen betekenen voor uw partner/vader/moeder?" Door één teamlid wordt opgemerkt dat dit geen geld of tijd kost, het vraagt alleen een cultuurverandering binnen het zorgteam.

"Ik denk sowieso eh dat we ons 1e gesprek anders moeten gaan doen dan. Ik denk gewoon rechtstreeks aan de mantelzorger vragen wat zou u voor uw vader, moeder eh vrouw kunnen betekenen hier, wat zou je willen en wat zou je kunnen?...Ik denk dat op zich dat daar helemaal niet zoveel extra geld of tijd voor nodig is denk ik". (tl 6)

Enkele teamleden vinden dat je voorzichtig moet zijn om al in een opnamegesprek te vragen wat de mantelzorger kan betekenen omdat deze vaak nog midden in het verwerkingsproces zit, vooral als het gaat om CVA cliënten. Je moet dan uitkijken dat je deze mantelzorgers niet teveel belast.

Daarentegen vinden andere teamleden het juist goed om meteen ter sprake te brengen wat de mantelzorger kan betekenen omdat deze vaak het idee heeft op de afdeling niets voor de cliënt te mogen doen.

Een lijst met mogelijke taken voor de mantelzorger kan een leidraad zijn tijdens de opname. Een deel van de teamleden vraagt zich af of dit de mantelzorger niet zal afschrikken. Mogelijk is het een idee om zo'n lijst mee te geven, samen met een folder over de afdeling en daar in een vervolgesprek met de contactverzorgende op terug te komen.

Meer betrokkenheid door betere informatie

Het lijkt de teamleden goed om bij opname na te gaan wat cliënt en mantelzorger weten over het ziektebeeld en of men weet wat revalidatie inhoudt. Daarna kan informatie op maat gegeven worden. Sommige teamleden vinden dat informatie over het ziektebeeld door de arts gegeven moet worden.

De teamleden zijn het er wel over eens dat als de mantelzorger inzicht heeft in het ziektebeeld en doel van de revalidatie, deze beter bij het revalidatieproces betrokken kan worden.

"Mensen krijgen hier als ze binnen komen een klapper vol met info over wat hier in huis allemaal kan, maar eh, ja ik denk toch dat dat meer op maat eh gegeven moet worden, ja... want ja bij de ene CVA cliënt gaat het meer over de afasie en over de communicatie, bij de andere is het veel meer het motorische gedeelte dus ja, daar pas je dan je info op aan" (tl 3)

Door één of twee vaste aanspreekpunten aan te wijzen, bijvoorbeeld de contactverzorgende en de coördinator is het voor de mantelzorger duidelijk wie benaderd kan worden voor informatie. Ook kan al bij opname aangegeven worden welke overlegmomenten de mantelzorger kan verwachten.

Zowel de vaste overlegmomenten als het tussentijds informeren van de mantelzorger over situatie van de cliënt zou meer gestructureerd moeten worden. Dan wordt voorkomen dat informatie niet (tijdig) doorgegeven wordt en de mantelzorger zich slecht geïnformeerd voelt. Als de mantelzorger een beter inzicht heeft in de situatie van de cliënt is betrekken bij het revalidatieproces makkelijker. Daarnaast geven vaste overlegmomenten meer mogelijkheden om de mantelzorger te betrekken.

"Want nu is het vaak ad hoc, of net als ik zei als er dingen aan de hand zijn dat je dan eh info verstrekt, maar dat het gewoon wat gestructureerder zou kunnen. De enige structuur die der nu is, is denk ik na een MDO, dat mensen na een MDO op de hoogte gebracht worden wat daar besproken is". (tl 3)

Een voorstel is om bij opname op de tweede dag een gesprek met mantelzorger, arts en cliënt te plannen. Er is dan vanaf het begin van de opname meer duidelijkheid voor de mantelzorger over de verwachtingen rond de revalidatie. De teamleden denken dat de mantelzorger dan minder frustraties heeft over onbeantwoorde vragen en meer open zal staan om betrokken te worden bij het revalidatieproces.

"En dat zou dan zeg maar, misschien bij opname.... een lichamelijk onderzoek is er dan meestal, dan zou het goed zijn als er bij opname gelijk al een gesprek is met de familie bijvoorbeeld om een heleboel vragen al uit de wereld te helpen hè? Die dan wel aan ons gesteld worden steeds, en die we toch steeds moeten terugkoppelen naar de arts. Dus dat zou wel wat kunnen zijn. Want vaak is het ook zo dat familie graag ook een dokter wil horen". (tl 5)

Een ander idee is om gebruik te maken van contact op afstand, bijvoorbeeld een familienet app. Hiermee is binnen Vitalis een proef gestart.

Meer initiatief vanuit andere disciplines gewenst

De teamleden zouden willen dat er meer initiatief vanuit de andere disciplines komt om de mantelzorgers bij hun therapieën te betrekken. Als mantelzorgers meer uitleg krijgen van de therapeuten, zullen ze meer gaan nadenken en krijgen ze een actievere rol. Meer hulp van mantelzorgers bij oefeningen wordt als zeer gewenst gezien omdat blijkt dat er te weinig geoefend wordt. De cliënt kan het vaak niet alleen, het zorgteam komt er door tijdgebrek niet aan toe.

Enkele teamleden geven aan dat het zinvol zou zijn om bij opname de meerwaarde van betrokkenheid bij de therapieën uit te leggen.

"Ik probeer zelf bij opname wel eh... altijd duidelijk te maken van dat er een mogelijkheid is om bijvoorbeeld, als je toch op bezoek bent, ga eens een keer mee naar de fysiotherapie, ga eens een keer mee naar de logopediste. Dan zie je zelf ook wat daar gebeurt. Dus dat zou ook een tip zijn voor collega's". (tl 6)

Mogelijk activiteiten voor de mantelzorger

Als uitgangspunt voor de inbreng van de mantelzorger is het belangrijk niet in te vullen voor de mantelzorger maar bespreekbaar te maken wat deze kan en wil.

Alle teamleden vinden "er zijn voor de cliënt " de belangrijkste activiteit voor de mantelzorger, evenals met de cliënt gaan wandelen, naar het restaurant gaan en andere vormen van afleiding.

Een deel van de teamleden vindt dat hulp bij de persoonlijke verzorging meer gestimuleerd mag worden. Zeker in het kader van adl als revalidatie.

Het andere deel van de teamleden vindt hulp bij de persoonlijke verzorging prima, maar alleen als de mantelzorger zelf aangeeft dit te willen.

Hulp bij het naar bed brengen en hulp bij oefeningen worden ook genoemd als taken voor de mantelzorger.

Begeleiding bij de maaltijden wordt door alle teamleden als activiteit genoemd, waarbij aangetekend wordt dat het wel zaak is dat de mantelzorger begrijpt wat het doel is van revalidatie, dus niet alles over gaat nemen van de cliënten.

Met de cliënt(en) samen een maaltijd bereiden in het kader van de revalidatie wordt door één teamlid genoemd als mogelijke activiteit voor de mantelzorger.

"Je zou inderdaad eh bij de adl 's morgens hè? De mensen die geïnteresseerd zijn om 's morgens ondersteuning te bieden bij het wassen en aankleden eventueel. En bij het eten sowieso, de eetmomenten als er problemen zijn". (tl 5)

Ondersteuning mantelzorger

De ondersteuning van de mantelzorger moet een vaste structuur krijgen. Als regelmatig aan de mantelzorgers gevraagd wordt hoe het met hen gaat zullen deze zich meer betrokken voelen en eerder iets willen doen voor de afdeling. De teamleden hebben

behoefte aan mogelijkheden om de mantelzorger verder te helpen bij overbelasting, zoals kennis over doorverwijzingsmogelijkheden naar externe instanties. Als blijk van waardering, ter ondersteuning of voor het welbevinden van de cliënt zou het mogelijk moeten zijn dat de mantelzorger een kopje koffie of maaltijd krijgt als deze veel aanwezig is.

Omdat de belastbaarheid van oudere mantelzorgers beperkt is, zou voorgesteld kunnen worden aan deze mantelzorgers om op wisselende tijden te komen zodat zij inzicht krijgen in de hele dagelijkse gang van zaken rond de cliënt.

"Kijken waar de mantelzorger kan insteken, want ja je zit natuurlijk ook met een bepaalde belasting.

En omdat we hier met oudere mensen te maken hebben zou ik me kunnen voorstellen zo van... nou ja de ene keer kom je een keer in de ochtend, de andere keer kom je een keer in de middag of misschien een keer in de avond". (tl 3)

Familiedag/mantelzorgavond

Eén van de teamleden draagt het idee aan voor een mantelzorgavond, eventueel gericht op een specifiek ziektebeeld, bijvoorbeeld CVA.

Iemand anders heeft als idee het organiseren van een familiedag. De mantelzorger is dan de hele dag op de afdeling aanwezig en volgt het hele revalidatie gebeuren (adl, maaltijden, therapieën). Zo'n familiedag geeft inzicht in therapieën en ziektebeeld. De mantelzorger krijgt direct actuele informatie van de therapeuten. Bij de mantelzorgers worden veel vragen weggenomen over de therapieën en ze zijn meer betrokken bij het kijken naar de toekomst.

Dit idee krijgt in de focusgroep veel bijval en als het goed in de dagelijkse werkzaamheden verweven wordt hoeft zo'n familiedag niet eens veel tijd te kosten. Eén teamlid oppert om er ook een familiegesprek aan te koppelen.

"Familiedagen: dan liepen ze zo een heel dagje mee, konden ze ook meteen hun vragen stellen bij de desbetreffende disciplines. En dan waren er al heel veel vragen beantwoord eigenlijk. En eh het gaf hun ook zoveel inzicht van goh wat het eigenlijk inhoudt en ook met het ziektebeeld". (tl 2)

Niet opnieuw het wiel uitvinden

Een van de teamleden oppert het idee om bij andere revalidatiecentra te kijken wat daar gedaan is om mantelzorgers te betrekken bij het revalidatieproces. Dan hoeft je zelf het wiel niet uit te vinden.

"Zij lopen dan dus waarschijnlijk met mantelzorg een stuk voor op ons daar kunnen we veel van leren. Waarom dan niet gaan samenwerken. En dan bijvoorbeeld ook eh mantelzorg, hoe ga je daar mee om". (tl 6)

3.3.4 Conclusie

De verpleegkundigen en verzorgenden op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege hebben de volgende behoeften en ideeën over de manier waarop de mantelzorgers betrokken kunnen worden bij activiteiten rond het revalidatieproces:

Alle teamleden willen de mantelzorger meer betrekken bij het revalidatieproces.

Uitgangspunt hierbij moet zijn dat de teamleden niet invullen voor de mantelzorger dat deze al te veel belast is of op hoge leeftijd, maar dat zij bespreekbaar moeten maken wat deze kan en wil.

Er is daarbij behoefte aan duidelijkheid over het beleid vanuit het management rond mantelzorg.

De meerderheid van de teamleden wil bij het opnamegesprek de rol van de mantelzorger bespreken. Zij stellen voor rechtstreeks aan de mantelzorger vragen "wat zou u kunnen/willen betekenen voor uw partner/vader/moeder?"

Enige discussie blijft hierover bestaan. Enkele teamleden geven aan dat de mantelzorger vaak nog midden in het verwerkingsproces zit, je moet dan voorzichtig zijn niet te veel te vragen.

Ook wat revalidatie inhoudt en wat de meerwaarde is van betrokkenheid bij de therapieën zou in het opnamegesprek besproken moeten worden. Daarnaast is meer initiatief vanuit de andere disciplines om de mantelzorgers bij hun therapieën te betrekken wenselijk.

De vaste overlegmomenten, het tussentijds informeren van de mantelzorger over situatie van de cliënt en de ondersteuning van de mantelzorger zou meer gestructureerd moeten worden. Door betere informatie en ondersteuning zullen mantelzorgers zich meer betrokken voelen en eerder iets willen doen voor de afdeling.

Het idee om een *familiedag* te introduceren krijgt van alle teamleden veel bijval. De mantelzorger is dan de hele dag op de afdeling aanwezig en volgt alle onderdelen van het revalidatieproces. Zo'n familiedag geeft inzicht in therapieën en ziektebeeld.

4. Deelvraag 3

Deelvraag 3a: Wat zijn de ervaringen van de mantelzorgers van CVA en heupoperatie cliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop zij bij activiteiten rond het revalidatieproces door de zorgprofessionals betrokken worden?

Deelvraag 3b: Welke behoeften en ideeën hebben mantelzorgers van CVA en heupoperatie cliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop zij bij activiteiten rond het revalidatieproces betrokken willen worden?

4.1 Methoden

4.1.1 Onderzoeksbenadering

Voor deze deelvraag is gekozen voor een **kwalitatief onderzoek** omdat zo inzicht verkregen werd hoe mantelzorgers betrokken willen worden bij het revalidatieproces en hoe deze de samenwerking met de zorgprofessional beleven. Doordat de onderzoeker nog nooit een kwalitatief onderzoek gedaan had, relatief weinig voorkennis had en er weinig richtlijnen over het onderwerp bekend waren, wilde deze met een open vizier het onderzoek in gaan om een zo breed mogelijke scala aan antwoorden te krijgen op de deelvraag. Het onderzoek is zowel beschrijvend als explorerend van aard.

Beschrijvend om zo niet alleen de situatie te beschrijven maar ook om erachter te komen wat echt het probleem was en zo tot een antwoord op deelvraag 3 te komen. Door voor diepte-interviews te kiezen, werd niet alleen verkregen hoe mantelzorgers de “betrokkenheid” met de zorgprofessionals op de revalidatie-afdeling hebben ervaren maar ook wat dit voor hen heeft betekend. De interviews moeten een goed beeld geven van de inhoud en de betekenis van de problematiek, iets wat in een tabel moeilijk te zien is (Baarda et al., 2013). Het onderzoek is ook **explorerend** omdat zo verkregen werd welke ideeën mantelzorgers hebben over hoe zij betrokken willen worden door de zorgprofessional bij het revalidatieproces. Hierdoor werd nieuwe informatie verkregen waar in eerste instantie niet aan gedacht werd. Kwalitatief onderzoek richt zich vooral op het exploreren van situaties en verschijnselen (Cox, 2012).

4.1.2 Dataverzamelingstechniek

Als dataverzamelingstechniek werd gekozen voor:

- Halfgestructureerde interviews met mantelzorgers van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege. Gevolgd door:
- Een focusgroep interview met mantelzorgers van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege.

Halfgestructureerde interviews

De dataverzameling werd begonnen met zes halfgestructureerde interviews. In een halfgestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast, maar de onderwerpen wel (Baarda et al., 2013).

Het halfgestructureerde interview was bij deze deelvraag geschikt omdat meestal het doorvragen dan niet vast ligt. Zo kon er afgeweken worden van de vraag-volgorde en formulering als dat beter uit zou komen en kon er inspiratie gevonden worden in wat de mantelzorger zelf te vertellen had. Tevens kon in de gaten gehouden worden dat alle vragen aan bod kwamen. Doordat er weinig ervaring was met interviewen was het hanteren van een topiclijst, die gebaseerd was op literatuuronderzoek dan ook geschikt. De uitleg van de topiclijst (zie bijlage 2) vindt u onder het “kopje” instrumenten.

Focusgroep interview

Na de individuele interviews heeft een focusgroep interview plaats gevonden met negen mantelzorgers. Het voordeel dat er eerst individuele interviews zijn gehouden was dat daarin al een groot aantal onderwerpen besproken waren. Privéonderwerpen zijn besproken en uitgediept en mantelzorgers hebben kunnen vertellen wat er op hun hart lag. Dit was bij het focusgroep interview minder het geval. Uit de individuele interviews zijn ideeën meegenomen die in de focusgroep verder besproken zijn. Het doel hiervan was om te bekijken of mantelzorgers dezelfde ervaringen en ideeën deelden en of zij nog aanvullingen hadden.

Een focusgroep interview is een gericht groepsinterview met deelnemers die één of meerdere gemeenschappelijke kenmerken hebben (Baarda et al., 2013). Een gemeenschappelijk kenmerk dat mantelzorgers hadden was dat ze allen zorgden voor hun naaste en belasting ervoeren. De verschillen waren de zwaarte van de belasting en de beleving hoe zorgprofessionals met hen omgaan. Kenmerkend is dat mantelzorgers op elkaar reageren en niet alleen op de interviewer. Doordat er een wisselwerking ontstaat, creëren deze een eigen dynamiek (Migchelbrink, 2013). Om betrokkenheid bij het revalidatieproces inzichtelijk te krijgen werd letterlijk aan mantelzorgers gevraagd hoe men "het betrokken worden door de zorgprofessional" ervaart. Door het focusgroep interview te hebben gehouden is vooral informatie verkregen voor het beantwoorden van deelvraag 3b omdat de focus heeft gelegen op het genereren van nieuwe ideeën. Doordat de deelnemers van de focusgroep op elkaar hebben gereageerd, inspireerden zij elkaar, waardoor er nog bredere en diepere informatie is verkregen (Baarda et al., 2013).

Het voordeel is dat er in een focusgroep interview meerdere mensen tegelijk gesproken worden en dit minder tijd in beslag neemt. Een nadeel kan zijn dat in een focusgroep interview minder mondige mensen kunnen zitten die bang zijn om een gek figuur te slaan. Sociale wenselijkheid en angst spelen een rol (Migchelbrink, 2013). In het focusgroep interview leek dit te maken te hebben met henzelf als persoon of dat men zich liet overrompelen door de ander. Dit is ondervangen door ook de aandacht regelmatig specifiek op hen te richten en ook aan hen vragen te stellen.

4.1.3 Onderzoekspopulatie

Revalidatie afdeling Wissehaege bestaat uit 64 mantelzorgers bij 32 cliënten, zijnde eerste en tweede contactpersonen, als de bezetting 100 procent is. Deze mantelzorgers vormen de onderzoekspopulatie.

Uit deze onderzoekspopulatie is een gerichte steekproef gehaald van zes mantelzorgers waarmee een halfgestructureerd interview gehouden is. Kenmerkend voor een gerichte steekproef is dat op grond van inhoudelijke redeneringen of overwegingen bepaalde personen, situaties, momenten geselecteerd kunnen worden (Baarda, 2013).

De onderzoeker heeft twee groepen mantelzorgers bevraagd, te weten mantelzorgers van CVA cliënten en van heupoperatie cliënten. Vooral omdat deze populaties verschillen of overeenkomsten in beleving kunnen aangeven over hoe men betrokkenheid door zorgprofessionals ervaart bij het revalidatieproces en wat hun wensen hierin zijn. Er is gekozen om deze overeenkomsten of verschillen naast elkaar te leggen om hierna gericht te kunnen kijken wat de organisatie hiermee zou kunnen doen in de toekomst. De mantelzorgers van heupoperatie cliënten kunnen een heel andere belasting ervaren dan mantelzorgers van CVA cliënten, doordat waarschijnlijk een heupoperatie alleen problemen geeft op orthopedisch vlak en een CVA ook blijvende cognitieve problemen kan geven.

Voor het bepalen van de onderzoekspopulatie met betrekking tot de halfgestructureerde interviews en het focusgroep interview zijn de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

Inclusiecriteria halfgestructureerde interviews:

- Alle eerste of tweede contactpersonen, mantelzorgers van cliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege.
- Mantelzorgers van CVA cliënten en mantelzorgers van heupoperatie cliënten voor de individuele interviews.
- Verblijfsduur van de cliënt langer dan twee weken (Het eerste gesprek vindt namelijk pas plaats twee weken na het opnamegesprek, de afdeling gaat dan uit van gewenning op de afdeling van betrokkenen).

Inclusiecriteria focusgroep interview:

- Voor het focusgroep interview zijn mantelzorgers van alle cliënten op de revalidatie-afdeling geïnccludeerd.
- Mantelzorgers uit het half-gestructureerde interview mogen deelnemen aan de focusgroep

Exclusiecriteria:

- Eerste en tweede contactpersonen, zijnde mantelzorgers, van cliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege die korter dan twee weken op de afdeling verbleven.
- Mantelzorgers met wie een gesprek in het Nederlands niet mogelijk is. De verwachting is dat er dan geen diepgang in het interview verkregen wordt door de taalbarrière.

Na toepassing van deze in-en exclusiecriteria is er eerst een groep eerste en tweede contactpersonen van drie CVA cliënten en drie heupoperatie cliënten geselecteerd voor de halfgestructureerde interviews. Na deze selectie werden alle eerste en tweede contactpersonen benaderd van cliënten met alle ziektebeelden, die de kans kregen om de focusgroep te vormen.

Werving voor de halfgestructureerde interview

Er zijn drie mantelzorgers betrokken van CVA cliënten en drie van heupoperatie cliënten. Binnen deze twee groepen is gestreefd naar een zo groot mogelijke diversiteit bij mantelzorgers zoals: alle leeftijden, alle opleidingen, alle culturen, alle geslachten. Door deze selectie is geprobeerd om zo een maximum aan variatie te kunnen krijgen (Baarda et al., 2013).

De geselecteerde respondenten hebben twee weken voor het interview telefonisch bericht gekregen van de interviewer. In overleg met de mantelzorger is er meteen een datum afgesproken. Hierna is er een mail gestuurd. Er is een brief via de post weggedaan als een mail niet tot de mogelijkheden behoorde bij de mantelzorger. Daar waar het mogelijk was hebben de geselecteerde respondenten een uitnodiging gekregen met een introductiebrief ter plaatse, iets wat de medewerking heeft doen vergroten voor het interview (Baarda, 2013). Omdat de interviewer zelf op de revalidatieafdeling werkt heeft deze de mantelzorgers ook gemakkelijker zelf kunnen aanspreken. Er is meteen informatie gegeven over het onderzoek. Aan de mantelzorger is het volgende uitgelegd:

- De datum, tijd en plaats van het interview.
- Doel en relevantie van het interview.
- Dat het interview met geluidsapparatuur wordt opgenomen en alleen de geïnterviewde en de interviewer zelf aanwezig zijn.
- Dat de geïnterviewde de mogelijkheid heeft tot vragen stellen na het interview en de interviewer hier tijd voor vrij maakt.
- Dat er vertrouwelijk en anoniem met de gegevens om wordt gegaan.
- De interviewer kort na het ontvangen van de introductiebrief contact zal leggen om een afspraak te maken.

De interviewer wist dat naast een goede introductiebrief toestemming van de respondent essentieel was om informed consent te verkrijgen. Dit hield in dat alle respondenten voorafgaand aan het onderzoek op de hoogte waren gebracht van alle

onderzoeksinformatie die voor hen relevant zouden zijn en op basis daarvan toestemming gaven voor het onderzoek (Baarda et al., 2013).

Bij het afnemen van de interviews is er gelet op saturatie. Hiervan is sprake als er bij een volgend interview geen nieuwe informatie meer verkregen wordt (Baarda et al., 2013).

Om dit te bereiken is het verschil in beleving van de geïnterviewde mantelzorgers uit beide cliëntenpopulaties (CVA en heupoperatie cliënten) getracht naar boven te halen. Uit het vijfde individuele interview werd nauwelijks nog nieuwe informatie verkregen.

Werving voor het focusgroep interview

Na de halfgestructureerde interviews zijn mantelzorgers betrokken van CVA en heupoperatie cliënten om een focusgroep te vormen. Omdat er niet genoeg deelnemers uit die populatie waren is besloten om een gerichte steekproef te nemen van tien mantelzorgers van cliënten met alle ziektebeelden. Uiteindelijk namen negen mantelzorgers deel aan het focusgroep interview. De mantelzorgers van de half gestructureerde interviews kregen de kans om ook deel te nemen aan het focus groep interview. Echter de mantelzorgers van deze cliëntenpopulaties kozen er geen van allen voor om deel te nemen. De reden hiervan was dat mantelzorgers zich al sterk overbelast voelden of omdat één interview als voldoende ervaren werd.

Voor het focusgroep interview zijn respondenten gericht, actief benaderd. Er is met hen telefonisch contact gelegd om overeenstemming te bereiken omtrent de voorgestelde datum. Het focusgroep interview is op een avond geweest omdat verwacht werd dat de meeste mantelzorgers overdag andere bezigheden hadden zoals werk en gezin. De kans dat dan zo min mogelijk mantelzorgers afhaakten voor het focusgroep interview was dan groter. De geselecteerde respondenten hebben net als bij de halfgestructureerde interviews een introductiebrief per post of via mail ontvangen. In de introductiebrief is het volgende vermeld:

- De datum, tijd en plaats van het interview.
- Doel en relevantie van het interview.
- Tijdsduur van het interview.
- Dat het gesprek opgenomen wordt.
- Dat er vertrouwelijk met de informatie wordt omgegaan en dat deze vertrouwelijk verwerkt wordt.

Er is verzocht om de introductiebrief mee te brengen. Zo kon er gekeken worden in hoeverre respondenten op de hoogte waren en waar zij nog informatie nodig hadden. Daarna werd toestemming gevraagd. Ook in het focusgroep interview dienen participerende personen en organisaties vooraf adequaat geïnformeerd te zijn over het onderzoek en hun instemming met deelname te geven (Baarda et al., 2013).

Voor zowel de halfgestructureerde interviews als voor het focusgroep interview zijn er twee weken voor het onderzoek flyers op de units van de revalidatieafdeling opgehangen. Het project is zodoende al gaan leven op de afdeling. Mantelzorgers hebben zo al gericht vragen kunnen stellen en al kennis kunnen maken met de interviewer. Mantelzorgers van de individuele interviews hebben de mogelijkheid gehad om face-to-face benaderd te worden en een afspraak te regelen voor het interview. Afspraken konden indien nodig ook al meteen verzet worden en vertrouwen kon gecreëerd worden om gemakkelijker deel te nemen aan het interview. Door het initiatief te nemen om mantelzorgers actief te benaderen zijn de interviews dan ook succesvol begonnen. De mantelzorgers die niet rechtstreeks op de revalidatieafdeling benaderd konden worden zijn telefonisch benaderd.

4.1.4 Instrumenten

Het halfgestructureerde interview

Bij de halfgestructureerde interviews is gebruik gemaakt van een interviewschema om ervoor te zorgen dat er niets vergeten wordt. Het heeft houvast gegeven voor wat er gezegd en gevraagd is. Tevens dwong het de interviewer om over het onderzoek na te

denken. Er is vastgelegd hoe het gesprek zou verlopen. Er zijn aantekeningen op het interviewschema vastgelegd (Baarda et al., 2012).

Het interviewschema is opgesteld uit de volgende onderdelen:

- **De introductie:**

De mantelzorger is eerst op zijn/haar gemak gesteld en er is verteld waarom het interview gehouden zou worden en wat deze kon verwachten. Er is toestemming gevraagd voor het maken van geluidsopnamen. Er is benoemd dat informatie vertrouwelijk en anoniem verwerkt wordt. Zodoende is terughoudendheid bij de geïnterviewde zoveel mogelijk voorkomen (Baarda et al., 2012).

Persoonsgegevens zijn na de introductie meteen opgenomen zoals:

geboortedatum, leeftijd, geslacht, werk, opleiding, leefsituatie, religie en woonsituatie.

- **De beginvraag:**

De open beginvraag luidde: Hoe beleeft u de manier waarop u betrokken wordt door de zorgprofessional bij het revalidatieproces van uw familielid?

Echter bij al de interviews was deze vraag moeilijk te beantwoorden door mantelzorgers. De benoeming van het woord "betrokken worden" en "zorgprofessional" moesten in ieder interview breder uitgelegd worden om te begrijpen wat er bedoeld werd.

- **Topics:**

Voor het opstellen van de topiclijst (zie bijlage 2) is gebruik gemaakt van de kennis die is opgedaan bij het raadplegen van de zorgleefplannen, de literatuurverkenning en het literatuuronderzoek. De topics zijn afgeleide onderwerpen ontwikkeld op basis van de elementen uit de eerste deelvraag. Dit is een van tevoren vastgestelde lijst gemaakt met gespreksonderwerpen die in de loop van het interview aan bod moeten komen. De topics die aan bod kwamen gingen erover of mantelzorgers bekend waren met de visie en het beleid van Vitalis Wissehaege rond mantelzorg. Welke taken en of activiteiten door mantelzorgers zelf uitgevoerd werden en hoe hier vorm aan gegeven zou kunnen worden in de toekomst. Hoe de betrokkenheid en samenwerking met de zorgprofessional beleefd werd en hoe communicatie, bejegening hierin een plaats hebben gekregen. Of ondersteuning en mogelijkheden tot overleg ook gevoeld werden en wat de verwachtingen hierbij waren. Of en hoe informatie verkregen werd en of er door mantelzorgers betrokkenheid werd ervaren in het opstellen van het zorgleefplan. De vragen tijdens het interview waren open van aard en zijn door de geïnterviewde in eigen woorden beantwoord wat ook de bedoeling was (Baarda, 2013). Tijdens het interview werd in de gaten gehouden of ook al deze topics aan bod kwamen.

Afronding:

Na het interview is er gevraagd of de respondent zelf nog aanvullingen had en is de respondent bedankt voor het interview, er is nogmaals uitgelegd wat er met de informatie gebeurt en of de mantelzorger hier nog over geïnformeerd wil worden (Baarda, 2013).

Aansluitend zijn aanvullingen van de opdrachtgever meegenomen.

De opdrachtgever had als wens dat overeenkomsten of verschillen in beleving tussen mantelzorgers van CVA- en heupoperatie cliënten meegenomen zouden worden, zodat gericht gekeken kon worden welke mantelzorgers het meeste belasting zouden voelen en het meeste behoefte zouden hebben aan steun van zorgprofessionals.

De zorgleefplannen van cliënten op de revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege zijn geraadpleegd. Domein twee van het zorgleefplan is onderzocht, namelijk participatie en sociale redzaamheid omdat hier afspraken met mantelzorgers zijn vastgelegd. Er is bekeken hoe en hoe vaak met mantelzorgers afspraken vastgelegd zijn door de zorgprofessionals en wat de inhoud van deze afspraken zijn. Tijdens het raadplegen van de zorgleefplannen werden weinig tot geen activiteiten en afspraken waargenomen die

door mantelzorgers gedaan werden, alleen de cliëntgebonden was werd beschreven. In het domein participatie en sociale redzaamheid zijn hierover geen vragen opgenomen. Daarom zijn hierover dan ook vragen opgesteld in de topiclijst. Er is letterlijk gevraagd: Welke activiteiten worden nu door u als mantelzorger uitgevoerd en hoe ziet u dit in de toekomst? Wat zijn uw behoeften en wensen hierin? Alle 32 zorgleefplannen zijn gebruikt om zoveel mogelijk informatie te vergaren. Zo is een transfer gemaakt van raadpleging van de zorgleefplannen naar topiclijst. Zoals vermeld in paragraaf 3.1.4 bladzijde 17 stellen de WGBO en de WBP geen regels aan het gebruik van anonieme gegevens als persoonsgegevens niet gebruikt worden (Coreon, 2005). Dit is dan ook niet gedaan.

Focusgroep interview

Er is gezocht naar welke ideeën de mantelzorgers van CVA- en heupoperatie cliënten op revalidatie afdeling Vitalis Wissehaege hadden om het betrekken van de mantelzorger bij het revalidatieproces en de samenwerking met de zorgprofessional te verbeteren. Deelvraag 3b zou hierdoor dan ook beantwoord worden.

Doordat er te weinig mantelzorgers overbleven die de populatie van CVA en heupoperatie cliënten zouden vormen is ervoor gekozen om de mantelzorgers van alle ziektebeelden een gelijke kans te geven.

Uiteindelijk zijn er negen mantelzorgers overgebleven die de focusgroep vormden. Tijdens het focusgroep interview is er eerst kennis gemaakt met de mantelzorgers. Hierna zijn er twee flap-overs klaar gezet. De eerste flap-over bestond uit twaalf thema's (zie bijlage 5). Deze gingen over ervaringen die mantelzorgers hadden bij het "betrokken worden door de zorgprofessional" bij het revalidatieproces en die uit de individuele interviews kwamen. De thema's bestonden uit: belasting die mantelzorgers ervaren, de ondersteuning/erkenning die men krijgt, informatieverstrekking, bejegening door zorgprofessional. Betrokkenheid bij algemene gesprekken, betrokkenheid bij revalidatieafdeling, contact arts en behandelaars, op de hoogte zijn van vorderingen cliënt, activiteiten door mantelzorgers gedaan, contact contactverzorgende, of afspraken nageleefd worden en de werkdruk die men bij zorgprofessionals ervaart. Deze thema's werden voorgelegd aan de mantelzorgers van het focusgroep interview. Er werd gevraagd of zij dezelfde ervaringen deelden en of zij aanvullingen hadden.

De tweede flap-over bestond uit de behoeften en ideeën die de mantelzorgers uit de individuele interviews weergegeven hadden rond het betrokken worden door de zorgprofessional bij het revalidatieproces. Deze behoeften en ideeën gingen over: zorgleefplan op de kamer, communicatie over zorgtaken, het hebben van een opnamelijst, afstemming met zorgprofessional, wisseling in personeel, duidelijkheid over het revalidatieproces en het hebben van een vaste contactverzorgende.

Ook deze werden voorgelegd aan de mantelzorgers van het focusgroep interview en ook hier werd gevraagd naar aanvullingen. Zo werd er nieuwe informatie verkregen.

Er is een keuze gemaakt om eerst de eerste flap-over met thema's, zijnde ervaringen voor te leggen. Dit om geen verwarring met de andere deelvraag te krijgen. De mantelzorgers zijn bij iedere flap-over gevraagd post-its te plakken. Deze zijn door de gespreksleider bij de thema's geplakt. Tijdens het focusgroep interview is er ondersteuning gevraagd van de mede-onderzoeker omdat de gespreksleider beseftte dat deze niet alles zelf kon doen en dat het veel energie zou kunnen vergen (Evers, 2007). Ook kon deze zich focussen op het in goede banen leiden van de argumenten en discussies die ontstaan zijn terwijl de mede-onderzoeker zich kon focussen op de opnameapparatuur en de notulen. De interviewer heeft zo tijdens het focusgroep interview oog gehad voor de opmerkingen die mantelzorgers hadden en deze telkens terug kunnen leiden naar de deelvraag.

Zo konden beide onderzoekers het procesmatige verloop in de gaten houden. Na de bijeenkomst zijn belangrijke inhoudelijke resultaten besproken en is op dit procesmatige verloop gereflecteerd (Migchelbrink, 2013).

4.1.5 Dataverwerking en data-analyse

Dataverwerking

Van de individuele interviews is een transcript gemaakt. De geluidsopnamen zijn letterlijk uitgetypt. Van het focusgroep interview is een samenvatting gemaakt naar aanleiding van de gemaakte notulen.

Data-analyse

De gegevens werden door middel van een thematische analyse gehanteerd. Het is een methode voor het identificeren, analyseren en (in detail) rapporteren van patronen (thema's) binnen de data (Cardiff, 2012). Er is actief omgegaan in het identificeren en rapporteren van patronen of thema's waarvan gedacht werd dat die van interesse konden zijn voor de lezer. Een thema geeft betekenis aan de inhoud van de data in relatie tot de onderzoeksvraag. Het belang van een thema is niet gerelateerd aan frequentie van voorkomen, maar aan relevantie voor de overall beschrijving (het verhaal) die een antwoord geeft op de onderzoeksvraag.

Het identificeren van patronen van betekenis in de data, waarbij constant bewogen wordt tussen onderdelen en het geheel. Het 6 stappenplan van Braun en Clarke werd hierin gevolgd. Deze kunt u zien in bijlage 4.

Er is gebruik gemaakt van een inductieve benadering door een sterke link te leggen tussen het thema en de ruwe data (Cardiff, 2012).

4.1.6 Waarborging kwaliteit van het onderzoek

Volgens Cox (2012) is meting en toepassing voor evidence based practice in kwalitatief onderzoek gewaarborgd als er sprake is van geloofwaardigheid, verifieerbaarheid, verplaatsbaarheid, plausibiliteit, authenticiteit en transparantie. De onderzoeker wil deze aspecten bevorderen door de onderstaande acties:

- **Geloofwaardigheid:** De onderzoeker heeft er is voor gekozen om de mantelzorgers te interviewen en niet de verpleegkundigen en verzorgenden, omdat deze zelf op de revalidatieafdeling werkt en anders het onderzoek gekleurd in zou kunnen gaan.
Omdat de interviewer ook tijdens het onderzoek op de revalidatieafdeling werkzaam was kon deze veel tijd door brengen met mantelzorgers. Mantelzorgers voelden zo meer betrokkenheid van de interviewer en de verwachting was dat er dan eerlijker en meer open informatie verkregen zou worden (Baarda, 2013).
- **Transparantie:** De gebruikte methoden zijn uitvoerig beschreven, de wijze waarop en in welke context. Door gebruik te maken van triangulatie is geprobeerd de validiteit te verhogen. Daarom is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken zoals mantelzorgers die individueel en in groepsverband geïnterviewd werden. Er zijn verschillende databronnen gebruikt zoals de mantelzorgers zelf en het raadplegen van gegevens die vermeld stonden bij domein 2 participatie in de zorgleefplannen.
Om de validiteit van het halfgestructureerde interview te doen verhogen is er eerst geoefend in een proefinterview in aanwezigheid met de mede-onderzoeker. Het interviewschema kon hierdoor gecontroleerd en aangepast worden en relevante onderwerpen konden zo aan de orde gesteld worden die nog niet opgenomen waren (Cox, 2012).
Aspecten waarop deze feedback heeft gegeven zijn: waren de vragen van voldoende kwaliteit, luistert de interviewer voldoende en werd er voldoende doorgevraagd en samengevat. Hoe was de verbale en non-verbale communicatie? (Wouters & Nieboer, 2013).
- **Authenticiteit:** Door gebruik te maken van memberchecking is authenticiteit bewerkstelligd (echt, werkelijk afkomstig van degene aan wie het werd toegeschreven). Er is zover als mogelijk onderzocht wat het perspectief van mantelzorgers is, om zo te proberen conclusies weer te geven.

Memberchecking werd toegepast door van ieder uitgewerkt interview een transcript te maken en naderhand direct aan de geïnterviewde mantelzorger voor te leggen en te vragen of het klopte met datgene wat er verteld was (Baarda et al., 2013).

De mantelzorgers kregen de keus om het transcript via mail of via een individueel gesprek te krijgen. Er was maar één mantelzorger die de uitwerking van het transcript wilde. De andere mantelzorgers geloofden meteen dat de transcripten op juistheid verwerkt zouden worden en vonden het overbodig om deze te krijgen.

- **Verplaatsbaarheid:** Bij de beschrijving van de resultaten is de context waarbinnen het onderzoek heeft plaats gevonden gedetailleerd beschreven. Hierdoor kunnen collega-onderzoekers en anderen de informatie vergelijken met hun setting en bezien of de resultaten daar van nut kunnen zijn.
- **Plausibiliteit:** Door gebruik te maken van peer review heeft het de mede-onderzoeker mogelijk gemaakt het onderzoeksproces, context, analyse en keuzes kritisch te volgen, naderhand te bestuderen en te beoordelen. Voor zowel de individuele als voor het focusgroep interview is gebruik gemaakt van voice recorders op de mobiele telefoons om gegevens vast te leggen.

4.2 Resultaten

In de periode van 28-07-2014 t/m 11-08-2014 zijn zes mantelzorgers geïnterviewd op de revalidatieafdeling. De bezetting van de afdeling was toen niet volledig, maar met 84,4 procent genoeg om representatieve mantelzorgers te selecteren. Op 2 oktober 2014 heeft een focusgroep interview plaats gevonden met negen mantelzorgers.

Er zijn halfgestructureerde interviews gehouden met mantelzorgers van drie CVA cliënten en drie heupoperatie cliënten. In onderstaande resultaten zullen de volgende benamingen gebruikt worden. MZ staat voor mantelzorger en Collum verwijst naar de cliënt van de mantelzorger die vanwege een heupoperatie is opgenomen.

In het eerste deel worden de resultaten beschreven hoe de ervaringen van mantelzorgers zijn over de manier waarop zij betrokken worden door de zorgprofessional. In het tweede deel zal er teruggekomen worden op de behoeften en ideeën die mantelzorgers hebben rond het betrokken worden op de revalidatie-afdeling.

4.2.1 Huidige situatie op de afdeling

Overbelasting

Veel mantelzorgers ervaren een grote belasting vanwege een hoge leeftijd die men heeft of vanwege andere werkzaamheden. Slecht één mantelzorger (Collum) geeft aan niet overbelast te zijn. De meeste mantelzorgers dreigen overbelast te raken en een enkeling gaat voor deze klachten op bezoek bij de eigen huisarts. Er zijn mantelzorgers die naast een fulltime job geen tijd hebben voor zichzelf en een enkeling geeft aan niet op vakantie te kunnen. Mantelzorgers van CVA cliënten maken zich met name druk over de onduidelijkheid van het verloop van de ziekte van hun dierbare, hoe het revalidatieproces zal verlopen en de toekomstige woonvorm van de cliënt en men is dan ook bang dat de tijd tekort is om de vervolgsitting te bespreken. Ook ervaart men het als vervelend dat men niet weet waar men met allerlei vragen terecht kan.

"Nee, het is te hopen dat de druk gauw minder wordt. Nee, ik kan best veel aan. Ik merk dat ook bij mezelf want ik loop nu bij de dokter."
(MZ 3/Collum)

Beeld van mantelzorger

Sommige mantelzorgers geven aan niet te weten wat mantelzorg inhoudt en vragen zich af of dat wat men doet voor de cliënt mantelzorg is. Er zijn mantelzorgers die ervan uit

gaan dat wat men doet voor de cliënt er gewoon bij hoort. Mantelzorgers vragen zich af of zorgprofessionals ook weten wat "mantelzorger zijn" inhoudt en zijn benieuwd hoe zij tegen hen aankijken.

"Kijk, ik zie mezelf ook niet zozeer als die mantelzorger, laat ik het zo stellen. Ja, en misschien komt dat wel door mijn eigen uitstraling. Dat hun ook zoiets hebben van, o dat is een goede vriendin, die komt iedere dag. Maar van de andere kant zouden ze natuurlijk wel moeten weten dat ik de eerste contactpersoon ben, maar nee...".
(MZ 2/CVA)

Missen van erkenning en ondersteuning

Mantelzorgers voelen zich niet altijd erkend en ondersteund door de zorgprofessionals op de revalidatieafdeling. Eén mantelzorger van een Collum ervaart het als "lastig over te komen" als men om een gesprek met zorgprofessionals vraagt.

In de meeste gevallen ervaren mantelzorgers ondersteuning van de eigen familie. Een enkeling geeft aan ook niet als mantelzorger erkend te hoeven worden maar in de meeste gevallen zou men als mantelzorger graag willen dat zorgprofessionals meer zouden vragen hoe het met hen gaat. Mantelzorgers zijn door de zorgprofessionals nooit doorverwezen voor mantelzorgondersteuning en zouden graag willen dat dit aangeboden zou worden door de organisatie.

"Uhm, ik heb steun binnen de eigen familie, vrienden en ja mijn man natuurlijk, ja".
(MZ 4/ Collum)

Bejegening door de zorgprofessional

Het merendeel van de mantelzorgers voelt zich goed bejegend door de zorgprofessionals en vindt dat deze aardig overkomen. In enkele gevallen uit men zich niet over de bejegening of ervaart men het als lastig als men om een gesprek met de zorgprofessional vraagt.

"Bejegening van de verpleegkundige, ja, superaardige mensen, daar is niets mis mee".
(MZ 3, Collum)

Weinig betrokkenheid van mantelzorger bij het revalidatieproces

Eén mantelzorger (Collum) ervaart betrokkenheid bij het revalidatieproces. De andere mantelzorgers ervaren geen betrokkenheid van de revalidatie afdeling. Vooral bij complexe zorgvragers vindt men dat de zorgprofessionals met hen zouden moeten overleggen. Ze missen hierin het contact met zowel de verpleegkundige als ook de behandelaars. Men weet vaak niet wat van hen zelf verwacht wordt of wat men van zorgprofessionals kan verwachten. Er zijn soms twijfels of men die betrokkenheid zelf moet organiseren of dat de afdeling zelf naar hun toe komt. Mantelzorgers uit het focusgroep interview geven aan dat de overgang van het ziekenhuis naar de revalidatieafdeling erg groot is, van veel naar weinig zorgmomenten. Volgens hen zou het goed zijn cliënten meer wegwijs te maken op de afdeling, dan zullen zij zich eerder op hun gemak voelen.

Het zou wenselijk zijn meer informatie te krijgen over verstrekking van hulpmiddelen en bekendheid te geven aan wat op de afdeling ook mogelijk is zoals bloed prikken, controle urine enzovoort.

"Want zoals ik net al zei, voor mijn gevoel gaat mijn moeder toch wel een beetje vooruit en krijgt ze toch wel weer een beetje hoop, maar dat zou heel prettig zijn als dat even doorgesproken zou kunnen worden".
(MZ 3/ Collum)

Activiteiten die door de mantelzorger gedaan worden

De meeste activiteiten die door mantelzorgers gedaan worden voor de cliënt zijn de was, op bezoek komen, boodschappen doen, financiën, haarverzorging, helpen met eten en

drinken. Het merendeel van de mantelzorgers wil de activiteiten ook blijven doen zoals die er nu liggen ondanks de hoge belasting.

"Ik doe hier de was, ik doe hier de administratie en zo, en verder ja alles wat er komt zegt maar, het ziekenhuisbezoek ook".

(MZ 5/ Collum)

Onduidelijkheid over vorderingen van cliënt

De meeste mantelzorgers ervaren onduidelijkheid over de gemaakte vorderingen bij de cliënt. Deze zijn voor hen alleen zichtbaar als de cliënt fysiotherapie heeft gehad. Men haalt de informatie vaak bij de cliënt zelf, alhoewel er soms twijfels zijn over het cognitieve geheugen. Sommige mantelzorgers ervaren dat personeel niet altijd op de hoogte is over deze vorderingen als men hier naar vraagt of ervaren dat er verschillende verhalen verteld worden.

"Ja, ja kijk en als er telefoontjes gepleegd moeten worden zoals met opname en verhuur en zo, dan krijg ik de rompslomp mee en dan moet ik dat gaan regelen. Want daar is ze misschien nu nog niet helemaal zelf voor in staat".

(MZ 2/ CVA)

Onduidelijkheid over behandelafspraken

Als de mantelzorger een gesprek over de behandelafspraken heeft is dat vaak met de coördinator van de revalidatieafdeling. Vaak worden behandelafspraken met de cliënt doorgenomen of worden deze op de kamer via het planbord van de cliënt gemeld. Als mantelzorger weet men vaak niet wat deze behandelafspraken betekenen. Mantelzorgers geven aan iets in de behandeling te kunnen doen als behandelafspraken besproken zouden worden.

"Maar goed op de momenten dat het nodig is, of het duidelijk is wat ik kan doen, kan ik iets betekenen, überhaupt. Dan kan ik altijd zeggen dat gaat wel of dat gaat niet".

(MZ 6, CVA)

Maar heel vaak wachten zij zelf de eerste afspraak af of hebben nog nooit een afspraak met een zorgprofessional gehad.

"Ja uh, ik heb nu voor de eerste keer een gesprek gevraagd dus dat is de eerste keer. Dat moet ik even afwachten of dit dan gebeurt.

(MZ 6, CVA)

Contact met contactverzorgende

Mantelzorgers missen regelmatig een gesprek met de contactverzorgende en zouden dit graag willen. Als er regelmatig een gesprek zou plaats vinden, men tijdig informatie over de situatie van de cliënt krijgt, zou dit minder stress geven volgens hen. Dit zou hen niet alleen een beter gevoel geven maar dit zou de samenwerking met de afdeling beter doen verlopen. Ze weten nu vaak niet wie de contactverzorgende is, en ervaren nog nooit of niet structureel een gesprek te hebben gehad. Vaak hebben mantelzorgers vragen en moet men zelf om een evaluatie vragen.

"De contactverzorgende? Dat staat op dat briefje denk ik maar uit mijn hoofd weet ik dat niet".

(MZ 5, Collum)

Informatie over artsenvisite schiet tekort

Mantelzorgers ervaren weinig betrokkenheid door de arts. Sommige mantelzorgers (CVA en Collum) ervaren het zelfs als zéér lastig om een gesprek met de arts te krijgen. Zij geven aan het storend te vinden dat men de arts te weinig ziet en vaak lang op een

gesprek moeten wachten. Mantelzorgers van het focusgroep interview geven zelfs aan dat het contact met de arts ernstig tekort schiet en ervaren niet of niet tijdig op de hoogte gehouden te worden over de uitslag van de artsenvisites. Sommige mantelzorgers ervaren het als vervelend dat de informatie die tijdens de artsenvisites besproken wordt via de verpleegkundige gaat of dat men deze informatie van de cliënt zelf moet horen terwijl deze het cognitief niet altijd kan weergeven. Men had het liefste de arts zelf gesproken.

Mantelzorgers van het focusgroep interview geven aan in complexe situaties sneller op de hoogte gehouden te willen worden. Men ervaart nu te vaak dat de arts besluiten neemt zonder overleg en de verpleegkundige hen op de hoogte stelt. Men wil zelf meer inspraak hebben en overleg over het tijdstip om één en ander te bespreken. Hier wordt volgens hen te weinig rekening mee gehouden. Men wil inspraak in medicatiegebruik of behandelplan als dit verandert.

"Want ik gaf eigenlijk net al min of meer aan dat het stoort dat ik zo weinig contact heb met bv. de arts en dat er ook zo weinig naar mij gecommuniceerd wordt".
(MZ 4/Collum)

Contact met behandelaars

Er heerst vaak onduidelijkheid over welke discipline nu wel of niet betrokken is, wie dit is en welke behandeldoelen er opgesteld zijn. Het is onduidelijk of zij zelf op zoek moeten gaan naar de discipline om contact te kunnen krijgen en men voelt zich soms schuldig dat men hierover geen contact heeft gezocht.

"Maar met de fysio en zo heb ik nog geen contact gehad, maar de verpleegkundigen vertelden dat die op de eerste verdieping zat en dat ik daar altijd vragen kon gaan stellen.

Maar ik moet heel eerlijk zeggen, ik ben er zelf ook niet achteraan gegaan, dus dat is misschien ook fout van mij".
(MZ 5/Collum)

Te weinig informatie rond de opname

In het opname gesprek wordt door de verpleegkundige verschillende informatie verschaft aan de mantelzorgers, met name over de ziektegeschiedenis en het verwachte revalidatieproces. Informatie over het naderende MDO (multidisciplinair overleg), het zorgleefplan en familiegesprek wordt niet altijd gegeven. Men heeft niet altijd een rondleiding gehad en contactpersoon, contactkaartjes en informatiemappen zijn wisselend bekend bij de mantelzorger.

"Tja, u had het net over die contactpersoon en weet ik wat allemaal. Dat is mij niet bekend, misschien heb ik de brochure dan niet goed gelezen, want ik neem aan dat dat dan toch wel ergens beschreven zou staan".
(MZ 2, Collum).

Geen duidelijkheid en afstemming over het zorgleefplan

Bij het merendeel van de mantelzorgers (Collum) klinkt het zorgleefplan bekend in de oren, bij de anderen niet. Men weet niet zeker of men het zorgleefplan gezien heeft of ondertekend. Het is niet met hen doorgenomen of opgesteld. Een enkeling zoekt op internet of er een zorgleefplan op de kamer behoort te liggen. Het oefenbord op de kamer van de cliënt wordt soms voor een zorgleefplan aangezien. In een enkel geval denkt de mantelzorger dat het zorgleefplan met de cliënt is doorgenomen maar men weet niet zeker of deze het zorgleefplan ondertekend heeft. Alle mantelzorgers geven aan dat het zorgleefplan later niet meer geëvalueerd wordt.

"Nee, Ik denk dat ik om alles moet vragen, en dan denk ik maar, ja gaandeweg kom je er steeds meer achter van ja goed, waarschijnlijk is dat zo'n zorgleefplan. Dat lees ik dan

op het internet, moet ik zeggen en dan uh, denk ik van ja dat moet ik dan toch maar vragen”.

Onbekendheid over het MDO

Mantelzorgers worden meestal niet geïnformeerd over het MDO of men moet zelf naar het MDO vragen. Eén mantelzorger (Collum) weet wat een MDO is. Vooral mantelzorgers uit de focusgroep gaven aan niet te weten wat een MDO is.

“Op de hoogte van een MDO? Nee, tenminste niet dat ik me kan herinneren hoor, het zou misschien kunnen maar nee, ik kan me niet herinneren dat dit ter sprake is gekomen”.

(MZ 5/Collum)

Het op de hoogte houden van familiegesprekken

Het merendeel van de mantelzorgers (Collum) zegt een familiegesprek te hebben gehad. De andere mantelzorgers weten niet wat een familiegesprek is. In de beleving van mantelzorgers worden deze of wel of niet gehouden. Als deze gehouden worden is dat vrij in het begin van de opname of pas veel later als de cliënt al wat langer op de afdeling is. In het familiegesprek wordt soms wel en soms niet over de toekomstige woonvorm gesproken.

“Nee, een familiegesprek hebben we niet gehad. We hebben de transferverpleegkundige in het ziekenhuis gehad toen ze naar hiertoe is gegaan, toen hebben we iemand gehad om ze in te schrijven, en dat was het”.

(MZ 2, CVA)

Het missen van eenduidige informatie gegeven door zorgprofessionals

Mantelzorgers ervaren verschillen tussen zorgprofessionals in de wijze waarop zij informatie geven, hierdoor ervaart men dit niet alleen als onduidelijk, maar gaat men zelf op zoek wat men van een revalidatieafdeling kan verwachten. Er wordt onder andere gezocht op internet. Ook ervaren mantelzorgers dat informatie verkeerd wordt doorgegeven. Eén mantelzorger geeft aan dat haar partner gebrekkig Nederlands kent, waardoor verkeerde informatie bij haar terecht komt.

Mantelzorgers missen informatie over welke therapieën er gegeven worden, wie de coördinator of het teamhoofd is. Men geeft aan dat het goed zou zijn om bekendheid te geven aan wat op de afdeling mogelijk is, zoals het verstrekken van hulpmiddelen, bloed prikken, urinecontrole enzovoort.

“Ik vroeg op een gegeven moment naar de vocht en voedingslijst omdat mij verteld was dat ik deze ook moest bijhouden. Bleek de helft van de verpleegkundigen voorgesteld te hebben om de vocht en voedingslijst in te vullen maar de andere helft van de verpleegkundigen was het er niet over eens. Tenminste zo heb ik het ervaren”.

(MZ 3/ Collum)

Zorgen over werkdruk bij zorgprofessionals

Mantelzorgers maken zich zorgen over de tijdnoed en de hoge werkdruk van de verpleegkundigen. Hierdoor zouden zij juist geen afspraak met de mantelzorgers maken of gemaakte afspraken niet nakomen en niet altijd op alarmbellen reageren. Eén mantelzorger (Collum) geeft aan dat de verpleegkundige algemene afspraken toezegt en nakomt. Men ziet de zorg rennen, het wordt dan als bezwaarlijk gevoeld om een verpleegkundige aan te spreken. Sommige mantelzorgers geven aan dit te willen bespreken zodat men weet wat men voor elkaar kan betekenen.

Enkele mantelzorgers geven aan bezorgd te zijn als cliënten hun hulpvraag zelf niet kunnen aangeven. Mantelzorgers geven aan hierdoor meer zelf op de afdeling aanwezig te moeten zijn. Er wordt geopperd dat men als mantelzorger ook dankbaar moet zijn voor de zorg die er allemaal geboden wordt ondanks de bezuinigingen die er landelijk zijn.

"Maar kijk hé, we weten op dit moment, op het moment die zorg oké, ze hebben niet meer handjes. Dat die dan in tijdnood komen dat is een heel normaal gegeven. Kijk ik sta met twee benen in het dagelijks leven. Als je op de hoogte bent, dan goed, ja, dan begrijp je dit ook beter, je kunt het beter plaatsen. Want ze hebben op dat moment geen tijd, of wat dan ook. Maar als men daarover communiceert dan ligt het ook open voor de mensen. Dan weet je ook wat je voor de ander kunt betekenen".

(MZ 2/ CVA)

4.2.2 Wenselijke situatie volgens de mantelzorgers

Behoefte aan samenwerking met de zorgprofessional

De behoeften die mantelzorgers hebben gaan vooral over de communicatie en samenwerking met de zorgprofessional. Enkele mantelzorgers geven aan als er een betere samenwerking met de zorg zou zijn, ze best een handje kunnen helpen. Omdat er weinig contact is weten ze niet wat ze kunnen doen.

"Als mantelzorger zou ik graag iets meer weten hoe zaken werken op de revalidatie-afdeling.

Het is niet moeilijk om overal kritiek op te hebben maar ik zou die kritiek die ik heb dan ook beter kunnen plaatsen als ik dit wist".

(MZ 2/ CVA)

Mantelzorgers willen geïnformeerd worden

Mantelzorgers willen meer geïnformeerd worden over de vorderingen van de cliënt. Men wil op de hoogte blijven van wat er speelt rond de cliënt en hierover duidelijkheid blijven ontvangen. Mantelzorgers geven aan dat als er gesproken zou kunnen worden over het ziektebeeld, er eerder duidelijkheid zou zijn over de vervolgsetting, er minder stress zou zijn en dus minder neiging tot overbelasting. Informatieverstrekking is hierbij een vast gegeven.

"Ik zou toch wel vanuit allerlei dingen op de hoogte gehouden willen worden want ik wil weten wat er in de toekomst gaat gebeuren, anders zou ik overbelast raken, gewoon een stuk duidelijkheid".

(MZ 1/CVA)

Onderlinge afstemming bij de zorgprofessionals

De mantelzorger geeft aan de onderlinge afstemming bij zorgprofessionals te missen en dat deze verbeterd zouden kunnen worden. Men vindt dat er te verschillend met informatie wordt omgegaan, zowel bij verpleegkundigen als bij de behandelaars. Men zou hier graag eenduidigheid in willen zien.

"En toen kwam ik op een gegeven moment hier en toen was er in overleg met de arts en de psycholoog besloten dat ze een MRI scan kreeg en toen vroeg men of ik de andere dag dat ik met haar maar even naar het ziekenhuis wilde". In het begin heb ikzelf op een MRI-scan aangedrongen en vond de arts het in eerste instantie niet nodig en de psycholoog later wel... Het vervelende was dat ik niet alleen uit Rotterdam moest komen maar dat er ook nog de vakantieperiode tussen zat en het 5 weken duurde voordat ik de uitslag had... Maar dan denk ik potverdorie".

(MZ 3/Collum)

Activiteiten die door de mantelzorger gedaan kunnen worden

Eén mantelzorger (CVA) geeft aan dat zij meer activiteiten kan doen als de afdeling hierom vraagt. Zij vraagt zich echter af hoe zij dit moet organiseren. De andere mantelzorgers kunnen er niet meer aan activiteiten bij hebben.

Mantelzorgers willen over het algemeen genomen niet bij de ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) zoals verzorging aan het bed, betrokken worden. Men geeft aan dat

men vaak al overbelast is door de activiteiten die men doet en vindt de ADL echt iets is voor de verpleegkundige. Een enkeling is bang om de cliënt pijn te doen tijdens de verzorging. Ongeveer de helft van de mantelzorgers (zowel CVA als Collum) hebben mogelijkheden om bij therapieën betrokken te worden. En dan vooral om met de cliënt te oefenen bij het mobiliseren of bij het helpen met eten en drinken. Men vindt wel dat dit niet als vaste taak opgelegd kan worden en ook niet op vaste dagen.

"Kijk ik moet werken...maar op het moment dat ik er ben.... Ik kan ook niet zomaar zeggen dat werk van uh dag werk. Daar zullen ze niet blij mee zijn. Maar goed op de momenten dat het nodig is, of het duidelijk is wat ik kan doen, kan ik iets betekenen, überhaupt. Dan kan ik altijd zeggen dat gaat wel of dat gaat niet".
(MZ 2/ CVA)

Behoeftte aan communicatie bij behandeldoelen

In de periode dat mantelzorgers zijn geïnterviewd ervaren zij veel wisseling in personeel en ondervonden zij het als lastig om informatie te krijgen. Men wil graag dat er voor de cliënt goed gezorgd wordt en niet op een onpersoonlijke manier benaderd worden door de verpleegkundige. Mantelzorgers willen graag duidelijkheid over het revalidatieproces, de opstart van de therapieën, weten met welke doelen de therapeuten bezig zijn.

"En toen werd er tegen mij gezegd: we hebben een psycholoog ingeschakeld... Toen ben ik dus wel heel erg boos geworden. Want ik heb gezegd toen we hier kwamen, prima een psycholoog maar wel altijd in overleg met mij".
(MZ 3/ Collum)

Behoeftte aan contact met de contactverzorgende

Voornamelijk het contact met de contactverzorgende wordt als een gemis ervaren. Mantelzorgers zouden hier het liefst structureel een gesprek mee willen. Sommige mantelzorgers vinden dat alle familieleden meer betrokken zouden kunnen worden. Vaak heeft de mantelzorger nog behoefte aan een vervolggesprek als vervolg op het opnamegesprek omdat het opnamegesprek als "snel" wordt ervaren.

"Ja ik kom de contactverzorgende tegen en zij vraagt iets aan mij ja, maar we hebben nooit geen afspraak".
(MZ 3/Collum)

Vordering van de cliënt doorspreken

De meeste mantelzorgers willen graag op de hoogte zijn van de vorderingen die de cliënt maakt.

Men zou heel graag regelmatig de vorderingen door spreken anders krijgt men de gedachte dat de cliënt te weinig therapie krijgt of er rijzen meer vragen rond het revalidatieproces. Er is behoefte aan vervolggesprekken. Zowel na een opname, na een MDO, na een familiegesprek en bij voor- of achteruitgang. Ook na het ontslaggesprek als de cliënt toch nog even op de revalidatieafdeling moet blijven en de situatie toch verandert.

" Ja, ik wil wel graag de vorderingen zien, want ik bedoel, want hij kan nu nog steeds niet slikken of zo. En hoe lang kan hij aan de sondevoeding blijven. Want het is nu inmiddels 6 weken geleden dat hij dit herseninfarct heeft gehad. Ik zie hem alleen maar achteruit gaan". (MZ 1/ CVA)

Opnamelijst met contactgegevens

Tijdens de opname willen mantelzorgers graag een opnamelijst om zich later te herinneren wat er allemaal besproken is en wat ze allemaal nog moeten regelen zoals o.a. een kopie van het paspoort. Het opnamegesprek wordt vaak als "snel" ervaren. De informatie die men dan krijgt zoals de informatiemap wordt als veel gezien, dat leest men niet meteen. Men wil graag tijdens het opnamegesprek gewezen worden op de

mogelijkheden van de afdeling zoals de cliënt mogen wegbrengen, zelf eten halen, met de cliënt naar huis of van de afdeling af gaan.

Mantelzorgers zouden graag een vervolgesprek willen aansluitend op het opnamegesprek. Men zou dan ook graag de namen van alle disciplines, contactverzorgende en arts willen weten en de tijd weten wanneer men hen het beste kan bereiken. Het is nu vaak onduidelijk bij wie men voor vragen terecht kan.

"Ja, eigenlijk zouden ze bij het intakegesprek, sowieso een lijst moeten hebben".
(MZ 2/CVA)

Informatievoorziening over de afdeling

Men wil als mantelzorger duidelijke informatie over wat de revalidatieafdeling inhoudt, informatie over het ziektebeeld, wat het doel van de informatiemap is, wat het beleid is rond mantelzorgondersteuning, informatie over Opname & Verhuur² en tijdig informatie over vervolgsetting en indicatie. Informatie wordt vaak in de wandelgangen gegeven en niet via een gesprek. Omdat mantelzorgers niet altijd de juiste informatie van de afdeling krijgen zoals de toekomstige woonvorm, of niet door de juiste persoon worden ingelicht, loopt men als mantelzorgers hierin vast.

"Kijk de coördinator heeft tegen mij gezegd dat ik zelf moest gaan zoeken... Dus toen ben ik gaan zoeken op internet want ik wilde dan ook wel weten waar woonvormen stonden en toen dacht ik wat moet ik, ik weet de indicatie van mijn moeder niet".
(MZ 3/Collum)

Behoeftte aan eenduidigheid onder zorgprofessionals

Mantelzorgers hebben behoefte aan eenduidige informatie door de zorgprofessional. Men geeft aan het belangrijk te vinden wie de informatie geeft en dat kennis als belangrijk wordt gezien. Nu is het afhankelijk met welke zorgprofessional je te maken hebt.

"Oké, nou in feite is degene die het meeste informatie verschaft, is de ergo".
(MZ 2/CVA)

Zorgleefplan

Mantelzorgers willen een zorgleefplan op de kamer om zelf de gegevens van de cliënt in te kunnen zien. Men vindt dat men zo op de hoogte kan blijven van de vorderingen.

"Alles wordt erop geschreven in die map. Ik denk die zal op de kamer liggen, maar die ligt niet op de kamer. Kijk het is gemakkelijker als die map op de kamer ligt, kan je er mee en dan zo is inkijken".
(MZ 1, CVA).

Communicatie over zorgtaken

Mantelzorgers willen graag communiceren over zorgtaken om zo samen met de zorgprofessionals tot afstemming te komen wat het beste is voor de cliënt. Mantelzorgers willen inspraak hebben in het tijdstip van verpleegkundige ingrepen waardoor men weet wanneer men met de cliënt weg kan.

"Ik heb het net al aangekaart, ik mis daarin de gesprekken en samenwerking, en uh ik vind als ze in de verpleging, als ze weten dat een bepaalde persoon die bepaalde dingen niet mag hebben, dan moeten ze dat ook niet toestaan".
(MZ 5/ CVA)

² Opname en Verhuur is onderdeel van Vitalis Woonzorggroep, ze verzorgen alle opnames en verhuur van zorgappartementen. Verder hebben ze contact met alle zorgprofessionals zoals huisartsen, ziekenhuizen enzovoort.

4.3 Conclusie

In onderstaande conclusie wordt antwoord gegeven op deelvraag 3a:

Wat zijn de ervaringen van de mantelzorgers van CVA en heupoperatiecliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop zij bij activiteiten rond het revalidatieproces door de zorgprofessionals betrokken worden?

Huidige situatie op de revalidatie-afdeling

Mantelzorgers ervaren over het algemeen weinig betrokkenheid van zorgprofessionals op de revalidatieafdeling en men vindt vaak dat men hen zelf moet opzoeken. Als men al een gesprek heeft is dit vaak met de coördinator. Vooral het contact met de arts wordt als een sterk gemis ervaren. Mantelzorgers geven aan vaak niet bekend te zijn met de revalidatieafdeling en men weet vaak ook niet wat van hen verwacht mag worden. Als er aan mantelzorgers gevraagd wordt wat zij aan (extra) activiteiten zouden kunnen doen geeft men vaak aan weinig te kunnen betekenen voor de revalidatieafdeling. Met name in de individuele interviews is sterk zichtbaar geworden dat de overbelasting groot is en men niet gewend is om over deze vraagstelling na te denken. De verzorging van de cliënt vindt men vaak iets voor de verpleegkundige en als men al betrokken is, is dit vaak bij de mobiliteit of de cliënt helpen bij het eten geven.

Mantelzorgers voelen zich over het algemeen goed bejegend door de zorgprofessional. Echter de ondersteuning die zij ervaren wordt meestal via familieleden verkregen. De Visie/ Missie mantelzorg van Vitalis klinkt hen dan ook niet bekend in de oren. Mantelzorgers ondervinden over het algemeen dat er verschillend met informatie om wordt gegaan. Als er al informatie verstrekt wordt, gebeurt dit meestal in de wandelgangen en niet via een gesprek. Het opnamegesprek wordt vaak als snel ervaren en men mist vaak de uitleg over het MDO of familiegesprek. Het zorgleefplan is vaak niet bekend bij mantelzorgers en niet samen met hen doorgenomen.

Verschillen tussen mantelzorgers van CVA en Collum-cliënten

In het algemeen worden er weinig verschillen gezien tussen mantelzorgers van CVA- en Collumfractuur cliënten over de manier waarop zij betrokken worden bij activiteiten in het revalidatieproces door de zorgprofessional. Alleen mantelzorgers van CVA cliënten geven aan weinig over de ziektegeschiedenis en de vervolgsetting van de cliënt te vernemen. Alle mantelzorgers van CVA cliënten ervaren veel overbelasting. Bij de Collum-cliënten ervaren niet alle mantelzorgers overbelasting. Alle mantelzorgers geven aan dat de verpleegkundigen afspraken niet altijd nakomen, met uitzondering van één mantelzorger (Collum). Een mantelzorger (CVA) geeft aan iets te kunnen betekenen rond (extra) activiteiten en alleen als de afdeling hier naar zou vragen. De vraag die zij echter stelt is hoe dit dan te organiseren. Een mantelzorger (Collum) geeft aan dat de verzorging van de cliënt echt iets is voor de verpleegkundige.

In onderstaande conclusie wordt antwoord gegeven op deelvraag 3b:

Welke behoeften en ideeën hebben mantelzorgers van CVA en heupoperatie cliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege over de manier waarop zij bij activiteiten rond het revalidatieproces betrokken willen worden?

Verbeteringen die mantelzorgers graag zien

Mantelzorgers geven aan als zij tijdig en de juiste informatie krijgen minder stress te voelen, dus minder overbelasting. Dit begint volgens hen al bij het opnamegesprek. Door op tijd te weten wat de ziektegeschiedenis is van de cliënt en te weten wat de vervolgsetting wordt, zou dit volgens hen de spanningen reduceren. Door een tijdige ondersteuning, communicatie en samenwerking met de zorgprofessional, zijn zij best bereid iets meer te doen aan activiteiten. Men ziet ook dat de werkdruk erg hoog is bij verzorgenden en verpleegkundigen. Door hier over te communiceren weet men wat men

voor elkaar kan betekenen en hierdoor kunnen activiteiten afgestemd worden. Het zou volgens hen bevorderlijk zijn voor het hele revalidatiegebeuren. Mantelzorgers zouden graag horen dat de zorgprofessional vraagt hoe het met hen gaat. Met een vast contactpersoon regelmatig een gesprek hebben zou dan ook wenselijk zijn en mantelzorgondersteuning zou aangeboden moeten worden. Tijdens de opname zou men graag een checklist krijgen om te weten wat er allemaal besproken is. Zo kan men informatie terug halen en terug kijken wat men allemaal nog zou moeten regelen. Mantelzorgers zouden graag weten bij wie ze terecht kunnen voor vragen. Dit is nu vaak nog te onduidelijk. Mantelzorgers willen graag betrokken worden bij het zorgleefplan en zien dit graag op de kamer van de cliënt liggen om tijdig op de hoogte te zijn van veranderingen en vorderingen. Mantelzorgers geven aan dat zij de cliënten het beste kennen en soms vraagtekens hebben bij de cognitie van hun naaste. Het doorgeven van informatie wordt volgens hen anders opgepikt door de cliënt en dan verkeerd doorgegeven aan de mantelzorger. Mantelzorgers zouden dan ook graag zien dat ze bij artsenvisites betrokken worden en hun visie kunnen meedelen. Ze hechten dan ook belang aan het samenwerken hierin. Het communiceren hierover, het kennis van zaken hebben door de juiste zorgprofessional wordt als belangrijk element gezien in het totale zorgproces.

5. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten en deelconclusies van de drie deelvragen samengevoegd tot een algehele conclusie.

Daarna worden de aanbevelingen die hieruit voortkomen weergegeven.

5.1 Conclusie

Het antwoord op de hoofdvraagstelling van dit onderzoek (*"Op welke manier kunnen mantelzorgers van cliënten op de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege door verpleegkundigen en verzorgenden betrokken worden bij het revalidatieproces waarbij de samenwerking tussen mantelzorger en verpleegkundige afgestemd is op wederzijdse verwachtingen en behoeften"?*) kan vanuit de conclusie van huidige en wenselijke situatie als volgt omschreven worden:

Huidige situatie

Literatuuronderzoek laat zien dat het belang om mantelzorgers te betrekken bij het revalidatieproces door zorgprofessionals algemeen erkend wordt (Expertisecentrum Mantelzorg, 2014; Hards et al., 2010; Haesler et al., 2006; van 't Schip, 2012).

Onderzoek ((Actiz, 2007; Haesler et al., 2006; Mezzo, 2009) toont echter ook aan dat dit in de praktijk niet altijd waargemaakt wordt en dat de manier waarop verpleegkundigen en verzorgenden mantelzorgers betrekken bij activiteiten in het revalidatieproces geen eenduidigheid laat zien.

De interviews met teamleden van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege laten eenzelfde beeld zien. Als de mantelzorger zelf betrokkenheid toont en taken wil overnemen wordt dit ondersteund door de teamleden, maar zij betrekken de mantelzorger niet zelf actief bij het revalidatieproces.

Uit literatuuronderzoek blijkt verder dat de positie van mantelzorg in de zorginstellingen vaak onduidelijk is, zowel voor mantelzorgers zelf als voor professionals ((Actiz, 2007; van 't Schip, 2012). Ook de teamleden en mantelzorgers van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege geven aan geen duidelijkheid te hebben over het beleid vanuit het management rond mantelzorg. De nota "Visie en beleid Mantelzorg van Vitalis" is bij geen van hen bekend.

Een vaak terugkerend thema in de literatuur is de informatievoorziening rond zorg en behandeling. Dit wordt door veel mantelzorgers als gebrekkig ervaren, wat de bezorgdheid vergroot en leidt tot frustraties.

Dit thema werd ook gevonden in de interviews met mantelzorgers. Daarbij stond het gemis aan informatie van de artsen op de voorgrond.

De teamleden gaven in de interviews aan dat er regelmatig klachten en frustraties zijn bij mantelzorgers doordat deze gebrek aan informatie ervaren.

Uit onderzoek blijkt dat mantelzorgers behoefte hebben aan goede communicatie, als die afwezig is leidt dat tot zorgen over de kwaliteit van zorg.

Mantelzorgers missen zowel structureel overleg over bijvoorbeeld inhoud van het zorgleefplan en de afstemming van taken als incidenteel overleg over het verloop van de zorg en wijzigingen daarin. Functionarissen zoals EVV-ers lijken nog weinig zichtbaar.

Dit werd ook gezien in de interviews met de mantelzorgers. Hierin kwam naar voren dat de contactverzorgende nauwelijks bekend was en dat dit erg gemist werd.

De interviews met de teamleden lieten een ander beeld zien. Daarin werd aangenomen dat het voor de mantelzorger duidelijk was wie de contactpersonen zijn en hoe er contact opgenomen kan worden met de zorgmedewerkers.

In meerdere onderzoeken wordt de toegenomen frequentie van therapie oefeningen genoemd als groot voordeel van de betrokkenheid van mantelzorgers (Hards et al., 2010; Louie et al., 2012). Toename van de behandel tijd is namelijk een belangrijke factor

ter verbetering van functieherstel bij CVA patiënten en het betrekken van mantelzorgers bij de revalidatie kan cliënten helpen meer tijd te besteden aan oefeningen (Hards et al., 2010). Ondersteuning door de mantelzorger heeft niet alleen functieherstel tot gevolg heeft, maar leidt ook tot een betere toepassing van de geoefende functie buiten de therapie (Hards et al., 2010; Louie et al., 2012).

Dit item komt ook in alle interviews met de teamleden terug. De teamleden geven aan dat therapeuten en zorgmedewerkers geen tijd hebben om cliënten buiten de therapietijd te begeleiden bij het oefenen, maar dat meer oefenen wel van belang is voor het herstel.

Onderzoek laat zien dat veel mantelzorgers kampen met overbelasting (Mezzo, 2009; van 't Schip, 2012). Het merendeel van de geïnterviewde mantelzorgers gaven ook aan overbelast te zijn en wilden zo min mogelijk extra taken erbij krijgen.

Als er een goede relatie is met de mantelzorger kunnen zorgmedewerkers ook overbelasting en vereenzaming bij mantelzorgers vroeg signaleren en de mantelzorger aanmoedigen sociale contacten te zoeken. Daarnaast kunnen zij informatie geven over patiëntenverenigingen en instanties die mantelzorgondersteuning bieden.

De teamleden van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege geven in de interviews aan wel regelmatig te vragen aan mantelzorgers hoe het met hen gaat, maar hebben het gevoel verder niet veel te kunnen betekenen rond overbelasting.

Opvallend is dat de mantelzorgers in de interviews juist aangeven helemaal geen steun te ervaren van de zorgmedewerkers.

Bij de teamleden van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege zijn meetinstrumenten om overbelasting in kaart te brengen en externe instanties waarnaar ze kunnen doorverwijzen niet bekend.

Wenselijke situatie

De teamleden vinden het allemaal wenselijk de mantelzorger meer te betrekken bij het revalidatieproces. Er is daarbij behoefte aan duidelijkheid over de visie en het beleid rond mantelzorg vanuit het management van Vitalis. De teamleden willen weten welke mogelijkheden en grenzen er zijn bij het betrekken van de mantelzorger.

Uitgangspunt moet zijn dat de teamleden niet invullen voor de mantelzorger dat deze al te veel belast is of op hoge leeftijd is, maar dat zij bespreekbaar moeten maken wat deze kan en wil.

Dit sluit aan bij wat mantelzorgers benoemen in de interviews. Ondanks de hoge belasting die zij ervaren, is er soms toch ruimte voor meer betrokkenheid bij activiteiten in het kader van het revalidatieproces. De meerderheid van de teamleden wil de betrokkenheid van de mantelzorger tijdens het opnamegesprek aan de orde stellen.

De mantelzorgers hebben er geen uitspraak over gedaan of zij al tijdens het opnamegesprek willen praten over hun rol in het revalidatieproces. Wel gaven de meeste mantelzorgers aan zich niet vast te willen leggen, zij willen bijdragen aan activiteiten op het moment dat dit hun uitkomt.

Het is belangrijk dat verpleegkundigen een goede relatie opbouwen met mantelzorgers omdat dit de betrokkenheid vergroot. Eerlijke communicatie en het bieden van emotionele steun zijn daarbij van belang (Haesler et al. 2006).

Dit wordt bevestigd door de uitkomst van de interviews. De mantelzorgers geven daarin aan dat betere communicatie, structureel overleg en samenwerking met de zorgprofessionals hun betrokkenheid bij de afdeling zou vergroten en daarmee hun bereidheid om bij te dragen aan activiteiten rond het revalidatieproces.

De teamleden denken dat het zou helpen om de overlegmomenten en het tussentijds informeren van de mantelzorger over de situatie van de cliënt meer te structureren. Zij verwachten dat mantelzorgers zich meer betrokken zullen voelen door betere informatie.

Er is bij mantelzorgers grote behoefte aan informatie over de toestand, prognose en revalidatie activiteiten (Gana et al., 2010). Mondelinge en schriftelijke informatie moeten daarbij ondersteunend zijn aan elkaar (Tunney & Ryan, 2014).

De mantelzorgers gaven in de interviews aan dat tijdige informatie over ziektebeeld en toekomstige woonvorm er voor zou zorgen dat ze minder stress ervaren. Dit zou naar hun idee het gevoel van overbelasting verminderen.

Ook zouden mantelzorgers graag willen dat er meer door de zorgmedewerkers gevraagd zou worden hoe het met hen gaat, hierdoor voelen zij zich gesteund.

Onderzoek naar interventies die overbelasting helpen voorkomen laat zien dat het ervaren van emotionele steun heel belangrijk is voor mantelzorgers (Haesler et al. 2006; Tunney & Ryan, 2014).

De teamleden geven aan dat ze de emotionele ondersteuning van mantelzorgers graag meer gestructureerd zouden zien.

De teamleden stellen voor bij opname te bespreken wat revalidatie inhoudt en wat de meerwaarde is van betrokkenheid van mantelzorgers bij de therapieën. Daarnaast vinden zij meer initiatief vanuit de andere disciplines om de mantelzorgers bij hun therapieën te betrekken wenselijk.

Om mantelzorgers meer inzicht in therapieën en ziektebeeld te geven is het idee geopperd om een *familiedag* te introduceren. Dit krijgt van alle teamleden veel bijval. Uit onderzoek is ook gebleken dat dergelijk meeloopdagen kunnen bijdragen aan een betere samenwerking tussen mantelzorgers en zorgmedewerkers.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande conclusies komt de projectgroep tot de volgende aanbevelingen:

Aanbevelingen rond visie en beleid Vitalis

- Breng de teamleden op de hoogte van de visie en het beleid van Vitalis rond mantelzorg. De *Beleidsnotitie mantelzorg Zorg, Welzijn en Wonen* kan hierbij een uitgangspunt zijn.
- Vertaal dit beleid naar wat het betekent voor de eigen afdeling.

Aanbevelingen rond opname en informatievoorziening

- Neem de opname checklist onder de loep en geef hierin de rol van de mantelzorger en de informatievoorziening een plaats.
- Verwerk de informatie behoeften die de mantelzorgers hebben aangegeven in het onderzoek in de bestaande afdelingsfolder.
- Bespreek de rol van de mantelzorger tijdens het opnamegesprek. Wat kan en wil de mantelzorgers betekenen voor de cliënt tijdens de opname.
- Geef tijdens de opname duidelijke mondelinge informatie over hoe het zorgteam gewend is contact te onderhouden met de mantelzorger over de situatie van de cliënt. Informeer over de rol van de contactverzorgende, welke overlegsituaties er zijn, hoe en bij wie de mantelzorger voor vragen terecht kan. Ondersteun deze mondelinge informatie door een korte uitleg in de afdelingsfolder.
- Check bij opname of cliënt en mantelzorger begrijpen wat revalidatie inhoudt en geef hier zo nodig uitleg over. Ondersteun dit met korte informatie in de afdelingsfolder.
- Check bij opname of cliënt en mantelzorger uitleg hebben gehad over het ziektebeeld en of dit voldoende is geweest. Ga na welke behoefte aan informatie er nog nodig is en bespreek hoe in die informatie voorzien kan worden. (bijvoorbeeld door een gesprek met een teamlid of andere discipline, via een folder of doorverwijzing naar een patiëntenorganisatie).
- Geef bij het opnamegesprek informatie over Opname en Verhuur.

Aanbevelingen rond mantelzorgondersteuning

- Vraag bij opname naar de belasting die de mantelzorger ervaart.
- Overweeg de invoering van een instrument om (over)belasting te meten.

- Breng verpleegkundigen en verzorgenden op de hoogte van de mogelijkheden die er zijn om mantelzorgers voor ondersteuning door te verwijzen naar externe instanties.
- Maak verpleegkundigen en verzorgenden bewust van de waarde van emotionele ondersteuning van mantelzorgers en bekijk hoe ondersteuning structureel ingebed kan worden in het contact met mantelzorgers.

Overige aanbevelingen

- Neem samen met de teamleden onder de loep waar de knelpunten zitten rond het plannen van overlegsituaties met mantelzorgers en bekijk hoe daar (weer) structuur in aangebracht kan worden.
- Onderzoek in samenspraak met overige disciplines de mogelijkheden voor het organiseren van een familiedag.
- Stem interdisciplinair af wie verantwoordelijk is voor welke informatie naar de mantelzorger toe.

6. Discussie

De individuele interviews hebben plaats gevonden in juli, aan het einde van de zomervakantieperiode. Dit kan de ervaringen van zowel mantelzorgers als verpleegkundigen en verzorgenden gekleurd hebben. In de betreffende periode was er sprake van een andere personeelsbezetting dan normaal. Vaste teamleden waren minder aanwezig en werden vervangen door invalmedewerkers. Daarnaast was de totale bezetting regelmatig minder groot. Contact tussen zorgmedewerkers en mantelzorgers en informatievoorziening verliep daardoor mogelijk anders dan gebruikelijk op deze afdeling. Met name bij vragen op het gebied van communicatie en informatievoorziening kan dit invloed gehad hebben.

Meerdere mantelzorgers werden tijdens de individuele interviews erg emotioneel. Dit werd ten dele veroorzaakt door het feit dat zij eindelijk hun verhaal kwijt konden over wat hun naaste was overkomen en omdat het onduidelijk was hoe het revalidatieproces verder zou verlopen. Ervaringen kwamen in die gesprekken wel uitgebreid aan bod, maar de emoties maakte het soms moeilijk om door te vragen naar mogelijkheden om betrokken te worden bij activiteiten rond de persoonlijke verzorging.

In het focusgroep interview met de mantelzorgers zijn mogelijkheden, ideeën en behoeften wel aan bod gekomen.

Bij de individuele interviews met zowel mantelzorgers als verpleegkundigen en verzorgenden, werd bij ieder volgend interview de hoeveelheid nieuwe informatie minder. In het laatste interview bij mantelzorgers én verpleegkundigen en verzorgenden kwamen geen nieuwe ervaringen of ideeën naar voren. Omdat het aantal interviews bij beide doelgroepen tot zes beperkt was valt het te betwijfelen of er sprake was van saturatie. Mogelijk heeft de beperkte interviewervaring van de onderzoekers een rol gespeeld of waren de respondenten te weinig thuis in het onderwerp om in het tijdsbestek van het interview antwoorden te bedenken.

Bij de individuele interviews met verpleegkundigen en verzorgenden is bij de selectie van respondenten gestreefd naar een maximum aan variatie om vanuit zoveel mogelijk invalshoeken informatie te krijgen. Hierdoor zijn ook teamleden geïnterviewd met weinig ervaring. Een selectie van alleen teamleden met veel ervaring op de betreffende afdeling had mogelijk toch meer informatie opgeleverd.

Bij beide focusgroep interviews ontstonden door de interactie tussen de deelnemers wel nieuwe ideeën om de betrokkenheid van de mantelzorger bij het revalidatieproces te vergroten. Mogelijk hadden meer focusgroep interviews geleid tot de ontwikkeling van nog meer nieuwe ideeën, of had een focusgroep interview na de vakantieperiode geleid tot andere resultaten.

Als methode van dataverzameling voor de beantwoording van deelvraag twee en drie is gekozen voor individuele interviews om inzicht te krijgen in de ervaringen van mantelzorgers en verpleegkundigen en verzorgenden. Het hoe en waarom van handelen, de manier van denken kon hierdoor onderzocht worden. Door deze keuze is slechts een beperkt deel van de teamleden en mantelzorgers bereikt en zijn mogelijk ervaringen of ideeën "verloren gegaan". Om dit op te vangen zijn als aanvulling focusgroep interviews gehouden, met als doel om nieuwe behoeften en ideeën te genereren.

Een andere keuze had kunnen zijn om een enquête te houden onder alle mantelzorgers en alle teamleden zodat er mogelijk een grotere hoeveelheid informatie was verkregen. Dan had echter de motivatie voor de antwoorden onduidelijk gebleven en was er geen interactie geweest tussen deelnemers, waardoor mogelijk minder nieuwe ideeën ontstaan waren.

Terugkijkend op het onderzoek en de resultaten is het jammer dat de ervaringen en ideeën van andere disciplines die betrokken zijn bij het revalidatieproces niet meegenomen zijn in het onderzoek.

Het zou meerwaarde kunnen hebben om te weten welke ervaringen en ideeën de ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten, psychologen en artsen hebben over het betrekken van de mantelzorger bij hun behandeling. En hoe zij hierin de samenwerking met de verpleegkundigen en verzorgenden zien.

Het verdient aanbeveling om in aanvulling op dit onderzoek gesprekken te voeren met fysiotherapeuten, diëtisten en arts. Juist omdat mantelzorgers in de interviews aangaven iets te kunnen en willen betekenen bij de mobiliteit en zorg rond de maaltijd, zoals het eten geven. Omdat er een grote wens is bij mantelzorgers om meer contact te hebben met de arts is het van belang om te horen hoe deze de betrokkenheid van mantelzorgers ziet.

5. Implementatie

De voorgaande hoofdstukken beschrijven het onderzoek naar de manier waarop verpleegkundigen en verzorgenden mantelzorgers betrekken bij activiteiten rond het revalidatieproces. Ook worden de resultaten van de interviews met teamleden en mantelzorgers van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege weergegeven. Deze resultaten laten zien hoe mantelzorgers op de betreffende afdeling door verpleegkundigen en verzorgenden willen worden betrokken bij activiteiten rond het revalidatieproces. Ook wordt getoond welke behoeften en ideeën de teamleden hebben om de betrokkenheid bij het revalidatieproces te verbeteren. Om te komen tot de wenselijke situatie zijn in hoofdstuk vijf een aantal aanbevelingen gedaan.

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen rond opname en informatievoorziening nader uitgewerkt. De keuze voor deze aanbevelingen is gemaakt in overleg met de opdrachtgever. Vanuit de opdrachtgever was ook interesse om een familiedag te organiseren. Gezien het tijdsbestek zal de prioriteit liggen op de aanbevelingen rond opname en informatievoorziening, maar zal de familiedag wel meegenomen worden in het implementatieplan als toekomstige actie.

De kern van de aanbevelingen rond opname en informatievoorziening is om de opname checklist aan te passen. De huidige opnamechecklist is een lijst met voornamelijk administratieve punten die doorgenomen worden met de cliënt en eventueel de mantelzorger. Er is geen toelichting hoe deze punten inhoudelijk besproken moeten worden. De teamleden kunnen hierdoor op een verschillende manier uitleg geven in het opnamegesprek. In de huidige opnamechecklist is geen item opgenomen over de rol van de mantelzorger, uitleg over de reden van opname en uitleg over revalideren en de afdeling.

In de aangepaste checklist dient de rol van de mantelzorger een plaats te krijgen. Ook moet de informatievoorziening over revalidatie, ziektebeeld, overlegsituaties en contact met de zorgprofessionals in de checklist opgenomen worden. Om meer eenduidigheid te krijgen in het opnamegesprek zou een bijlage met toelichting wenselijk zijn.

Naast een aangepaste opname checklist zal de aanbeveling om informatie over de afdeling op papier te zetten uitgewerkt worden in de vorm van een afdelingsfolder voor cliënten en mantelzorgers. Er is al een afdelingsfolder aanwezig, maar niet alle informatie waaraan mantelzorgers behoefte hebben staat erin vermeld. Daarnaast is de bestaande folder niet meer up to date en niet toegespitst op revalidatieafdeling Wissehaege.

In de aangepaste folder dient onder andere informatie opgenomen te worden over afdelingsregels, de rol van de contactverzorgende, betrokkenheid bij therapieën, overlegsituaties.

Het doel van de aanbevelingen die in dit hoofdstuk onder de loep genomen worden is om de rol van de mantelzorger bij activiteiten rond het revalidatieproces bespreekbaar te maken tijdens het opnamegesprek. Daarnaast is het doel om de mantelzorger zodanig te voorzien van informatie over revalidatie en afdeling dat deze zich meer betrokken voelt bij het revalidatieproces van de cliënt. Verwacht wordt dat deze doelen bereikt kunnen worden door het aanpassen van de opnamechecklist en de afdelingsfolder.

In dit hoofdstuk wordt eerst een beknopte toelichting gegeven op het PARIHS raamwerk. Het PARIHS raamwerk heeft als structuur gediend om factoren die de implementatie beïnvloeden in kaart te brengen.

Het hoofdstuk eindigt met een concreet plan voor de implementatie van een aangepaste opnamechecklist met bijlage en een nieuwe afdelingsfolder. De twee producten (de opnamechecklist en een nieuwe afdelingsfolder) zijn nog in concept bij de opdrachtgever voor de laatste aanpassingen en zijn in de bijlage opgenomen.

5.1 Het Parihs raamwerk

Het PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) raamwerk kan behulpzaam zijn om vernieuwingen in de gezondheidszorg te

implementeren (Munten et al., 2012). Het raamwerk geeft inzicht in de factoren die bij het implementeren van vernieuwingen een belangrijke rol spelen. Deze 3 factoren zijn:

- De kwaliteit van de *evidence*
- De toegankelijkheid van de *context* waarin de verandering plaatsvindt
- De *facilitering* die geboden wordt om de verandering te ondersteunen.

De drie factoren hangen onderling samen en iedere factor kan gewaardeerd worden naar de mate waarin deze aanwezig is. Hoe hoger gescoord wordt op alle drie de pijlers hoe groter de kans op slagen is van de implementatie (Munten et al., 2012).

Door evidence, context en facilitering in kaart te brengen voor revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege kan een implementatieplan ontwikkeld worden dat afgestemd is op de mogelijkheden en wensen van de teamleden en mantelzorgers.

5.2 Factoren van invloed op revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege

5.2.1 Evidence

Literatuuronderzoek

Literatuuronderzoek laat zien dat mantelzorgers tijdens opname op de revalidatieafdeling een belangrijke rol spelen bij het herstel (Expertisecentrum Mantelzorg, 2014; Hards et al., 2010; Louie et al., 2012).

Onderzoek toont ook aan dat de informatievoorziening rond zorg en behandeling door veel mantelzorgers als gebrekkig wordt ervaren (Rosenberg et al., 2009; Smith et al., 2004). Dit vergroot de bezorgdheid en leidt tot frustraties (Tunney & Ryan, 2014).

Mantelzorgers hebben grote behoefte aan informatie over de toestand, prognose en revalidatie activiteiten. Mondelinge en schriftelijke informatie moeten daarbij ondersteunend zijn aan elkaar (Gana et al., 2010).

Zowel structureel overleg over bijvoorbeeld inhoud van het zorgleefplan en de afstemming van activiteiten, als incidenteel overleg over het verloop van de zorg en wijzigingen daarin wordt eveneens gemist door mantelzorgers. Functionarissen zoals EVV-ers lijken nog weinig zichtbaar (Mezzo, 2009).

Afwezigheid van goede communicatie leidt bij mantelzorgers tot zorgen over de kwaliteit van zorg. Een goede relatie tussen zorgmedewerkers en mantelzorgers draagt juist bij aan betrokkenheid bij de zorg (Haesler et al., 2006).

Bovenstaande bevindingen vanuit het literatuuronderzoek onderbouwen het belang van de implementatie van de verbetervoorstellen rond opname en informatievoorziening. Er is dus wetenschappelijke evidence voor de meerwaarde van het aanpassen van de opname checklist en de afdelingsfolder.

Kennis en ervaring van zorgmedewerkers

De interviews, die gehouden zijn met verpleegkundigen en verzorgenden, tonen aan dat het door hen als wenselijk wordt gezien de rol van mantelzorgers tijdens het opnamegesprek bespreekbaar te maken. De verpleegkundigen en verzorgenden merkten op dat ze geneigd zijn zelf in te vullen dat de mantelzorger bijvoorbeeld te oud of al overbelast is om activiteiten rond het revalidatieproces uit te voeren. Ook blijkt uit de resultaten dat het gewenst is informatievoorziening en overleg met de mantelzorger meer gestructureerd te laten verlopen. Hiermee wordt het belang aangetoond de opnamechecklist te herzien en een nieuwe folder voor cliënten en mantelzorgers te maken als aanvulling op het opnamegesprek.

Ervaringen en voorkeuren van mantelzorgers

Uit de interviews met mantelzorgers is gebleken dat het voor mantelzorgers belangrijk is om tijdige en juiste informatie te krijgen en om structureel overleg te hebben met de contactverzorgende. Mantelzorgers ervaren dan minder stress en daardoor minder overbelasting. Dit zou al moeten beginnen bij het opnamegesprek. Tijdens de opname zouden de mantelzorgers graag een afdelingsfolder krijgen om te weten wat er allemaal besproken is in het opnamegesprek. Zo kan men informatie terug halen en terug kijken

wat men allemaal nog zou moeten regelen. Ook zouden zij graag weten bij wie zij terecht kunnen voor welke vragen.

Door een tijdige ondersteuning, communicatie en samenwerking met de zorgprofessional, zijn zij best bereid iets meer te doen aan activiteiten rond het revalidatieproces.

De ervaringen en de behoeften van mantelzorgers worden daarom ook meegenomen bij het aanpassen van de opnamechecklist en afdelingsfolder.

5.2.2 Context

De context waarin de verandering plaats vindt is de revalidatieafdeling van Vitalis Wissehaege. Vitalis Wissehaege maakt deel uit van de Vitalis Woonzorg Groep.

De context bestaat uit de elementen cultuur, leiderschap en evaluatie. Door deze elementen in kaart te brengen kan ingeschat worden hoe in hoeverre het team van revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege open staat voor verandering. Bevorderen en belemmerende factoren bepalen het succes van de implementatie en worden hieronder beschreven.

Bevorderende factoren

Cultuur:

- Door de interviews is het belang van betrokkenheid van mantelzorgers bij het revalidatieproces gaan "leven" op de afdeling en zijn de teamleden gaan nadenken over de rol van de mantelzorger. Zij zijn gaan inzien dat een andere benadering van de mantelzorger tot meer betrokkenheid zou kunnen leiden. De implementatie van een aangepaste opnamechecklist met bijlage en nieuwe afdelingsfolder komen niet onverwacht.
- De teamleden hebben zelf input kunnen geven voor de vernieuwing door hun ervaringen en ideeën te delen. Dit kan bijdragen aan de motivatie om de implementatie in te voeren.
- De teamleden beamen dat het meerwaarde heeft voor de revalidatie om de mantelzorger bij het revalidatieproces te betrekken.
- De teamleden hebben bereidheid laten zien tot veranderingen die nodig zijn om de mantelzorger bij het revalidatieproces te betrekken; vanuit het team kwam bijvoorbeeld het voorstel voor een familiedag.
- De teamleden merken op dat ze bij het betrekken van de mantelzorgers vaak zelf invullen voor de mantelzorger en ook vaak denken vanuit eigen waarden en normen. Dit bewustzijn en de wil om met de mantelzorger diens wensen en mogelijkheden te bespreken in plaats van in te vullen blijkt aanwezig
- Recent is op verzoek van de behandelaars ook een onderzoek gestart door één van de ergotherapeuten. Zij onderzoekt hoe de ervaringen van mantelzorgers zijn in de samenwerking met de verschillende paramedische disciplines. Dat ook door andere disciplines de samenwerking met mantelzorgers wordt onderzocht kan voor de teamleden het belang van betrokkenheid van mantelzorgers bij de revalidatie benadrukken. Dit kan de draagkracht voor de implementatie vergroten.

Leiderschap:

- De leidinggevende van de afdeling ondersteunt de implementatie. Zij heeft voorgesteld na invoering van de implementatie ongeveer vier mantelzorgavonden te organiseren waarbij de mantelzorgers gevraagd wordt hoe zij de betrokkenheid bij het revalidatieproces ervaren. Ook heeft de leidinggevende met de teamleden de urgentie van betrokkenheid van mantelzorgers benadrukt. Voor het implementeren van de aangepaste checklist en de afdelingsfolder betekent dit dat de leidinggevende ondersteunt dat deze zo snel mogelijk in gebruik genomen worden.
- De leidinggevende van de afdeling heeft meerdere ideeën genoemd voor vervolgacties om mantelzorgers meer bij het revalidatieproces te betrekken, zoals een familiedag en een werkgroep rond het betrekken van mantelzorgers.

Evaluatie:

- Op verzoek van de leidinggevende wordt mantelzorg een vast agendapunt tijdens het teamoverleg. Hierbij kan de aangepaste opnamechecklist en afdelingsfolder geëvalueerd worden.
- De leidinggevende heeft voorgesteld steekproefsgewijs interviews te houden met mantelzorgers om te evalueren hoe het opnamegesprek ervaren wordt. Door dezelfde topiclijst te hanteren als tijdens de interviews voor dit onderzoek kan waargenomen worden of de ervaringen van mantelzorgers rond opname en informatie veranderd zijn ten opzichte van eerdere interviews.
- Vier keer per jaar een familie/mantelzorgavond organiseren waarin geëvalueerd wordt wat de ervaringen zijn van mantelzorgers rond opname, informatievoorziening en betrokkenheid bij de revalidatie na invoering van de aangepaste opnamechecklist en afdelingsfolder.

Belemmerende factoren

Cultuur:

- De verpleegkundigen en verzorgenden laten het initiatief tot betrokkenheid bij de mantelzorger, zij spelen hier zelf geen actieve rol in.
- De teamleden vullen als het ware in voor de mantelzorger. Zij zien dat mantelzorgers overbelast zijn of een hoge leeftijd hebben en gaan er bij voorbaat vanuit dat de mantelzorger daarom niet betrokken zal willen worden bij revalidatie activiteiten.
- Eigen normen en waarden spelen een rol, wat de verpleegkundigen en verzorgenden tegenhoudt mantelzorgers te betrekken. De teamleden zouden bijvoorbeeld zelf niet hun ouder willen helpen bij de persoonlijke verzorging en gaan ervan uit dat de mantelzorger dit ook niet zal willen. Daarnaast geven de teamleden aan dat het ook lastig is om zorg uit handen te geven aan mantelzorgers.
- Bij de meeste teamleden blijkt het bewustzijn dat mantelzorg een steeds belangrijkere rol gaat spelen door beleidsveranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg nog niet aanwezig.

Eén van de geïnterviewde verpleegkundigen vat de bestaande cultuur samen als: "het zit nog niet in ons systeem om met de mantelzorger te bespreken wat zij zouden kunnen betekenen".

Bij de implementatie zal rekening gehouden moeten worden met deze denkwijze. Om de implementatie succesvol te laten verlopen, zal ook een omslag in denken nodig zijn. De presentatie van dit onderzoek kan hiertoe een aanzet geven.

- De afdeling waar de implementatie ingevoerd wordt is nu een revalidatieafdeling. De toekomst van de afdeling is echter nog onzeker. Mogelijk krijgt de afdeling in de loop van het volgende jaar een andere cliëntenpopulatie. Deze onzekerheid kan de motivatie doen afnemen voor het implementeren van de aangepaste opnamechecklist en afdelingsfolder omdat het belang ervan niet ingezien wordt.
- Op de afdeling wordt een verschuiving gezien naar steeds complexere zorgvragen, wat vraagt om het inzetten van hoger gekwalificeerde medewerkers. Er zijn nu helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen op de afdeling werkzaam. Of en hoe de verdeling van deze medewerkers qua aantal en niveau zal veranderen komend jaar is nog niet bekend. Ook dit brengt voor de teamleden onzekerheid met zich mee en kan de motivatie doen afnemen.

Leiderschap:

- De Beleidsnotitie Mantelzorg, Welzijn en Wonen van de Vitalis Woonzorg Groep geeft vooral ondersteuningsmogelijkheden voor mantelzorgers, maar biedt de

verpleegkundigen en verzorgenden geen handvatten voor het betrekken van mantelzorgers bij het revalidatieproces. Ook worden richtlijnen rond mantelzorg vanuit het management gemist. Wat is wel en niet toegestaan rond het betrekken van de mantelzorger bij de zorg.

Evaluatie:

- Er zijn nog geen vaste evaluatiemomenten rond mantelzorg, deze moeten nog vorm krijgen.
- De factor tijd zou belemmerend kunnen werken als deze niet voldoende vrij gemaakt kan worden om de voorgestelde evaluatiemomenten in te plannen.
- Werkdruk bij medewerkers zou een rol kunnen spelen om deel te nemen aan evaluatiemomenten.

5.2.3 Faciliteren

Om de implementatie in te kunnen voeren is een facilitator nodig die de randvoorwaarden schept om de aanbevelingen succesvol uit te voeren (ZonMw, 2011). Dit is de leidinggevende omdat zij de bevoegdheden heeft om deze randvoorwaarden te scheppen.

Ook is een facilitator nodig die de teamleden op de werkvloer ondersteunt bij de implementatie en borging van de veranderingen. De implementatie is door beide onderzoekers in gang gezet. Zij hebben de opnamechecklist en afdelingsfolder aangepast en zullen deze toelichten aan de teamleden bij de presentatie van dit onderzoek.

Na de presentatie wordt het faciliteren voortgezet door de onderzoeker die op de betreffende afdeling werkt. Zij zal op verzoek van de opdrachtgever een werkgroep formeren die als taak krijgt om de hier beschreven implementatie te ondersteunen.

Tijdens de presentatie zal aan de teamleden gevraagd worden wie interesse heeft om deel te nemen aan de werkgroep.

Deze werkgroep zal zich ook gaan richten op de overige aanbevelingen uit dit onderzoek. Het gaat bij deze implementatie niet alleen om het gebruik van de nieuwe opnamechecklist en afdelingsfolder, maar er wordt van de teamleden rond het betrekken van de mantelzorger ook een andere houding en denkwijze verwacht. Het initiatief niet bij de mantelzorger laten, maar zelf een actieve rol spelen. Niet voor de mantelzorger invullen, maar mogelijkheden bespreekbaar maken. Hier is een belangrijke rol weggelegd voor facilitator en werkgroep.

5.3 Implementatieplan

De fasering van dit implementatieplan is gebaseerd op de PDCA-cyclus van Deming.

Hij ontwikkelde een model met het idee dat kwaliteitsverbetering een continu proces is, waarbij evalueren en bijsturen van cruciaal belang is. De Plan-Do-Check-Act-cyclus, is een basis voor structureel en systematisch verbeteren van de kwaliteit. De vier stappen in de PDCA-cyclus zijn: maak een plan, voer het uit, controleer of het werkt en stel het plan eventueel bij (Rubrech & Stuyling de Lange, 2013).

Wat	Waarom	Wie	Hoe	Wanneer
Plan				
Maken concept aangepaste opname checklist en bijlage (zie paragraaf 5.2)	Houvast voor teamleden om rol mantelzorger bespreekbaar te maken en adequate informatie te verschaffen tijdens opname	Sjannie en Karin	Vergelijk huidige checklist met behoeften en ideeën mantelzorgers en teamleden Bijlage maken met toelichting op items checklist	Uitgevoerd

Concept aangepaste opnamechecklist en afdelingsfolder voorleggen aan opdrachtgever	Nagaan of aangepaste opname checklist en afdelingsfolder voldoen aan wensen opdrachtgever	Sjannie	Gesprek met opdrachtgever	Uitgevoerd
Definitieve versie maken van opnamechecklist en afdelingsfolder		Sjannie en Karin	Opmerkingen opdrachtgever verwerken	Uitgevoerd en akkoord gegeven door opdrachtgever
Presentatie praktijkonderzoek met hierin uitleg over nieuwe opname checklist en afdelingsfolder	Informeren opdrachtgever en teamleden over aangepaste opnamechecklist en afdelingsfolder	Sjannie en Karin	Power Point presentatie Geprinte versie aangepaste opnamechecklist en afdelingsfolder uitreiken aan aanwezigen	22 januari 2015
Formeren van werkgroep rond mantelzorg	Ondersteunen implementatie Inbedden betrokkenheid mantelzorger op afdeling	Sjannie	Start werven leden voor werkgroep tijdens presentatie Teamleden persoonlijk benaderen	22 januari 2015 en 2 daarop volgende weken
Opnamechecklist en afdelingsfolder beschikbaar maken voor gebruik	Opnamechecklist en afdelingsfolder zijn gereed voor invoering	Sjannie en Karin	Printen definitieve versie opnamechecklist en afdelingsfolder en deze in bestaand opnamebakje leggen Afdelingsfolder in brochurehouder plaatsen	Week 5 2015
Teamleden herinneren aan invoering van nieuwe opname checklist en afdelingsfolder	Eenmalige informatievoorziening tijdens presentatie heeft mogelijk niet alle teamleden bereikt	Leidinggevende Sjannie en Karin	Teamleden informeren over nieuwe opname checklist en afdelingsfolder via nieuwsbrief en mail	Week 5 2015
Do				
Ingebruikname nieuwe opname checklist en afdelingsfolder		Teamleden	Opnamegesprek voeren aan hand van nieuwe checklist en informatiefolder	1 februari 2015
Check				
Evaluatie nieuwe opname checklist en afdelingsfolder op bruikbaarheid en effect	Inventariseren of checklist en folder compleet en toepasbaar zijn Inventariseren of betrokkenheid en samenwerking met mantelzorger door implementatie verbetert	Leidinggevende en Sjannie	Agendapunt op teamoverleg	Eerste teamoverleg in 2015

Evaluatie van nieuwe opname checklist en afdelingsfolder met mantelzorgers	Nagaan of mantelzorgers zich goed geïnformeerd voelen over revalidatieafdeling Nagaan hoe mantelzorgers ervaren betrokken te worden bij revalidatieproces	Werkgroep	Mantelzorgavond waarin focusgroep interview gehouden wordt, evt. met medewerkers Individuele interviews met mantelzorgers Beiden op basis van bestaande topiclijst	Mantelzorgavond 4 x per jaar start maart 2015 Individuele interviews te plannen door werkgroep
Act				
Verbeterpunten vanuit evaluaties verwerken en betrokkenheid mantelzorger verder uitbreiden	Opnamechecklist en afdelingsfolder zijn zo optimaal mogelijk en verbetering betrokkenheid mantelzorger krijgt blijvend vervolg	Werkgroep	Eventueel aanpassen opnamechecklist en afdelingsfolder Ideeën voor betrokkenheid mantelzorger ontwikkelen, zoals familiedag	Week 15 2015

Literatuur

- ActiZ en Expertisecentrum Informele Zorg. (2007). *Samenspel met mantelzorg Handreiking voor het vormen van visie en beleid op het gebied van mantelzorg in organisaties voor verpleging en verzorging* (publicatienummer 07.001).
Geraadpleegd op https://www.google.nl/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1MDNE_nINL553NL553&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=samenspel%20met%20mantelzorg%20actiz
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek*. Groningen/Houten. Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, N., Goede, M. de, Peters, V. & Velden, T. van der, (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten. Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Hulst, M. van der & Goede, M. de. (2012). *Basisboek interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen/Houten. Noordhoff Uitgevers.
- Blox, S., Hardeman, L., Heijden, S. van der & Pullens, R. (2014). *Adviesnota: Het gebruik van het zorgleefplan*. Eindhoven.
- Buijsen, H., (2009). *Mijn moeder lag om 11 uur nóg in bed* [PDF]. doi: 10.1007/978-90-313-7798-5
- Cardiff, S., (2012). *Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke. Samenvatting*. Verkregen via Fontys Hogeschool Eindhoven.
- Commissie Regelgeving van Onderzoek (COREON) & Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (FMWV). (2004). *Colofon Gedragscode Gezondheidsonderzoek*. Rotterdam. Geraadpleegd op http://www.federa.org/sites/default/files/bijlagen/coreon/gedragscode_gezondheidsonderzoek.pdf
- Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J., Kuiper, C. (2006) *Evidence-Based Practice voor*

- verpleegkundigen. Methodiek en implementatie*. Utrecht. Lemma.
- Evers, J. (2010). *Kwalitatief interviewen: Kunst en kunde*. Den Haag. Boom Uitgevers
- Exel, N.J. van, Brouwer, W. B., Berg, B. van den, Koopmanschap, M. A., & Bos, G.A. van Den. (2004). What really matters: an inquiry into the relative importance of dimensions of informal caregiver burden. *Clinical Rehabilitation*, 18(6), 683-693. doi: 10.1191/0269215504cr743oa
- Expertisecentrum mantelzorg. (2014). *Over mantelzorg*. Geraadpleegd op <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/over-mantelzorg.html>
- Gan, C., Gargaro, J., Brandys, C., Gerber, G., & Boschen, K. (2010). Family caregivers' support needs after brain injury: A synthesis of perspectives from caregivers, programs, and researchers. *NeuroRehabilitation*, 27(1), 5-18. doi: 10.3233/NRE-2010-0577
- Haesler, E., Bauer, M., & Nay, R. (2006). Factors associated with constructive staff-family relationships in the care of older adults in the institutional setting. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(4), 288-336. doi: 10.1111/j.1479-6988.2006.00053.x
- Harris, J. E., Eng, J. J., Miller, W. C., & Dawson, A. S. (2010). The role of caregiver involvement in upper-limb treatment in individuals with subacute stroke. *Physical therapy*, 90(9), 1302-1310. doi: 10.2522/ptj.20090349
- Louie, S. W. S., Poon, M. Y., Yu, S. Y., Chan, W. L., Au, K. M., & Wong, K. M. (2012). Effectiveness of a patient/carer empowerment programme for people with hip fractures. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(12), 673-681. doi: 10.12968/ijtr.2012.19.12.673
- Lugt, D. van der. (2009). *Interviewen in de praktijk*. Groningen/Houten. Noordhoff Uitgevers.
- Mathijssen, J. (2013). *Revalideren bij Vitalis*. Eindhoven. Vitalis Woonzorggroep.

- Mezzo. (2012-2013). *Branchemonitor informele zorg*. Geraadpleegd op http://www.mezzo.nl/webwinkel/branchemonitor_ondersteuning_informele_zorg_2012_2013/8754
- Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam. Uitgeverij SWP.
- Mezzo. (2012-2013). *Branchemonitor informele zorg*. Geraadpleegd op http://www.mezzo.nl/webwinkel/branchemonitor_ondersteuning_informele_zorg_2012_2013/8754
- Munten, G., Legius, M., Niessen, T., Snoeren, M., Jukema, J. & Harps-Timmerman, A. (2012). *Practice Development. Naar duurzame verandering van zorg- en onderwijspraktijken*. Den Haag. Boom Lemma Uitgevers.
- Oudijk, D., Boer, A. de, Woittiez, I., Timmermans, J. en Klerk, M. de. (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag. Sociaal Cultureel Planbureau.
- Plank, A., Mazzoni, V., & Cavada, L. (2012). Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *Journal of clinical nursing*, 21(13-14), 2072-2082. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04025.x
- Rijksoverheid. (2014). *Mantelzorg*. Geraadpleegd op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg>.
- Rijn, M.J. van, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *brief van 4 maart 2014 Betreft Samenhang in zorg en ondersteuning* aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Rijn, M.J. van, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *brief van 20 juli 2013 Betreft Versterken, Verlichten en verbinden* aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Rosenberg, E., Jullamate, P., & Azeredo, Z. (2009). Informal caregiving: cross-cultural applicability of the person-environment model. *Health Sociology Review*, 18(4), 399-411. doi: 10.5172/hesr.2009.18.4.399
- Schip, D. van 't. (2012). *Ondersteuningsbehoeften Mantelzorgers in de*

- revalidatiezorg*. Geraadpleegd op Landelijk Steunpunt Medezeggenschap (LSR)
website: <http://www.hetlsr.nl/projecten/ondersteuningsaanbod-voor-mantelzorgers-ouders-partners-kinderen-van-patienten-in-revalidatiecentra/>
- Singh, M., & Cameron, J. (2005). Psychosocial aspects of caregiving to stroke patients. *Axon*, 27(1), 18-24. Geraadpleegd op:
<http://web.a.ebscohost.com.lib.fontys.nl/ehost/detail>
- Smith, L. N., Lawrence, M., Kerr, S. M., Langhorne, P., & Lees, K. R. (2004). Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 235-244. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02983.x
- Tunney, A. M., & Ryan, A. (2014). Listening to carers' views on stroke services: Anne Marie Tunney and Assumpta Ryan discuss a study that used the experiences of women caring for survivors to assist service redesign. *Nursing older people*, 26(1), 28-31. doi: 10.7748/nop2014.02.26.1.28.e500
- Verhoeven, N. (2013) *Wat is onderzoek?/ Methoden en technieken voor het Hoger Onderwijs/deel Praktijkboek*. Den Haag. Boom Lemma.
- VenVN. (2012). *V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=FZhPgDg_3n8%3d&tabid=5302
- Visser-Meily, A., Heugten, van C. & Lüning, E. (2005). Zorg voor de mantelzorgers van CVA Patiënten. Richtlijnen en aanbevelingen voor begeleiding. *Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde*, 30, 106–110. Doi: 10.1007/BF03075082
- Vilans. (2012). *Werken aan duurzaam samenspel tussen informele en formele zorg*. Geraadpleegd op http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Werken_aan_duurzaam_samenspel_tussen_informele_en_formele_zorg.pdf
- Vilans. (2014). *Informele zorg*. Geraadpleegd op <http://www.vilans.nl/Thema-Informele-zorg.html>.
- Vitalis. *Beleidsnotitie mantelzorg Zorg, Welzijn en Wonen*. Geraadpleegd op 11-03-2014 via <http://app-infoland/DKS/document>

Vitalis. Beleidsnotitie Missie en Visie Vitalis (Centraal). Geraadpleegd op
11-03-2014 via <http://app-infoland/DKS/document>

Vlist, A. van der. & Ooijevaar, I. (2009). *Langs de zijlijn. Rapportage en actieplan naar aanleiding van de meldweek "mantelzorg en zorginstellingen"*. (Code 279).

Geraadpleegd op Mezzo website: http://www.mezzo.nl/webwinkel/langs_de_zijlijn/6931

Bijlage 1: Verdeling van deelvragen per onderzoeker

Voor deelvraag 1 is verantwoordelijk: Sjannie Blox en Karin Stolk gezamenlijk

Voor deelvraag 2 is verantwoordelijk: Karin Stolk

Voor deelvraag 3 is verantwoordelijk: Sjannie Blox

Voor deelvraag 4 is verantwoordelijk: Sjannie Blox en Karin Stolk gezamenlijk

Bijlage 2: Topics voor de individuele interviews

Topics voor de interviews

Open beginvraag: "kan je iets vertellen over jouw ervaringen rond het betrekken van de mantelzorger bij de revalidatie?"

De open beginvraag zal luiden: "Hoe beleeft u de manier waarop u betrokken wordt door de zorgprofessional bij het revalidatieproces van uw familielid?"

Topics:

- Bekendheid met visie en beleid van Vitalis rond mantelzorg
- Welke taken en activiteiten worden nu door de mantelzorgers uitgevoerd en hoe zien de mantelzorger/zorgprofessional dit in de toekomst.
Wat zien de mantelzorger/zorgprofessional als mogelijke taken en activiteiten
Wat zijn wensen van de mantelzorger rond taken/activiteiten
- Hoe verloopt de communicatie met de mantelzorger/zorgprofessional
 - Bejegening van de mantelzorger
 - Nakomen van afspraken
 - Ideeën ter verbetering
- Hoe wordt u geïnformeerd/informeer je de mantelzorger
 - Waarover wordt informatie gegeven
 - Ziektebeeld
 - Afdeling
 - Behandelaars/artsenvisite
 - Opname/ontslagprocedure/ aanvraag thuiszorg
 - Hulpmiddelen/woningaanpassing
 - Gezondheidstoestand van de cliënt
 - Ondersteuningsmogelijkheden voor de mantelzorger in huidige en toekomstige situatie
 - Ideeën ter verbetering
- Samenwerking mantelzorger/zorgprofessional
 - Aandacht voor leefomgeving/sociaal netwerk
 - Wie heeft de regie over de zorg voor de cliënt
 - Knelpunten
 - Ideeën ter verbetering
 - Voelt de mantelzorger zich erkent
- Wordt de mantelzorger betrokken bij het opstellen van het zorg(leef)plan en op welke manier
- Hoe wordt de mantelzorger ondersteund
 - Praktisch w.b. verzorging/adl, administratie
 - Emotioneel
 - Naar de mantelzorger individueel
 - Groepsgesprekken voor mantelzorgers
 - Aandacht voor overbelasting/meetinstrumenten
 - Doorverwijzing naar steunpunten voor mantelzorg of patiëntenorganisaties
- Mogelijkheden tot overleg
 - Met wie heeft de mantelzorger overleg en hoe vaak
 - Wie neemt initiatief tot overleg
 - Welke soorten overleg (met contactverzorgende, evaluatiegesprek, behandelaars, familiegesprek, MDO, opname/ontslaggesprek)
- Welke verwachtingen heeft de mantelzorger/zorgprofessional
 - T.a.v. de revalidatie in het algemeen
 - T.a.v. de zorgprofessionals
 - T.a.v. de rol van de mantelzorger

Bijlage 3: Topics voor focusgroep interview verpleegkundigen en verzorgenden

Ervaringen vanuit de individuele interviews

- Huidige activiteiten mantelzorger
 - Was, begeleiden ziekenhuiscontroles, hulp bij maaltijden, naar buiten gaan, therapieoefeningen, sondevoeding, hulp bij toiletgang, naar bed gaan, aan- en uitkleden, opvang dwaalgedrag
- Betrokkenheid gaat uit van mantelzorger
- Informatievoorziening aan mantelzorger
 - Info overdracht over cliënt naar mantelzorger niet altijd snel genoeg (Werkdruk speelt rol)
 - Zorg gaat uit van voorlichting door ziekenhuis
 - Mantelzorger niet altijd goed geïnformeerd over ziektebeeld
 - Verkeerde verwachtingen over ziektebeeld
- Rol mantelzorger tijdens opnamegesprek
 - Beperkt tot was en begeleiding naar ziekenhuiscontroles
- Structuur rond familiegesprek is weg
- Visie en beleid van Vitalis rond mantelzorg
- Invullen voor mantelzorger
 - Hoge leeftijd
 - Drukke baan
 - Zelf ouder niet willen wassen
- Betrokkenheid mantelzorger bij opstellen zorgleefplan
- Beloning mantelzorger
 - zorg mag mantelzorger geen thee/koffie/maaltijd geven om te belonen voor inzet
- Contact tussen mantelzorger en arts
 - Vragen mantelzorger blijven onbeantwoord
 - Klachten en frustraties
- Communicatie tussen mantelzorger en zorgteam
 - Respondenten uit interviews denken dat voor mantelzorg duidelijk is hoe deze verloopt
- Terughoudendheid mantelzorger bij persoonlijke verzorging
 - Mantelzorger ziet ADL niet als therapie
 - Gêne
 - Verzorging geeft niet graag zorg uit handen
 - Mantelzorger denkt volgens respondenten: "jullie zijn er voor opgeleid"
- Betrokkenheid mantelzorger bij therapieën
 - Wordt door zorg gestimuleerd

Ideeën/behoefte van verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de individuele interviews

- Betrokkenheid mantelzorger al bij opname aankaarten
- Meer structuur rond overlegsituaties en informatieoverdracht naar mantelzorgers
- Informatie over ziektebeeld meer op maat
 - Arts tijdens visite bij cliënt langs
 - kort na opname gesprek arts/familie/client
- Ondersteuning mantelzorger structureren
- Mantelzorgers betrekken bij dagbesteding
- Mantelzorger meer betrekken bij oefeningen fysio en logo

- Mantelzorger betrekken bij bereiden maaltijden in kader revalidatie
- Hulp bij ADL meer stimuleren
 - In kader van revalidatie
 - Mantelzorger voelt zich nuttiger, cliënt voelt zich beter
- Mantelzorgavond/familiedag
- Gluren bij de burens
 - ideeën vanuit andere instellingen
 - samenwerken

Bijlage 4: Thematische analyse volgens het 6-fasen model van Braun en Clarke

Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke (2006)

Samenvatting door Shaun Cardiff, september 2012

Thematische analyse is een veel gebruikte, maar weinig beschreven analysemethode voor kwalitatieve data. Het is een methode voor het identificeren, analyseren en (in detail) rapporteren van patronen (thema's) binnen de data. De onderzoeker is actief in het identificeren en rapporteren van patronen/thema's waarvan hij/zij denkt dat die van interesse zijn voor de lezer. Een thema geeft betekenis aan de inhoud van de data in relatie tot de onderzoeksvraag. Idealiter komt een thema voor in meerdere data-eenheden (bijvoorbeeld in meerdere interviews), echter er is geen vaste regel over hoe vaak een thema terug te vinden moet zijn in de data. Het belang van een thema is niet gerelateerd aan frequentie van voorkomen, maar aan relevantie voor de overall beschrijving (het verhaal) die een antwoord geeft op de onderzoeksvraag. In rapportages wordt de frequentie van voorkomen meestal dan ook niet aangegeven met een getal, maar door uitdrukkingen zoals: "de meerderheid van de participanten ..."; "veel participanten..."; "een aantal participanten ...".

Thema's binnen de data kunnen geïdentificeerd worden op twee manieren: inductief en deductief. Bij een inductieve benadering is er een sterke link tussen het thema en de ruwe data. De data worden gecodeerd zonder een vooraf afgesproken/vooraf bepaald schema of raamwerk. 'Het komt uit de data zelf' als het ware. Daartegenover staat een meer deductieve (ofwel theoretische) benadering, waarbij de onderzoeker naar vooraf afgesproken/bepaalde items zoekt.

Normaliter blijft de onderzoeker bij wat de data zelf zegt en gaat hij niet verder zoeken of 'tussen de regels door lezen'. Het analyseproces loopt van het beschrijven van wat er gezegd is, naar het organiseren/cluseren van citaten om patronen te laten zien, om vervolgens een samenvatting en interpretatie te geven (betekenis en implicaties aan te brengen), vaak in relatie met wat bekend is vanuit literatuur.

In het afstudeerproject is er de overkoepelende probleemstelling, die richting geeft aan de deelvragen en project. Deze kan vrij breed zijn. Van hieruit komen de meer specifieke deelvragen/onderzoeksvragen. De samensmelting van de resultaten (antwoorden op de deelvragen/onderzoeksvragen) geven dan samen een antwoord op de probleemstelling. Het is belangrijk om dit voor oog te houden bij het analyseren van de data van een deelvraag.

Thematische data-analyse is NIET een opsomming of clustering van de antwoorden op de interviewvragen:

"Some of the worst examples of 'thematic' analysis we have read have simply used the questions put to participants as the 'themes' identified in the 'analysis' ... in such instances, no analysis has really been done at all!" (Braun & Clarke, 2008: 85-6)

Kortom, thematische analyse is het zoeken in de verschillende stukken data (interviews en/of observaties) naar terugkerende patronen van betekenis.

Fasen:

Het proces begint eigenlijk op het moment dat jij als onderzoeker op zoek gaat naar patronen/tendensen die betekenis hebben en een potentieel antwoord geven op de onderzoeksvraag. Dit kan zowel tijdens het verzamelen van de data als daarna. Het eindpunt is het rapporteren van de resultaten, met gedetailleerde beschrijvingen van de thema's. Analyseren is het constant bewegen tussen onderdelen (wat iemand gezegd heeft en/of wat er geobserveerd is) en het gehele (alle interviews en/of observaties samen). Eerst worden onderdeeljes 'gecodeerd' en daarna worden de codes gebundeld tot thema's. Er wordt veel geschreven, van de eerste fasen waarin de ideeën en potentiële codes worden genoteerd, tot het einde waar de thema's worden beschreven en geïllustreerd met citaten uit de interviews/observaties.

Het gebruik van literatuur(studie) kan plaatsvinden in de beginfase om een idee te krijgen over wat men 'zoekt' binnen de data, of op het einde om te bevestigen/bevragen

wat uit de data-analyse voortgekomen is. Vaak is het raadzaam om eerst de ruwe data te lezen en analyseren voordat men naar vergelijkbare thema's in de literatuur gaat zoeken zodat je niet 'geblindeerd' wordt door wat je in de literatuur al gevonden hebt. Analyseren van kwalitatieve data is niet een eenrichtingsverkeer, maar meer op en neer bewegen waar je steeds weer terug gaat naar de ruwe data. Zodoende is het tijdrovend; je moet er de tijd voor nemen om het goed te doen.

1. Verkennen van de data: Transcribeer de data (letterlijk woord voor woord uitschrijven), lezen, herlezen en noteren van ideeën/wat je opvalt. Het is heel belangrijk dat je jezelf volledig onderdompelt in de data, om bekend te raken met de diepte en breedte van wat er gezegd/geobserveerd werd. Meestal vraagt dit herhaaldelijk en 'actief' lezen, zoekend naar terugkerende betekenissen en patronen. Hoewel het transcriberen (letterlijk uittypen) van de interviews tijdrovend is, helpt het je wel begrijpen wat er gezegd is.

Bij het lezen van de teksten is het een goed idee om notities te maken van wat jou opvalt. Stel jezelf continu de vraag: "Waar gaat dit stuk over?" Als je een heel goed beeld hebt van wat er gezegd is, ben je klaar om over te gaan naar coderen.

2. De eerste codes maken: Codeer interessante facetten van de data op een systematische wijze over de volledige data set en breng gelijkaardige codes (met hun citaten) in verband met elkaar (clusteren). Codes zijn segmenten van data die de onderzoeker als 'relevant' beschouwt (ze hebben betekenis in relatie tot de onderzoeksvraag). Gebruik text markers, gekleurde stiften, post-its enz. om de belangrijke stukken tekst uit te lichten/te markeren. Soms wordt eerst naar het geheel gekeken en worden codes benoemd voordat bijpassende tekststukjes worden gezocht. Soms wordt er andersom gewerkt. Het maakt niet uit welke benadering wordt gekozen, wat is wel van belang is dat relevante stukjes tekst worden uitgelicht en soort bij soort worden geclusterd om een code te vormen. Sommige mensen maken liever fotokopieën en knippen dan stukken tekst uit. Anderen doen dit liever met de computer ('knip en plak' functie in word). Belangrijke adviezen zijn:

- (a) maak zoveel mogelijk (potentiele) codes, je weet nooit wat later van betekenis kan zijn of belangrijk blijkt te zijn,
- (b) de stukjes tekst moeten betekenis hebben en soms is het noodzakelijk om een beetje extra tekst mee te nemen (of zelf erbij te schrijven) in het citaat zodat de context niet verloren gaat,
- (c) een stukje tekst kan gebruikt worden in ververschillende thema's, het is niet zo dat één stuk slechts één keer gebruikt mag worden. Elke zin kan eenmalig, meermalig of niet gecodeerd worden.

3. Thema's zoeken: Cluster codes door alle data relevant voor een (potentieel) thema bijeen te brengen. Misschien heb je een lange lijst van codes die verspreid zijn over de hele dataset (collectie interviews/observaties). Deze worden dan gesorteerd in (potentiele) thema's, samen met de citaten uit de ruwe data. Overweeg hoe verschillende codes gelinkt kunnen zijn aan elkaar om een overkoepelend thema te creëren. Soms helpt het als je een mindmap of tabel om te ordenen gebruikt. Of als je de codes op individuele stukken papier schrijft en dan gaat puzzelen om te zien wat bij wat hoort.

Soms heb je codes over die nergens lijken bij te horen. Dit is niet erg; ze kunnen bijeen gebracht worden in een mapje 'diverse overige/gemengde/losse codes'. Op het einde heb je een lijst thema's (en sub-thema's) met de bijbehorende citaten.

4. Herziening van thema's: Check dat de thema's werken in relatie tot de ruwe data en het overall beeld (alle data samen) en maak een themamap van de analyse. Het zal waarschijnlijk evident worden dat sommige (potentiele) thema's eigenlijk geen thema zijn – er is niet genoeg data om een thema ervan te maken; de data is te breed en oppervlakkig; de relevantie voor de onderzoeksvraag is ver te zoeken. Andere thema's zullen in elkaar vallen en een nieuw thema creëren. De inhoud

van elk thema moet een geheel vormen, en er moet een duidelijk onderscheid te maken zijn tussen thema's.

Level 1 herziening is op het niveau van stukjes ruwe data (citaten). Lees alle stukjes bij een thema en vraag jezelf af of er een patroon te vinden is. "Ze gaan allemaal over ..."

Als iets niet ertussen lijkt te passen, geen probleem, misschien kan het ergens anders geplaatst worden, een nieuw thema gemaakt worden of helemaal weggelaten worden.

Als je ervan overtuigd bent dat de inhoud per thema vertegenwoordigt waar het over gaat, kan je door naar level 2.

Level 2 is ongeveer hetzelfde proces alleen deze keer in relatie tot het geheel. Overweeg in hoeverre de individuele thema's iets met elkaar te maken hebben en in hoeverre ze bijdragen aan het grotere beeld dat een antwoord geeft op de onderzoeksvraag. Het hercoderen van stukken data is niet abnormaal in deze fase, evenals het uitlichten van nieuwe citaten uit de ruwe dataset.

5. Benoemen en definiëren van thema's: Verfijn de specifieke betekenis van elk thema en het overkoepelende verhaal dat verteld wordt. Maak heldere definities en geef elk thema een naam. Met het definiëren en verfijnen van de thema's bepaal je de 'essentie' van waar elk thema over gaat (evenals de thema's als geheel). Een thema moet niet te breed, divers of complex zijn. Het is ook niet alleen een parafrasering van de ruwe data maar geeft weer wat interessant is en waarom het interessant is. Naast het kijken naar het verhaal dat elk thema vertelt, moet je ook kijken hoe dit bijdraagt aan het overkoepelende verhaal dat een antwoord op de onderzoeksvraag geeft. Het gebruik van 'sub-thema's' kan helpen structuur te brengen in lange en complexe verhalen en/of kan een hiërarchie/proces aangeven. Het eindresultaat moet duidelijk maken voor de lezer wat het thema is en wat het niet is. Een test is om te kijken of je de essentie kan samenvatten in een paar zinnen. Dit is ook de tijd om te kijken naar de definitieve titel voor elke thema. Namen moeten kort, krachtig, betekenisvol zijn en de lezer helpen meteen een beeld te krijgen over waar het thema over gaat.

6. Rapporteren: Selecteer citaten die het thema het best illustreren, laatste analyse van geselecteerde citaten, relatie tussen thema's en onderzoeksvraag en literatuur, een rapportage van de resultaten. Het is belangrijk dat de rapportage een beknopt, samenhangend, logisch en interessant verhaal vertelt zonder herhaling van informatie. Er moet voldoende bewijs vanuit de ruwe data (citaten) aanwezig zijn. Het verhaal gaat ook verder dan een beschrijving van de data, het geeft een beargumenteerd antwoord op de onderzoeksvraag.

Checklist:

- 1 De citaten zijn accurate transcripties van wat gezegd/geobserveerd is.
- 2 Elke stuk data heeft evenredig aandacht gehad tijdens de analyseproces. Vaak wordt dit gezien doordat citaten vanuit verschillende interviews/observaties komen en niet slechts vanuit een of twee.
- 3 Alle relevante citaten zijn uiteindelijk geclusterd en hebben bijgedragen tot het geheel.
- 5 Thema's zijn tegen elkaar afgezet en tegen de oorspronkelijke data.
- 6 Thema's zijn helder, consistent en onderscheidend.
- 7 Er is geanalyseerd en niet geparafraseerd of alleen omschrijvingen gegeven van de data.
- 8 De citaten illustreren (zijn een voorbeeld van) de themanaam en -beschrijving.
- 9 De resultatenrapportage is een overtuigend en goed gestructureerd verhaal over de data en onderwerp wat onderzocht is.
- 10 Er is een goede balans tussen beschrijving van het thema en illustratieve citaten.
- 11 Het is duidelijk dat er genoeg tijd en aandacht is besteed aan de analyse.
- 12 Het analyseproces is goed beschreven en verantwoord, met een goede match tussen wat er gezegd is gedaan en wat blijkt als eind resultaat.
- 14 Taalgebruik is passend bij het onderwerp en de benadering.
- 15 Er is erkenning dat de onderzoeker actief geweest is in de analyse en dat de thema's niet 'zomaar' uit de data verschenen zijn.

Literatuur

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), pp 77-101.

Tijdschrift is niet aanwezig in de mediatheek. Zie voor manuscript van het artikel evt.:

http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_%3Cstrong%3Eanalysis%3C/strong%3E_revised_-_final.pdf

http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/%3cstrong%3ethematic%3c/strong%3e_analysis_revised_-_final.pdf

Bijlage 5: Thema's voorgelegd aan mantelzorgers van het focusgroep interview

Ervaringen vanuit de individuele interviews

- 1) Belastbaarheid is al hoog in het algemeen.
 - Door drukte combinatie werk
 - Zorgen over toekomst. Met name zorgen waar familielid in toekomst geplaatst zal worden
 - Men vraagt zich af of men wel mantelzorger is
- 2) Ondersteuning/ erkenning vindt normaal plaats bij familie
 - Men voelt geen ondersteuning van de zorgprofessional
 - Visie/missie rond beleid mantelzorg niet bekend
- 3) Informatieverstrekking
 - Algemene informatie (niet altijd de goede informatie) Onbekendheid over opname en verhuur
 - Afdelingsinformatie (niet altijd de goede informatie), informatie wordt verschillend gegeven, zorgprofessionals niet altijd bekend, inhoud therapie niet altijd bekend
- 4) Betrokkenheid algemene gesprekken
 - Opnamegesprek
 - Zorgplan/ bespreking
 - MDO
 - Familiegesprek
- 5) De bejegening door zorgprofessional wordt over het algemeen als positief ervaren
 - Personeel vriendelijk
 - Men ervaart het als lastig als men iets vraagt (komt door drukte van de afdeling)
- 6) (Eigen) betrokkenheid mantelzorger bij revalidatieafdeling
 - Er wordt weinig betrokkenheid gevoeld en er zijn geen eigen verwachtingen
 - Enkeling voelt zich schuldig
- 7) Betrokkenheid artsenvisite en overige behandelaars
 - Contact arts is te weinig
 - Niet weten wie de therapeuten zijn
- 8) Op de hoogte zijn van vorderingen cliënt
 - Niet altijd op de hoogte zijn van de vorderingen van de cliënt
- 9) Contact contactverzorgende
 - Vaak niet weten wie de contactverzorgende is
 - Graag meer structureel gesprek willen met contactverzorgende
- 10) Activiteiten mantelzorger
 - Omzetten in vaste taken ja/nee
 - Welke activiteiten dan?
- 11) Worden algemene afspraken nagekomen?
- 12) Mantelzorger ervaart werkdruk van zorgprofessional

Ideeën/behoefte van mantelzorgers vanuit de individuele interviews die voorgelegd zijn aan de focusgroep

- 1) Mantelzorgers willen een betere communicatie met de zorgprofessional
- 2) Mantelzorgers willen meer samenwerking met de zorgprofessional
 - Wat speelt er
 - Wat kan men als mantelzorger betekenen
- 3) Geïnformeerd willen worden (tijdig)
- 4) Op de hoogte blijven van vorderingen cliënt (met name als deze cognitief niet in orde is)
- 5) Duidelijkheid in wat cliënt wel en niet kan
- 6) Op de hoogte blijven van start van de therapie en de doelen hiervan
- 7) Zorgleefplan op de kamer
- 8) Communicatie over zorgtaken
- 9) Mantelzorgers willen een opnamelijst
 - Terug kunnen kijken wat er in een opname verteld is
 - Bij wie men voor welke vragen en welke tijden wanneer terecht kan
- 10) Vaste contactverzorgende
 - Deze kennen
 - Structureel een gesprek
- 11) Onderlinge afstemming met therapeuten arts en verpleegkundige
- 12) Niet teveel wissel in personeel
 - Men ervaart anders niet tijdig aan informatie te komen
- 13) Duidelijkheid over revalidatieproces

Bijlage 6: Beoordeling onderzoeksartikel

BEOORDELING SYSTEMATISCHE REVIEW aan de hand van CBO beoordelingsformulier

Formulier Vc: beoordeling systematische review van observationeel onderzoek

Naam beoordelaar: Sjannie Blox en Karin Stolk

Datum: 5 augustus 2014

Titel: Factors associated with constructive staff-family relationships in the care of older adults in the institutional setting

Auteurs: Emily Haesler, Michael Bauer en Rhonda Nay

Bron: International Journal of Evidence Based Healthcare 2006; 4: 288-336, doi: 10.1111/j.1479-6988.2006.00053.x

METHODEN

1. Vraagstelling

De vraagstelling is adequaat geformuleerd.

Het doel van deze systematische review is het best beschikbare bewijs te tonen betreffende strategieën en handelswijzen die een constructieve relatie tot stand brengen tussen medewerkers en familie in de zorg voor ouderen in instellingen.

De onderzoeksvragen die hiertoe gesteld worden zijn:

- Hoe zien/beschrijven werknemers en familieleden de relatie tussen medewerkers en familie?
- Welke eigenschappen en houding van medewerkers dragen bij tot een constructieve relatie tussen medewerkers en familie?
- Welke eigenschappen van een organisatie (bv. Leiderschap, management) zijn het meest effectief om een constructieve relatie tussen medewerkers en familie te ontwikkelen?
- Welke handelswijzen (bv. Medewerkers-familieoverleg, klachtenprocedure) zijn het meest effectief om een constructieve relatie tussen medewerkers en familie te ontwikkelen?

2. Zoekactie

De zoekactie is adequaat uitgevoerd en zorgvuldig beschreven.

Er is gezocht in gepubliceerd en niet gepubliceerd materiaal in de Engelse taal.

De zoekactie bestond uit drie fasen:

1. Een beperkte zoekactie in CINAHL en Medline om relevante steekwoorden, opgenomen in de titel, samenvatting en beschrijving van het onderwerp, vast te stellen.
2. De zo vastgestelde zoektermen en synoniemen zijn gebruikt voor een uitgebreide zoekactie in de volgende databases: Ageline, APAIS Health, Australian Family and Society Abstracts (FAMILY), CINAHL, Cochrane Library, Dare, Dissertation Abstracts, Embase, MEDLINE, PsycINFO en Social Science Index.
Persoonlijke communicatie met inhoudsdeskundigen is ook in beschouwing genomen.
3. De referentielijsten van de verkregen artikelen zijn handmatig doorzocht.

De zoektermen zijn beschreven. Er wordt opgemerkt dat de term "verpleegkundige" door de beperkte hoeveelheid zoekresultaten is verbreed tot alle zorgmedewerkers.

De zoektocht in de databases is herhaald met vervanging van de term "verpleegkundige" door zorgmedewerker en dergelijke termen.

De complete zoekstrategie is als bijlage toegevoegd.

3. Selectie

Alle artikelen zijn beoordeeld op relevantie voor de review. Dit is gebaseerd op de informatie in de titel, de samenvatting en de MeSH term (MeSH staat voor Medical Subject Headings, MeSH termen vormen een hiërarchisch classificatiesysteem van medische termen waarmee alle artikelen geïndexeerd worden).

De inclusiecriteria zijn duidelijk omschreven naar deelnemers, interventies, uitkomstmaten en soort onderzoek. Exlusiecriteria worden niet beschreven, wel wordt genoemd dat uitsluitend artikelen gepubliceerd in de Engelse taal zijn opgenomen.

4. Kwaliteitsbeoordeling

De Kwaliteitsbeoordeling is zorgvuldig beschreven.

Alle geselecteerde onderzoeken zijn beoordeeld op methodologische kwaliteit door twee onafhankelijke reviewers. Bij onenigheid werd een derde reviewer geraadpleegd. Een minpunt is dat de mate van overeenstemming tussen de reviewers nergens wordt beschreven.

De kwantitatieve onderzoeken zijn beoordeeld met behulp van een beoordelingsformulier met expliciete criteria. De herkomst van dit formulier wordt niet genoemd, maar het formulier is wel toegevoegd als bijlage.

De kwalitatieve onderzoeken zijn beoordeeld met behulp van een checklist uit Qari (Qualitative Assessment and Review Instrument), ontwikkeld door het Joanna Briggs Institute. Ook toegevoegd als bijlage.

Teksten anders dan onderzoeksartikelen zijn beoordeeld met behulp van een checklist uit Notari (Narrative, Opinion end Tekst Assessment Review Instrument), ontwikkeld door het Joanna Briggs Institute. Ook toegevoegd als bijlage.

De resultaten van de onderzoeken zijn ingedeeld op basis van niveau van bewijsvoering. Hiervoor zijn de indelingen uit Qari en Notari gebruikt. In de tekst is hiervoor een tabel ingevoegd.

Kanttekening bij de Kwaliteitsbeoordeling is dat het resultaat van de beoordeling niet individueel per onderzoek is beschreven.

Wel wordt per uitgesloten artikel aangegeven waarom het uitgesloten is. In twee van de gevallen wordt genoemd dat het onderzoeksdesign of data-analyse gebrekkig is.

Bij de overige uitgesloten artikelen wordt aangegeven dat het niet aansluit bij de vraagstelling of geen nieuwe informatie toevoegt.

5. Data-extractie

De data-extractie is uitgevoerd door twee onafhankelijke reviewers en wordt adequaat beschreven.

Voor de data-extractie van de kwantitatieve onderzoeken werd een instrument ontwikkeld. Dit instrument is in de bijlage toegevoegd.

Data van kwalitatieve onderzoeken zijn verzameld met behulp van het data-extractie instrument uit Qari. Dit is toegevoegd als bijlage.

Data van teksten anders dan onderzoeksartikelen zijn verzameld met behulp van het data-extractie instrument uit Notari.

Omdat er slechts één kwantitatief onderzoek is opgenomen in de review is er geen statistische pooling uitgevoerd en zijn de kwantitatieve resultaten in woorden weergegeven.

De drie onderzoeken met een gemengd kwalitatief-kwantitatief design waren heterogeen om een meta-analyse uit te voeren. De resultaten zijn in woorden weergegeven.

Voor de kwalitatieve onderzoeken is een meta-synthese uitgevoerd.

6. Meta-synthese

Uit de kwalitatieve onderzoeken zijn 100 bevindingen voortgekomen. Met gebruik van componenten uit zowel Qari als Notari zijn die samengebracht tot 25 categorieën, die daarna zijn samengebracht tot zeven hoofdbevindingen (Syntheses).

Zowel in woord als schematisch wordt duidelijk weergegeven hoe de reviewers tot de uiteindelijke zeven hoofdbevindingen (Syntheses) komen.

7. Beschrijving kenmerken onderzoek

Alle oorspronkelijke onderzoeken zijn kort beschreven. Van ieder onderzoek zijn de aard en grootte van de onderzochte populatie, het type zorginstelling, de onderzoeksvraag, de methode en conclusie beschreven.

ALGEMEEN OORDEEL

8. Validiteit en toepasbaarheid van de resultaten

De resultaten zijn voldoende valide en toepasbaar.

De bevindingen die uit de meta-synthese zijn voortgekomen zijn gescoord volgens de FAME schaal die ontwikkeld is door het Joanna Briggs Institute. (FAME= haalbaarheid, toepasbaarheid, concreetheid, Effectiviteit).

De FAME schaal is toegevoegd als bijlage.

9. Resultaten

Dit onderdeel is niet van toepassing op de beoordeelde review.

TOEPASBAARHEID IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

10. Toepasbaarheid in de Nederlandse gezondheidszorg

Het gevonden resultaat is zeer goed toepasbaar in de Nederlandse gezondheidszorg.

De factoren die in de review van invloed blijken te zijn op een goede relatie tussen familie en zorgmedewerkers (zoals duidelijke communicatie, goede informatievoorziening, betrokken worden bij de zorg) worden in Nederlands onderzoek vaak aangewezen als voorwaarden die ontbreken in de huidige zorgverlening.

11. Echelons waarop toepasbaar

In de Nederlandse gezondheidszorg zijn de resultaten toepasbaar in de tweedelijnszorg, te weten: ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeg- en verzorgingshuizen. In de review zijn namelijk de artikelen opgenomen die betrekking hebben op zorginstellingen waar ouderen verblijven. De resultaten zeggen dus iets over de relatie tussen medewerkers en familie in deze instellingen.

CONCLUSIE

12. Conclusie met betrekking tot de systematische review

De systematische review heeft een adequate vraagstelling. De zoekactie is duidelijk beschreven en adequaat uitgevoerd.

De kwaliteitsbeoordeling is adequaat uitgevoerd door twee onafhankelijke reviewers aan de hand van een checklist.

Er is niet beschreven hoe de beoordeling per artikel is en hoe de overeenstemming tussen de beide reviewers is.

De data-extractie en data-synthese zijn duidelijk beschreven.

Van ieder onderzoek zijn de belangrijkste kenmerken beschreven.

De reviewers beschrijven duidelijk de beperkingen van de beoordeelde onderzoeken, maar geven ook aan dat de resultaten van de onderzoeken dermate consistent zijn dat deze wel ruimte geven aan verplaatsbaarheid (transferability).

In relatie tot het praktijkonderzoek waarvoor dit artikel bestudeerd is concluderen wij dat het artikel goed aansluit bij de onderzoeksvraag. Het laat namelijk zien welke factoren van invloed zijn op een goede relatie tussen mantelzorgers en zorgmedewerkers en geeft een overzicht van de behoeften die mantelzorgers daarbij hebben. Het artikel laat ook overeenkomsten zien met de praktijksituatie op de betreffende afdeling en sluit aan bij andere gevonden artikelen. De conclusies en aanbevelingen kunnen bijdragen aan een antwoord op de onderzoeksvraag.

EVIDENCE SYNTHESIS

Factors associated with constructive staff–family relationships in the care of older adults in the institutional setting

Emily Haesler BN PGradDipAdvNsg, Michael Bauer RN BA MGerontol PhD and Rhonda Nay RN BA MLiH PhD

Australian Centre for Evidence Based Aged Care (ACEBAC), Bundoora, Victoria, Australia

Abstract

Background Modern healthcare philosophy espouses the virtues of holistic care and acknowledges that family involvement is appropriate and something to be encouraged due to the role it plays in physical and emotional healing. In the aged care sector, the involvement of families is a strong guarantee of a resident's well-being. The important role family plays in the support and care of the older adult in the residential aged care environment has been enshrined in the Australian Commonwealth Charter of Residents' Rights and Responsibilities and the Aged Care Standards of Practice. Despite wide acknowledgement of the importance of family involvement in the healthcare of the older adult, many barriers to the implementation of participatory family care have been identified in past research. For older adults in the healthcare environment to benefit from the involvement of their family members, healthcare professionals need an understanding of the issues surrounding family presence in the healthcare environment and the strategies to best support it.

Objectives The objectives of the systematic review were to present the best available evidence on the strategies, practices and organisational characteristics that promote constructive staff–family relationships in the care of older adults in the healthcare setting. Specifically this review sought to investigate how staff and family members perceive their relationships with each other; staff characteristics that promote constructive relationships with the family; and interventions that support staff–family relationships.

Search strategy A literature search was performed using the following databases for the years 1990–2005: Ageline, APAIS Health, Australian Family and Society Abstracts (FAMILY), CINAHL, Cochrane Library, Dare, Dissertation Abstracts, Embase, MEDLINE, PsycINFO and Social Science Index. Personal communication from expert panel members was also used to identify studies for inclusion. A second search stage was conducted through review of reference lists of studies retrieved during the first search stage. The search was limited to published and unpublished material in English language.

© 2006 The Authors

Journal Compilation © Blackwell Publishing Asia Pty Ltd

Correspondence: Dr Michael Bauer, School of Nursing and Midwifery, La Trobe University, Bundoora, Vic. 3083, Australia. Email: m.bauer@latrobe.edu.au

Selection criteria The review was limited to studies involving residents and patients within acute, subacute, rehabilitation and residential settings, aged over 65 years, their family and healthcare staff. Papers addressing family members and healthcare staff perceptions of their relationships with each other were considered for this review. Studies in this review also included those relating to interventions to promote constructive staff–family relationships including organisational strategies, staff–family meetings, case conferencing, environmental approaches, etc. The review considered both quantitative and qualitative research and opinion papers for inclusion.

Data collection and analysis All retrieved papers were critically appraised for eligibility for inclusion and methodological quality independently by two reviewers, and the same reviewers collected details of eligible research. Appraisal forms and data extraction forms designed by the Joanna Briggs Institute as part of the QARI and NOTARI systematic review software packages were used for this review.

Findings Family members' perceptions of their relationships with staff showed that a strong focus was placed on opportunities for the family to be involved in the patient's care. Staff members also expressed a theoretical support for the collaborative process, however, this belief often did not translate to the staff members' clinical practice. In the studies included in the review staff were frequently found to rely on traditional medical models of care in their clinical practice and maintaining control over the environment, rather than fully collaborating with families. Four factors were found to be essential to interventions designed to support a collaborative partnership between family members and healthcare staff: communication, information, education and administrative support. Based on the evidence analysed in this systematic review, staff and family education on relationship development, power and control issues, communication skills and negotiating techniques is essential to promoting constructive staff–family relationships. Managerial support, such as addressing workloads and staffing issues; introducing care models focused on collaboration with families; and providing practical support for staff education, is essential to gaining sustained benefits from interventions designed to promote constructive family–staff relationships.

Key words: aged care, elderly; staff–family relationship.

Bijlage 8: Opnamechecklist met bijlage

Opnamechecklist revalidatieafdeling Wissehaege

1	Formulieren klaarleggen: • GRZ-formulier uitraaien en checken via mail of contactisolatie nodig is. Indien nodig spullen hiervoor klaar leggen. • Barthelscore-lijsten (3). • Formulier slikbeleid (zie bijlage). • Informatiemap met personalia, stickervel + insteekkaart met gegevens contactkaartje, aanvraagformulier telefoon/tv en uitleg kosten (doorverwijzen naar formulieren informatiemap (SEPA-formulier).	
2	Om 9.00 uur telefonisch bij SOG melden dat er een opname komt. Komt deze niet dan ook bij SOG afmelden.	
3	Appartement checken op: • Schoon bed, kussens, nachtkastje, kledingkast schoon, alarmering aanwezig, eventueel papegaai. • Controleren aanwezigheid plastic hoesje voor basiszorglijst in kledingkast. • Naamplaatje op de deur + brievenbus. • Heeft cliënt contactisolatie dan plaatje contactisolatie op deur. Grijs vuilniszakken voor afval en gele zakken voor was op de badkamer van cliënt leggen.	
4	Zorgen voor koffie/thee.	
5	MMM-formulier indienen zo gauw cliënt aanwezig is (niet eerder).	
6	Originele ziekenhuisoverdracht en medicijnlijst eerst kopiëren en daarna z.s.m. aan de arts geven (zie bijlage).	
7	Probeer opnamegegevens tijdens het opnamegesprek direct in te voeren in het ECD onder het kopje eerste gesprek van het zorgleefplan (zie bijlage).	
8	Uitleg aan cliënt en mantelzorger geven waarvoor cliënt opgenomen wordt. Reden van opname samen met de cliënt doornemen. Uitleg over controles aan cliënt (zie punt 24).	
9	Uitleg over revalidatieafdeling en afdelingsregels, uitleg van planbord op de kamer, flow-bordbespreking, familiegesprekken en geef een korte toelichting van opname en verhuur.	
10	Uitleg aan mantelzorger over mogelijkheden om bij therapieën betrokken te worden en een afspraak te maken (zie bijlage).	
11	Rol behandelaars, teamhoofd, coördinator, contactverzorgende uitleggen en overlegsituaties (zie bijlage). Contactverzorgende vermelden op bord kamer.	
12	Bespreek rol mantelzorger (zie bijlage).	
13	Uitleg zorgleefplan (zie bijlage).	
14	• Als kleding op revalidatie gewassen wordt, cliënt en of familie doorverwijzen naar de linnenkamer. Aldaar worden afspraken gemaakt omtrent was en administratie. • Als kleding thuis gewassen wordt, cliënt en familie op de hoogte brengen dat “merken van kleding” kan maar dat dit kosten met zich mee brengt. Op de hoogte brengen als deze kiest voor afzien van merken” en was verloren gaat cliënt/familie zelf verantwoordelijk is voor verlies van spullen. Dit ook melden in het ECD- zorgleefplan bij “overige”. Wasbox klaar zetten met rode vuilniszak erin. Plaat/sticker op de wasbox plakken of was thuis gewassen wordt, als er maar een gedeelte thuis gewassen wordt dit ook op de wasbox melden.	•

15	Uitleg alarm en sleutel postvak. Deze overhandigen en aangeven deze direct om te doen.	
16	Rondleiding 5 ^e verdieping, indien aanwezig voorstellen aan contactverzorgende, coördinator en teamhoofd.	
17	Overhandigen van informatiemap en afdelingsfolder. Gesprek afsluiten en kopie legitimatiebewijs maken.	
18	Cliënt op dag (werk)lijst zetten (zie S-schijf). + Lijst nachtpool (met contactisolatie), alleen coördinatoren-teamhoofd en nachtpool hebben schrijfrechten. Als coördinator of teamhoofd er niet is dan een mail naar #nachtpool.	
19	Overleg met arts over: • Aanvraag paramedische diensten. • Ervoor zorgdragen dat arts de medicatie vóór 15.00 uur geregeld heeft via ECD. Dan is de medicatierol de volgende dag voor 11.00 uur binnen. In agenda volgende dag zetten dat er op toegezien wordt of medicatierol van cliënt voor 11.00 uur is binnengekomen. • Op vrijdag zorgdragen of medicatielijst voor EVS voor 11.00 uur geregeld kan worden. Indien dit niet mogelijk is de apotheek bellen (040-2398792) en vragen of ze het die middag klaar zetten, zodat de bode (van Wissehaege) het dezelfde middag kan gaan halen. Bode dan óók meteen regelen via de receptie.	
20	Medicatie van cliënt controleren vóór 15.00 uur of alle medicatie aanwezig is en medicatielijst EVS-systeem.	
21	Medicatie in de medicijnkar doen. Dag na opname komt rond 11.00 uur de nieuwe medicijnrol voor de rest van de week.	
22	Verpleegmiddelen/artikelen/hulpmiddelen regelen denk hierbij aan: O2, infuusstandaard, sondevoedingpomp, sondevoeding, andere diëten (via diëtiste) + direct lijsten ophangen in de badkamer (zoals SV en of WL).	
23	Wondzorg: • Noteren in het zorgleefplan-basiszorglijst. • Doorplannen van bestelling wondmateriaal (zie bijlage).	
24	• In de agenda noteren dat ECG gemaakt wordt. Dit tijdens kantooruren (i.v.m. beoordelen door de SOG). • 3 dagen temperatuur, pols, tensie meten en V&V-lijsten (zie bijlage). • Eenmalig wegen. • In AV-map doorplannen van evaluatie controles.	
25	Behandelaars mailen die direct ingezet moeten worden.	
26	Barthelscorelijsten in het daarvoor bestemde mapje doen. • Opname Barthelscorelijst in agenda zetten voor de volgende dag na opname en erbij schrijven om deze ook op het registratieformulier te zetten op de zusterpost. • 4 wekelijkse Barthelscorelijst doorplannen in de agenda.	
27	In de agenda de controle afspraken van het ziekenhuis noteren en erbij vermelden of familie meegaat. Cliënt of familie zelf het vervoer laten regelen (m.u.v. ambulance).	
28	Opstellen zorgleefplan en tekenen hiervan (zie bijlage). Lukt dit niet dan doorplannen in agenda.	

Bijlage opnamechecklist revalidatieafdeling Wissehaege

Deze bijlage is een aanvulling op de opnamechecklist en biedt achtergrondinformatie en nadere toelichting op enkele punten uit de checklist.

Voordat er gestart wordt met het opnamegesprek er op letten dat:

-  Indien nodig contactisolatie toegepast wordt (geef hier direct uitleg over aan cliënt en familie).
-  Zorgen dat het slikbeleid indien nodig toegepast wordt, als koffie of thee aangeboden wordt tijdens het opnamegesprek.

Ad 1

Verschil in *contactisolatie* en *strikte contactisolatie*. Draag zorg voor een desinfectiepaal aan de deur, een tafeltje met schort en handschoenen voor de deur. Zorg er ook voor dat er handschoenen op de kamer staan bij besmette cliënten.

Het *formulier slikbeleid* bestaat uit twee gedeelten. Het slikformulier zelf en de melding slikproblemen. Tijdens het opnamegesprek wordt het formulier slikbeleid en melding slikproblemen aan elkaar gekoppeld. Het voorste tabblad slikformulier wordt samen met de cliënt of eerste contactpersoon ingevuld. Na invullen deze formulieren samen in de AV-map doen. De SOG zal deze ondertekenen. Degene die de AV doet draagt er zorg voor dat de twee formulieren samen in het papieren dossier gedaan worden met kamernummer achter tabblad 8. Als er slikproblemen zijn dan doel/actie aanmaken in het zorgplan om in de eerste week nauwlettend de slikproblemen te observeren en rapporteren.

De *informatiemap*, *naamplaatje van deur en brievenbus* worden ingezet door het klantencentrum en komen samen met de informatiemap terecht bij de receptie.

Per 10-04-2014 bedragen de *telefoon* en *het tv abonnement* de volgende kosten:

TV abonnement: €5,95 per maand. Telefoon abonnement: €12, -

Gesprekskosten: €5, - (Gesprekskosten en abonnement samen €17, - per maand).

Gelieve dit tijdens de opname nogmaals te melden.

Op het *contactkaartje* worden de gegevens vermeld zoals deze beschreven staan. De contactverzorgende verwerkt de gegevens z.s.m. in het zorgleefplan. Er wordt tevens op het contactkaartje vermeld (volgens de dienstlijst) wanneer de eerst volgende dag is waarop de contactverzorgende aanwezig is. Deze zal een afspraak maken met cliënt en mantelzorger voor een vervolgesprek (dit ook in de agenda vermelden zodat de contactverzorgende dit weet).

Ad 5

MMM-formulieren mogen niet eerder ingediend worden dan dat de cliënt er is. Dit i.v.m. administratieve verwerking, anders is dit extra werk voor het klantencentrum.

Ad 6

-  Neem ziekenhuisoverdracht met medicatielijst door.
-  Als er kopieën gemaakt zijn dan deze in het papieren zorgdossiers steken achter juiste nummering tabblad.

Ad 7

- + Controleer samen met cliënt en diens mantelzorger de personalia. Controleer 1^e en 2^e contactpersoon gegevens en vermeld dit juist in het ECD.
- + Vraag naar ziekenhuis van afkomst en noteer dit, vragen naar controle-afspraken, vragen welke familieleden op controleafspraken meegaan.
- + Vertel dat men zelf vervoer moet regelen voor ziekenhuisbezoek e.d.
- + Vraag naar allergieën.
- + Vraag hoe de thuissituatie is.
- + Vraag of er al aanpassingen thuis zijn.
- + Geef nogmaals uitleg over contactisolatie.
- + Vraag naar specifieke zorg zoals wondzorg en/of hulpmiddelen.

Noteer al deze gegevens direct.

Ad 8

- + Uitleg geven over reden van opname.
- + Geef aan dat de cliënt de eerst volgende werkdag controle van de volgende metingen krijgt: een ECG + 3 dagen PTT wordt bijgehouden en 3 dagen V&V-lijsten.
Dat cliënt eerst volgende dag gewogen wordt.

Ad 9

Leg aan de cliënt en mantelzorger uit dat aan het revalidatieproces een “therapeutisch klimaat” ten grondslag ligt en wat dit in houdt. Dit houdt in dat de cliënt therapie op maat krijgt, afgestemd op diens doelen. Maar ook dat de cliënt telkens opnieuw gestimuleerd wordt datgene te oefenen waardoor deze weer zo snel mogelijk zelfstandig kan functioneren. Het hoofddoel is het (opnieuw) aanleren en oefenen van alle activiteiten die nodig zijn om weer zo snel mogelijk zelfstandig thuis te kunnen wonen.

Leg uit dat de mantelzorger een belangrijke rol kan spelen bij het revalidatieproces.

- + Revalidatie is gericht op snel herstel en terugkeer naar de thuissituatie. De mantelzorger maakt deel uit van de thuissituatie.
- + Hoe meer zij betrokken zijn bij het revalidatieproces, hoe meer vragen en/of problemen ondervangen kunnen worden.

Leg uit dat er wekelijks een overleg over voortgang van het revalidatieproces is over de cliënt en dat alle disciplines hierbij betrokken zijn.

Geef uitleg dat er een *familiegesprek* plaats vindt maar dat de datum voor iedere revalidant verschillend is. Geef uitleg aan het feit dat als de cliënt zeer kort op de revalidatieafdeling verblijft, het kan voorkomen dat er dan geen familiegesprek plaats vindt. Ook dat de arts of de verpleegkundige de cliënt en of eerste contactpersoon op de hoogte brengt van het familiegesprek. Vraag aan de cliënt en of eerste contactpersoon of deze al bezig waren om een andere woonvorm te zoeken. Geef dan uitleg dat er een bekwaam team is binnen Vitalis (*opname en verhuur*), dat een rol kan spelen bij het ontslag naar huis of als dit niet meer mogelijk is kan bemiddelen bij het vinden van een andere woonvorm.

Leg uit dat de cliënt nooit voor vast op de revalidatieafdeling kan blijven wonen. En dat de cliënt nooit als tussenstap op de afdeling kan blijven wachten naar de vervolgsetting toe.

En leg uit dat als de cliënt naar een andere woonvorm gaat, er een voorkeur opgegeven kan worden maar dat de eerst volgende woonsetting aangenomen moet worden als tussenstap.

Geef uitleg over de afdelingsregels/ faciliteiten:

- + Tijdstip van de maaltijden en dat het de voorkeur heeft deze in de gezamenlijke huiskamer te gebruiken.
- + De afspraak is dat mantelzorgers koffie/thee kunnen krijgen in overleg met het zorgteam (bv. als mantelzorgers al veel voor de cliënt betekenen). Maar dat het wel de bedoeling is dat zij naar het restaurant gaan voor het nuttigen van maaltijden.
- + Vervolgafspraken van het ziekenhuis bespreken. Bespreken wat revalidatieafdeling wel/niet kan betekenen waarvoor cliënt dan niet naar het ziekenhuis hoeft. Diensten van Woonzorggroep Vitalis Wissehaege uitleggen zoals gebruik van pedicure of kapper.
- + Bespreek of het is toegestaan dat cliënt samen met de familie naar buiten mag.
- + Op welke tijden familie of bezoek op de afdeling welkom is en op welke tijden men de revalidatie afdeling kan bellen.
- + Dat er in eerste instantie alleen met de 1^e contactpersoon medische gegevens uitgewisseld worden met toestemming van de cliënt.
- + Leg uit dat op het planbord de therapieën komen te staan waar de cliënt aan deel neemt. Ook dat hier afspraken zoals evaluatiegesprekken met contactverzorgende en familiegesprekken op vermeld worden. Geef aan dat in principe therapieën altijd voorgaan, zoals voor familiebezoeken of kapper.

Ad 10

Het is wenselijk dat mantelzorgers met de therapeuten een afspraak maken om uitleg te krijgen over de therapie en hierbij betrokken te worden. Het ook wenselijk is dat de mantelzorger tijdens therapieën meegaat en aangeleerd krijgt hoe met de cliënt te oefenen. Dit kan bijdragen aan het snelle herstel van de cliënt.

Ad 11

Geef een korte uitleg over de rol van contactverzorgende, coördinator en teamhoofd.

Contactverzorgende

Vertel dat de contactverzorgende meteen na het opnamegesprek (bij haar eerst volgende werkdag) een vervolgafpraak maakt met cliënt of met cliënt en mantelzorger samen. Bij afwezigheid van de contactverzorgende zal een afspraak gemaakt worden met degene die het opnamegesprek gedaan heeft.

Graag op het planbord van de cliënt schrijven wie de contactverzorgende is.

Uitleg geven dat er bij vragen en of problemen eerst met de contactverzorgende overlegd dient te worden.

Coördinator

Bij vragen of bij knelpunten die de contactverzorgende niet kan oplossen komt de coördinator in beeld.

Teamhoofd

Wanneer men samen met de coördinator ook niet tot een oplossing komt of er vragen onbeantwoord blijven kan men bij het teamhoofd terecht.

Geef een korte uitleg over de rol van de SOG en overige behandelaars.

SOG

Geef aan dat deze de tweede dag van opname een lichamelijk onderzoek komt doen.

Vertel aan cliënt en mantelzorger wanneer de artsenvisite plaats vindt en hoe dit in zijn werk gaat.

Overige behandelaars

Uitleggen dat z.s.m. therapie van start gaat die persoonlijk gericht is op ieder individu en dat hulpmiddelen die nodig zijn ingezet worden.

Ad 12

- + Het is mogelijk dat de mantelzorger bij de ADL- of HDL zorg betrokken wordt.
- + Neem de activiteiten door die de mantelzorger nu doet voor de cliënt en wat de mantelzorger kan en wil betekenen hier op de afdeling.
- + Vermeld dit bij participatie domein 2 van het zorgleefplan en indien nodig op de dagwerklijst.

Ad 13

Geef uitleg over het zorgleefplan en vertel dat de gegevens die in dit gesprek verzameld worden z.s.m. verwerkt worden in het zlp. De contactverzorgende draagt hier zorg voor en stelt het op samen met de cliënt of diens vertegenwoordiger. Het zlp dient eenmalig getekend te worden na opstelling.

Leg uit dat er vier domeinen van het zorgleefplan zijn, maar dat dit op de revalidatieafdeling kort en bondig zal zijn, toegespitst op de zorg en behandeling van de cliënt die hij/zij nodig heeft.

Vertel ook dat er een basiszorglijst als afgeleide van het zorgleefplan op de kamer komt.

Ad 16

Vraag aan de cliënt en diens mantelzorger of er nog vragen zijn. Geef hierna een rondleiding op de afdeling:

- + Uitleg unit 1 en 2 en hoeveel cliënten er op de afdeling zijn.
- + Algemene huiskamer laten zien.
- + Activiteitenbord afdeling en graadmeter van tevredenheid/verbeterbord.
- + Bibliotheek op de gang.
- + Waar de liften zijn.
- + Opslagruimten waar de cliënt niet mag komen.
- + Zusterpost.
- + Postvak.
- + Cliënt en mantelzorger het kantoor van het teamhoofd laten zien en aan haar voorstellen als zij aanwezig is. Voorstellen aan coördinator en contactverzorgende als dezen aanwezig zijn.
- + Voorstellen aan medewerkers welzijn en evt. medecliënten (cliënt kan mogelijk aansluitend mee eten als het gesprek om 12.00 uur klaar is).

Ad 17

Het opnamegesprek afsluiten en direct een kopie paspoort maken en terug geven aan cliënt en/of familie en stop deze in het papieren zorgdossier van de cliënt achter het juiste tabblad.

Als de cliënt het paspoort niet bij zich heeft dan een duidelijke afspraak maken wanneer er wel een kopie gemaakt kan worden.

Geef aan dat men voor eventuele vragen terecht kan bij degene die de opname gedaan heeft, of draag de cliënt 's middags over aan een andere collega en geef dit door aan de cliënt.

Bijlage 9: Afdelingsfolder

Folder voor cliënten en mantelzorgers van Revalidatieafdeling Vitalis Wissehaege, 5^e etage

Revalideren bij Vitalis WoonZorg Groep Wissehaege

U kunt om verschillende redenen op de geriatrische revalidatieafdeling Vitalis WoonZorg Groep Wissehaege terecht komen. Onder andere omdat u in het ziekenhuis heeft gelegen en een behandeling of ingreep heeft ondergaan. Omdat u nog niet naar huis kunt moet u eerst nog revalideren. Dit is voor de ene cliënt een kortere periode dan voor de andere. Bij aankomst op de revalidatieafdeling vindt er een opnamegesprek plaats waarin de volgende gespreksonderwerpen aan de orde komen.

Opnamegesprek

Wij verzoeken u bij opname een geldig identiteitsbewijs mee te brengen.

Tijdens het opnamegesprek met een verzorgende of verpleegkundige komt onder meer aan bod:

-  Reden van opname
-  Ziekenhuisoverdracht, medicatie, allergieën, eventuele wondzorg
-  Eventuele contactisolatie
-  Mobiliteit, voeding, slikbeleid, hulpmiddelen
-  Activiteiten die uw naaste/mantelzorger nu voor u uitvoert
-  Op welke manier uw naaste/mantelzorger op de revalidatieafdeling bij uw herstelproces betrokken kan en wil zijn
-  Uw contactverzorgende op de revalidatieafdeling
-  Contactgegevens van de afdeling
-  Uw controle-afspraken in het ziekenhuis en wie u daarbij kunnen begeleiden
-  Uw thuissituatie en aanwezigheid van aanpassingen in huis
-  Afspraken rond uw persoonlijke was
-  Afdelingsregels
-  Rondleiding op de afdeling

Zelf leren revalideren

Binnen de Vitalis WoonZorg Groep revalideert u in een sfeer die positief bijdraagt aan uw herstel.

De omgeving van de revalidatieafdeling biedt u optimaal de gelegenheid hieraan te werken.

Wij noemen dit een 'therapeutisch' klimaat, afgestemd op uw doelen en mogelijkheden.

Dit houdt in dat u niet alleen therapie op maat krijgt, maar u wordt ook telkens opnieuw gestimuleerd datgene te oefenen waardoor u zo snel mogelijk weer zelfstandig kunt functioneren.

Uw en ook ons hoofddoel is het (opnieuw) aanleren en oefenen van alle activiteiten die nodig zijn om weer zo snel mogelijk zelfstandig thuis te kunnen wonen. Mantelzorgers kunnen hierbij een belangrijke rol spelen door zoveel mogelijk betrokken te zijn bij revalidatie activiteiten. Zij kennen u immers het best en zullen ook na ontslag bij u betrokken blijven.

Hoe meer zij betrokken zijn bij het revalidatieproces, hoe meer vragen en of problemen vroegtijdig ondervangen kunnen worden.

Vast weekprogramma

Nadat u een beetje aan de nieuwe omgeving heeft kunnen wennen, krijgt u een vast weekprogramma met daarin verschillende groeps- en individuele therapieën. Het weekprogramma is zichtbaar op het planbord in uw kamer en zal iedere vrijdag worden ingevuld. Ook kunnen afspraken door uzelf hier op genoteerd worden.

Onze artsen, therapeuten, zorg- en verpleegkundige medewerkers zullen u tijdens de behandeling en therapie en ook gedurende de rest van de dag, zodanig ondersteunen en begeleiden, dat u op uw eigen niveau zo zelfstandig mogelijk kunt revalideren.

Wat verwachten wij van u

Dat u hetgeen u geleerd heeft tijdens therapieën zoveel mogelijk zelf oefent en in praktijk brengt op de afdeling. Het doel is dat u zelf leert revalideren! Het gaat hierbij om dagelijkse activiteiten zoals thee of koffie zetten, zelf uw bed opmaken, douchen, naar het toilet gaan. Net zoals u dit thuis ook weer gaat doen. Onze speciaal hierop getrainde verzorgenden en verpleegkundigen zullen u daar waar nodig helpen. Ook is het mogelijk dat uw naaste betrokken wordt bij de ADL-zorg (algemene dagelijkse levensverrichtingen) of HDL-zorg (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen).

In overleg met het verplegend personeel of de behandelend therapeut kan ook bekeken worden of uw naaste u kan helpen bij het oefenen.

Diverse trainingen en groepen

De therapieën van het revalidatieprogramma sluiten aan bij de dagelijkse activiteiten en zijn voor zover mogelijk verspreid over alle dagen van de week. De verzorgende of verpleegkundige houdt rekening met uw therapietijden en stemt daar de zorgmomenten op af.

U kunt bijvoorbeeld deelnemen aan:

-  ontbijtgroep
-  vaardigheidstherapie
-  gespreksgroep CVA
-  looptraining
-  therapiegroep functioneel communiceren
-  therapiegroep communicatie
-  activiteitengroep

Alle therapieën zijn erop gericht dat u tijdens de revalidatieperiode leert weer zo veel mogelijk zelf te doen. Dit houdt in dat u therapie op maat aangeboden krijgt, afgestemd op uw doelen. Ook houdt dit in, dat niet alle therapieën voor alle revalidanten geschikt zijn.

Als u zich heeft opgegeven voor groepstherapie, wordt er altijd op u gerekend. We gaan er van uit dat u op tijd aanwezig bent of tijdig afmeldt mocht u een keer niet mee kunnen doen.

Uw naaste is van harte welkom bij de individuele therapieën en kan aan de behandelend therapeut of het zorgteam doorgeven wanneer hij/zij bij de therapie aanwezig wil zijn. Helaas is dit niet mogelijk bij groepstherapieën. Wij vragen uw naaste dan ook zijn of haar bezoektijden hierop af te stemmen. Ons uitgangspunt is dat uw therapie altijd voorgeaat. Uw aanwezigheid en eigen inzet is sterk bepalend voor het revalidatieresultaat.

Onze werkwijze

Bij opname krijgt u één contactverzorgende toegewezen, zij of hij fungeert voor u en uw naaste als aanspreekpunt. Bij afwezigheid van deze contactverzorgende, zal zij of hij een andere contactpersoon aanstellen waar u uw vragen aan kunt stellen.

Op de eerste dag van uw verblijf vindt een intakegesprek plaats met de Specialist Ouderen Geneeskunde. De Specialist Ouderen Geneeskunde is medisch eindverantwoordelijk tijdens uw hele verblijf. Een lichamelijk onderzoek vindt zo snel mogelijk na opname plaats, bij voorkeur op de tweede dag van uw opname.

Het revalidatieprogramma start op de tweede dag van uw opname. Bij uw revalidatie kunnen naast de arts en de zorgmedewerkers ook anderen betrokken zijn, bijvoorbeeld fysiotherapeut,

ergotherapeut, psycholoog, logopedist, diëtist, geestelijk verzorger en muziektherapeut. Samen kijken we wat u wilt bereiken tijdens de revalidatie (uw revalidatiedoelen) en welke zorg u hiervoor nodig heeft. Dit wordt vastgelegd in het zorgleef- en behandelplan. Dit document is erg belangrijk tijdens uw verblijf bij Vitalis en zal samen met u en/of uw naaste door de contactverzorgende worden opgesteld. Het zorgleef- en behandelplan vormt de leidraad voor hoe en wat u samen met het revalidatieteam en uw naaste de komende tijd gaat doen om weer naar huis te kunnen gaan.

Overlegmomenten

Om de voortgang van uw revalidatieproces te bewaken, vindt er regelmatig overleg plaats. Hierin onderscheiden we:

- + De Flowbordbespreking
- + Een wekelijkse overleg waarin uw situatie wordt doorgesproken met alle leden van het team die bij uw revalidatie betrokken zijn. In het begin van de opname wordt hierin een voorlopige ontslagdatum gepland.
- + De Specialist Ouderen Geneeskunde of contactverzorgende informeert u hierover.
- + Het Familiegesprek
- + Een evaluatiegesprek waarin de arts en een verpleegkundige of verzorgende met u doornemen wat u sinds opname bereikt hebt en welke vervolgstappen gezet gaan worden. Bij dit gesprek kan uw naaste aanwezig zijn. Een familiegesprek vindt niet altijd plaats, bijvoorbeeld als uw opname zéér kort is.

Afdelingsregels

Om het therapeutische klimaat te bewaken zijn er een aantal afdelingsregels:

- + Het heeft de voorkeur u uw maaltijden in de gezamenlijke huiskamer gebruikt.
De tijden van de maaltijden zijn:
 - Van 08.00 uur tot 10.00 uur
 - Van 12.30 uur tot 13.15 uur
 - Van 17.15 uur tot 18.15 uur
- + Mantelzorgers kunnen in overleg met het zorgteam koffie of thee aangeboden krijgen. Voor maaltijden wordt verzocht om naar het restaurant beneden te gaan.
- + De arts dient toestemming te geven of de cliënt naar buiten mag.
- + Bezoek is welkom op de afdeling van 11.00 tot 23.00 uur mits men rekening houdt met de therapie van de cliënt. Therapieën gaan altijd voor. Wil men op andere tijden komen of blijven dan altijd graag in overleg met de verpleegkundige.
- + Voor telefonisch overleg of vragen verzoeken wij bij voorkeur te bellen na 11.00 uur.
- + Informatie over uw situatie wordt alleen gedeeld met uw eerste contactpersoon is. Bij afwezigheid van deze contactpersoon wordt een tweede contactpersoon benaderd.

Service

Het is voor u mogelijk op de afdeling bloed te laten prikken, hechtingen te laten verwijderen en gebruik te maken van de diensten van een pedicure of kapper.

Ontslag

Het doel van uw verblijf op de revalidatieafdeling is natuurlijk dat u zo snel mogelijk weer naar huis kunt. Als het zover is, bereiden wij dit goed met u voor. Zo nodig worden maatregelen getroffen om thuis goed te kunnen functioneren, zoals aanpassingen in badkamer, toilet of keuken. Helaas komt het ook voor dat u niet meer zelfstandig kunt wonen. Dan zoeken wij samen met u naar een geschikte woonvorm binnen of buiten Vitalis. Indien gewenst kan de afdeling Opname en Verhuur u hierbij behulpzaam zijn. Mocht het voorkomen dat de locatie van uw voorkeur niet op korte termijn beschikbaar is, dan wordt u overgeplaatst tot de plaats van uw voorkeur vrij is.