Ervaringen en behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten omtrent de betrekking bij de klinische revalidatie

*Een kwalitatief praktijkonderzoek*





**Student: Loes Wedda**

**Studentnummer: 397852**

**Scriptiebegeleider/supervisor: Lise Maren Kloosterman**

**Datum/Date: 2 juni 2022**

| HANZEHOGESCHOOL GRONINGEN | OPLEIDING FYSIOTHERAPIE |

# **Voorwoord**

Voor u ligt de scriptie met de titel: ‘’Ervaringen en behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten omtrent de betrekking bij de klinische revalidatie’’, geschreven door Loes Wedda. Dit onderzoek is geschreven en uitgevoerd in de periode van februari 2022 tot juni 2022. Dit onderzoek is geschreven in het kader van het afstuderen voor de bachelor tot Fysiotherapeut aan de Hanzehogeschool Groningen.

Dit onderzoek is gedaan in opdracht van Kim Poort, werkzaam als algemeen fysiotherapeut, oedeemtherapeut en geriatrisch fysiotherapeut i.o. op de locatie Revalidatiecentrum Eemsdelta te Delfzijl. Het idee om dit vraagstuk op te pakken als mijn afstudeeropdracht is tot stand gekomen tijdens mijn eerste stage die ik heb mogen lopen bij Revalidatiecentrum Eemsdelta, evenals mijn afstudeerstage. Het onderwerp is tot stand gekomen aan de hand van praktijkervaringen en het gevoel van te weinig inzichten in dit onderwerp van behandelaren in het Revalidatiecentrum Eemsdelta te Delfzijl. Bovendien komen in de literatuur aanbevelingen voor vervolgonderzoek naar specifiek dit onderwerp aan bod. Ik heb veel interesse in de Neurorevalidatie en vind hierbij de kwaliteit van leven van de revalidant én indien mogelijk de mantelzorger een belangrijk aspect. Tijdens de gesprekken met de opdrachtgever werd ik mij bewust van de meerwaarde van de omgeving en naasten van CVA-revalidanten, en de betrekking hiervan bij de klinische revalidatie.

Tijdens het uitvoeren van dit praktijkonderzoek heb ik veel vaardigheden en kennis opgedaan. Zo heb ik geleerd om interviews af te nemen, om te gaan met software, binnen een bepaalde periode data te verzamelen, het schrijven van een wetenschappelijk onderzoek en het omgaan met feedback. Ook heb ik veel communicatieve vaardigheden opgedaan en heb ik nog beter leren samenwerken. Bovendien heb ik veel geleerd over mijzelf en mijzelf ontwikkeld. Zowel persoonlijk als evidence based practitioner als startend fysiotherapeut.

Ik wil in het bijzonder mijn opdrachtgever Kim Poort bedanken voor de begeleiding, de waardevolle feedback en de fijne samenwerking. Bovendien wil ik mijn scriptiebegeleidster Lise Maren Kloosterman bedanken voor de begeleiding en ondersteuning tijdens mijn afstudeerperiode. Daarnaast wil ik mijn stagebegeleidster Anne-Marie Schnieders en de andere fysiotherapeuten uit het team op de locatie Revalidatiecentrum Eemsdelta hartelijk bedanken voor de ontzettend leerzame en bijzondere afstudeerperiode, welke ik tijdens mijn aankomende carrière als fysiotherapeut vaak zal herinneren.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Loes Wedda,

Delfzijl, 2 juni 2022

# **Samenvatting**

**Inleiding**: Een cerebrovasculair accident, ook wel CVA genoemd, heeft veel opnames in de revalidatiesetting als gevolg. Een CVA heeft naast een grote impact op de revalidant, ook een grote impact op de mantelzorger. Uit recente onderzoeken komt naar voren dat mantelzorgers behoefte hebben aan ondersteuning bij de zorg, aan informatie en communicatie en moeilijkheden ervaren bij het navigeren in een vreemde omgeving zonder processen voor inclusie van de mantelzorgers. Uit deze recente onderzoeken blijkt dat er meer onderzoek nodig is om in kaart te brengen wat de ervaringen en behoeftes zijn van mantelzorgers van CVA-revalidanten omtrent de betrekking bij de revalidatie. Daarnaast blijkt uit de fysiotherapeutische richtlijn en diverse onderzoeken wat de meerwaarde is van het betrekken van mantelzorgers bij de CVA-revalidatie. De onderzoeksvraag luidt: wat zijn de ervaringen en behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten omtrent de betrekking bij de klinische revalidatie?

**Methode**: In dit kwalitatieve onderzoek werden semigestructureerde diepte-interviews afgenomen bij mantelzorgers van CVA-revalidanten die verblijven in een klinische setting in Revalidatiecentrum Eemsdelta te Delfzijl. Vooraf werd een interview guide opgesteld. De interviews werden woordelijk getranscribeerd en daarna gedoceerd met behulp van de software ATLAS ti. Er werd geanalyseerd aan de hand van de ‘’constant comparison methode’’, ontwikkeld als methode van analyse voor de ‘’grounded theory’’ door Glaser en Strauss in 1967. Tijdens het onderzoek werd gestreefd naar saturatie.

**Resultaten**: Uiteindelijk zijn er in totaal zes interviews afgenomen (N=6). Na het analyseren van de verzamelde data zijn vijf thema’s tot stand gekomen: definiëring mantelzorg, belasting mantelzorger, informatie, communicatie en behoefte betrekking revalidatie. De ervaring van de participanten is dat er betere verstrekking van informatie en frequentere en laagdrempeligere communicatie moet komen tussen de mantelzorgers en de behandelaren van de revalidanten en dat de mantelzorgers weinig tot niet betrokken worden bij de behandeling. De participanten die wel de behoefte hebben om betrokken te worden, willen vaardigheden aangaande de zorg en therapie leren, de omgang met de fysieke en geestelijke gevolgen van een CVA leren, zelf kunnen oefenen met revalidanten en inzicht krijgen in de behandeling en het functioneren van de revalidanten. De participanten die niet de behoefte hebben om betrokken te worden hebben hier geen tijd voor of zien de meerwaarde er niet van in.

**Conclusie**: De behoefte van mantelzorgers van CVA-revalidanten om betrokken te worden bij de klinische revalidatie is situatieafhankelijk en persoonsafhankelijk. Het advies voor de praktijk luidt om de informatieverstrekking aan mantelzorgers over het ziektebeeld, de prognose van CVA-revalidanten en de mogelijkheden voor de mantelzorgers te verbeteren. Ook wordt geadviseerd de communicatie met mantelzorgers van CVA-revalidanten te verbeteren, bijvoorbeeld door middel van een vast contactpersoon en frequentere contactmomenten. Daarnaast wordt geadviseerd om meeloopdagen voor mantelzorgers aan te bieden en tijdens deze meeloopdagen eventuele vervolgafspraken te plannen indien hier behoefte aan is. Voor vervolgonderzoek wordt geadviseerd om verder onderzoek te doen naar de validiteit van de Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s), naar de ervaringen en behoeftes rondom het elektronisch cliënten dossier en naar de invulling van meeloopdagen specifiek voor mantelzorgers van CVA-revalidanten.

# **Abstract**

**Introduction**: A cerebrovascular accident, also called stroke has resulted in many admissions to the rehabilitation setting. In addition to a major impact on the rehabilitator, a stroke also has a major impact on the caregiver. Recent studies indicate that informal caregivers have a need for support in the care of the rehabilitator, for information and communication and experience difficulties in navigating in a foreign environment without processes for inclusion of the informal caregiver. These recent studies show that more research is needed to map out the experiences and needs of caregivers of stroke rehabilitators with regard to the involvement in rehabilitation. In addition, the physiotherapeutic guideline and various studies show the added value of involving informal carers in stroke rehabilitation. The research question is: what are the experiences and needs of caregivers of stroke rehabilitators with regard to the involvement in clinical rehabilitation?

**Method**: In this qualitative study, semi-structured in-depth interviews were conducted with informal caregivers of stroke rehabilitators who reside in a clinical setting at the Eemsdelta Rehabilitation Center in Delfzijl. An interview guide was made beforehand. The interviews were transcribed verbatim and then coded using the ATLAS ti software. The analysis was carried out using the "constant comparison method", developed as a method of analysis for the "grounded theory" by Glaser and Strauss in 1967. The aim of the study was to achieve saturation.

**Results**: Ultimately, a total of six interviews were conducted (N=6). After analyzing the collected data, five themes emerged: definition of informal care, burden of informal carer, information, communication and needs with regard to rehabilitation. The participants' experience is that better provision of information and more frequent and more accessible communication is needed between the informal caregivers and the therapists of the rehabilitators and that the informal caregivers are little or not involved in the treatment. The participants who do feel the need to be involved want to learn skills regarding care and therapy, to learn how to deal with the physical and mental consequences of a stroke, to be able to practice with rehabilitators and to gain insight into the treatment and functioning of the patient. The participants who do not feel the need to be involved do not have time for this or do not see the added value of it.

**Conclusion**: The need for caregivers of stroke rehabilitants to be involved in clinical rehabilitation is situation dependent and individual-dependent. The advice for practice is to improve the provision of information to informal caregivers about the disease, the prognosis of stroke rehabilitators and the options for informal caregivers. It is also advised to improve communication with carers of stroke rehabilitators, for example by means of a permanent contact person and more frequent contact moments. It is also advised to offer follow-up days for informal carers and to plan follow-up appointments during these follow-up days if necessary. For follow-up research, it is recommended to conduct further research into the validity of the Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s) and the Caregiving Strain Index (CSI), into the experiences and needs surrounding the electronic client record and into the details of follow-up days specifically for carers of stroke rehabilitators.

**Inhoud**

[**Voorwoord** 2](#_Toc105092300)

[**Samenvatting** 3](#_Toc105092301)

[**Abstract** 4](#_Toc105092302)

[**Inleiding** 7](#_Toc105092303)

[**Methode** 9](#_Toc105092304)

[**Persoonlijke karakteristieken** 9](#_Toc105092305)

[**Onderzoeksopzet** 9](#_Toc105092306)

[**Onderzoekspopulatie** 9](#_Toc105092307)

[**Werving van participanten** 9](#_Toc105092308)

[**Bekende literatuur en interview guide** 10](#_Toc105092309)

[**Data-analyse** 10](#_Toc105092310)

[**Resultaten** 12](#_Toc105092311)

[**Kenmerken van participanten** 12](#_Toc105092312)

[**Thema’s en categorieën** 12](#_Toc105092313)

[**Definiëring mantelzorg** 13](#_Toc105092314)

[**Belasting mantelzorger** 13](#_Toc105092315)

[**Communicatie** 14](#_Toc105092316)

[**Informatie** 15](#_Toc105092317)

[**Behoefte betrekking revalidatie** 16](#_Toc105092318)

[**Discussie** 18](#_Toc105092319)

[**Beschouwing op de resultaten** 18](#_Toc105092320)

[**Beschouwing op de methode** 20](#_Toc105092321)

[**Sterke punten** 20](#_Toc105092322)

[**Beperkingen** 21](#_Toc105092323)

[**Aanbevelingen** 21](#_Toc105092324)

[**Aanbevelingen voor vervolgonderzoek** 21](#_Toc105092325)

[**Aanbevelingen voor in de praktijk** 22](#_Toc105092326)

[**Conclusie** 24](#_Toc105092327)

[**Referenties** 25](#_Toc105092328)

[**Bijlage 1: Informatiebrief onderzoek betrekking mantelzorgers klinische CVA-revalidatie** 28](#_Toc105092329)

[**Bijlage 2: Toestemmingsformulier onderzoek betrekking mantelzorgers klinische CVA-revalidatie** 30](#_Toc105092335)

[**Bijlage 3: Interview guide: Onderzoek behoefte mantelzorgers betrekking klinische CVA-revalidatie** 31](#_Toc105092336)

[**Bijlage 4: Codeboek** 32](#_Toc105092337)

# **Inleiding**

Een beroerte staat in 2020 op nummer drie van de meest voorkomende doodsoorzaken bij mensen van 65 jaar en ouder in Nederland (1). In 2020 werden 22885 mannen en 19314 vrouwen opgenomen in het ziekenhuis ten gevolge van een cerebrovasculair accident, hierna verder genoemd CVA. De gemiddelde leeftijd bedroeg 71 jaar voor mannen en 74 jaar voor vrouwen (2). Een CVA wordt in de beroerte richtlijn van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie door de World Health Organization beschreven als: ‘plotseling optredende klinische verschijnselen van een focale stoornis in de hersenen die langer dan 24 uur duren of leiden tot de dood, waarvoor geen andere oorzaak aanwezig is dan een vasculaire stoornis (3).’ In Nederland gaat tussen de 9% en 11% van de CVA-patiënten gaan naar een revalidatiecentrum na de ziekenhuisopname (4). In het revalidatiecentrum kan de CVA-revalidant klinisch worden opgenomen. De CVA-revalidant overnacht dan in het revalidatiecentrum en wordt behandeld door een multidisciplinair team waarbij gestreefd wordt naar een zo optimaal mogelijk herstel. Het multidisciplinaire team in een revalidatiecentrum kan bestaan uit logopedisten, psychologen, diëtisten, fysiotherapeuten, artsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, bewegingsagogen, specialist ouderen geneeskunde, verpleegkundig specialist, verzorgende en maatschappelijk werkers.

Een CVA kan volgens onderzoek door Ramos-Lima et al. (2018) voor een lagere kwaliteit van leven zorgen, dit staat in relatie met de ernst van de beroerte en de beperkingen die hiervan het gevolg zijn (5). Ook na het revalidatietraject daalt de kwaliteit van leven nog meer bij de meeste CVA-revalidanten volgens onderzoek door Schindel et al. (2019) (6). Een CVA kan naast een grote impact op de revalidant, ook een grote impact hebben op de mantelzorger. Een mantelzorger krijgt met regelmaat ook te maken met de behandelaren van de revalidant. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek is iemand mantelzorger wanneer iemand zorg geeft aan een bekende uit zijn/haar omgeving en wanneer de zorg minimaal drie maanden duurt, of minimaal acht uur per week (7). De meerwaarde en het belang van mantelzorgers wordt in de fysiotherapeutische richtlijn beroerte aangegeven om een zo optimaal mogelijk revalidatietraject te verzorgen en de zorglast van de mantelzorgers te verlagen (3). Volgens onderzoek door Kokorelias et al. (2019) is mantelzorgen voor CVA-revalidanten een fulltimebaan wat leidt tot geherstructureerde levens, veranderde relaties en fysieke en psychosociale uitdagingen (8). Dit onderzoek concludeert ook dat onvervulde behoeften een rol spelen in hoe en in welke mate fysieke en psychosociale uitdagingen worden ervaren. Dit geeft aan dat het belangrijk is om de behoefte van mantelzorgers van CVA-revalidanten in kaart te brengen.

Uit de systematische review van kwalitatieve studies door Luker et al. (2017) komen verschillende thema’s naar voren die iets zeggen over de behoeftes en ervaringen van mantelzorgers tijdens de revalidatie (9). De thema’s geven aan dat mantelzorgers overweldigd werden door emoties, erkenning zochten als belanghebbende bij herstel en de wens hebben gehoord en geïnformeerd te worden. Daarnaast wilden ze volharden in actie en resultaten, legitieme klanten zijn en de overgang naar huis beheren. Mantelzorgers ondervonden moeilijkheden bij het navigeren door een vreemde cultuur en omgeving zonder passende communicatie en processen voor inclusie van de mantelzorgers. In dit onderzoek wordt ook een aanbeveling gedaan voor verder onderzoek naar welke interventies van meerwaarde zijn voor het partnerschap tussen mantelzorgers en zorg professionals. Ditzelfde wordt geconcludeerd in de recentste systematische review door Zawawi et al. (2020) waarin onderzoeken met verschillende onderzoeksopzetten geïncludeerd zijn, namelijk dat er meer onderzoek nodig is naar het in kaart brengen van de behoeftes van zowel CVA-revalidanten zelf, als van mantelzorgers van CVA-revalidanten (10). Uit dit onderzoek blijkt dat mantelzorgers behoefte hebben aan informatie, ondersteuning bij de zorg voor de revalidanten en ondersteuning bij de zorg voor zichzelf.

Bovenstaande onderzoeken zijn recent uitgevoerd maar geven nog expliciet aanbevelingen om meer onderzoek te doen naar zowel de behoeftes zelf als de invulling van de behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten. Daarnaast wordt door het Revalidatiecentrum Eemsdelta specifiek de opdracht voor dit onderzoek gegeven omdat zij in de praktijk ervaren dat ze niet genoeg inzicht hebben in de ervaringen en behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten tijdens de klinische revalidatie. Dit onderzoek is dus van innovatieve waarde voor zowel de mantelzorgers van CVA-revalidanten, de CVA-revalidanten zelf, als de behandelaren van CVA-revalidanten zowel binnen als buiten het revalidatiecentrum van de opdrachtgever. Daaruit volgt de onderzoeksvraag: wat zijn de ervaringen en behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten omtrent de betrekking bij het klinische revalidatietraject? Het onderzoek is een kwalitatief onderzoeksdesign en wordt uitgevoerd aan de hand van diepte-interviews met mantelzorgers van CVA-revalidanten.

# **Methode**

Ter waarborging van de kwaliteit is de methode geschreven volgens de ‘consolidated criteria for reporting qualitative research’ (COREQ) (11).

## **Persoonlijke karakteristieken**

De onderzoeker was vrouwelijk en tijdens het moment van onderzoek was de onderzoeker afstuderend fysiotherapeutisch stagiaire bij het Revalidatiecentrum Eemsdelta te Delfzijl. De onderzoeker was tevens behandelaar van de revalidanten waarvan de mantelzorgers participeerden aan het onderzoek. Van deze situatie waren de participanten op de hoogte en om lastige situaties te voorkomen werd van tevoren duidelijk gemaakt dat het interview enkel ging om de ervaring van de mantelzorger zelf, niet om de CVA-revalidant. De onderzoeker had vooraf weinig ervaring met het afnemen van diepte-interviews.

## **Onderzoeksopzet**

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd er gekozen voor kwalitatief onderzoek waarbij semigestructureerde interviews werden afgenomen. Voor semigestructureerde diepte interviews werd gekozen omdat semigestructureerde diepte interviews flexibiliteit en veelzijdigheid bieden om de onderzoeksvraag zo breed mogelijk te beantwoorden (12). Voorafgaand aan het onderzoek werd het stroomdiagram van de Hanzehogeschool voor de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek doorlopen waaruit is gebleken dat het onderzoek niet WMO-plichtig was.

### **Onderzoekspopulatie**

De onderzoekspopulatie bestond uit een groep mantelzorgers van CVA-revalidanten die revalideren bij het Revalidatiecentrum Eemsdelta te Delfzijl. De revalidanten waarvan de mantelzorgers geïnterviewd werden, revalideerden op dat moment in het revalidatiecentrum tussen 9 maart en 15 april 2022. Zoals hierboven genoemd werden de participanten fysiek of telefonisch benaderd. Voor het onderzoek waren de volgende inclusie- en exclusiecriteria opgesteld om het onderzoek af te bakenen (tabel 1).

*Tabel 1. Inclusie- en exclusiecriteria.*

|  |  |
| --- | --- |
| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
| Mantelzorgers van een CVA-revalidant van een links- of rechtszijdig CVA | Mantelzorgers van revalidanten met een andere reden van opname dan een CVA |
| Nederlandssprekend |  |
| Mantelzorgers van revalidanten die op het moment van onderzoek revalideren bij Revalidatiecentrum Eemsdelta |  |

### 

### **Werving van participanten**

De interviewer benaderde de participanten mondeling of met de telefoon van de instelling voor de deelname aan het onderzoek. Hierna werd een informatiebrief meegegeven en heeft de participant de tijd gehad van een aantal dagen om na te denken over deelname. Voorafgaand aan het interview werden de participanten mondeling nogmaals geïnstrueerd en gevraagd om akkoord voor de start van het interview, daarnaast werd het toestemmingsformulier ondertekend. Het toestemmingsformulier en de informatiebrief zijn te vinden in bijlage 1 en 2. De participanten waren alvorens dus op de hoogte van de wijze van verwerking van gegevens en het doel van het onderzoek. De wijze van verwerking hield in dat de opnames verwijderd werden na het transcriberen en alle persoonlijk te herleiden gegevens niet terug te herleiden waren uit de transcripten. De diepte-interviews werden fysiek afgenomen, dat betekent dat de interviewer en de participant in dezelfde ruimte fysiek aanwezig waren in een rustige ruimte tijdens bezoekuren in het Revalidatiecentrum Eemsdelta. Op die manier was het praktisch voor de participanten en werd de privacy van de participanten gewaarborgd. De interviews werden afgenomen door de onderzoeker zelf. Elk interview duurde ongeveer dertig minuten en zijn opgenomen met behulp van opname apparatuur. De opnames zijn na de interviews getranscribeerd, waarna de opnames verwijderd zijn. De interviews werden afgenomen tussen 9 maart en 15 april 2022. Het streven was om saturatie te bereiken, na zes interviews werd een vorm van saturatie bereikt.

### **Bekende literatuur en interview guide**

Voorafgaand aan de interviews werd door de onderzoeker een interview gids opgesteld (bijlage 3). De interview gids is semigestructureerd, dat betekent dat er naast de vaste vragen ruimte is voor doorvragen en dieper ingaan op interessante onderwerpen die eventueel worden opgegooid door de participanten die relevant zijn voor de onderzoeksvraag. De interview gids werd samengesteld aan de hand van de bekende literatuur. Voor het opstellen van de vragen zijn voornamelijk de uitkomsten van het onderzoek door Luker et al. (2017) en Zawawi et al. (2020) gebruikt waarin de hoofdthema’s voornamelijk gingen over emoties, vreemde cultuur, overgang naar huis, informatie en erkenning gingen (9,10). Na het verwerken van de literatuur en de beoordeling van de interview guide door een peer-reviewer werden de volgende hoofdonderwerpen in de interview gids verwerkt: de omschrijving van de rol van mantelzorger, de verwachtingen van de betrekking in de revalidatie vooraf, de verwachtingen van de belasting zowel emotioneel als fysiek vooraf, de huidige ervaringen met de betrekking bij de revalidatie, de huidige ervaring met de belasting zowel emotioneel als fysiek en de behoeftes omtrent betrekking bij de revalidatie. Na het uitvoeren van een proefinterview werden de vraag of de participant voorafgaand aan het recentste CVA van de revalidant al mantelzorger was en de vraag hoe men kijkt naar de overgang na het ontslag toegevoegd.

## **Data-analyse**

Na het afnemen van de interviews werden de opnames letterlijk getranscribeerd, waarna de opnames verwijderd zijn. Letterlijk uitwerken wil zeggen dat alles wat de geïnterviewde zegt, wordt uitgeschreven. De transcripten werden naderhand niet teruggegeven aan de participanten ter beoordeling. De interviews zijn anoniem verwerkt, dat wil zeggen dat er geen persoonlijke gegevens te herleiden zijn. Dat wil zeggen dat voor persoonlijk te herleiden termen in de transcripten pseudoniemen werden gebruikt. Voor het coderen werd gebruik gemaakt van het programma ATLAS.ti, versie 2022 (13). Tijdens de analyse is gecodeerd waarbij meerdere interpretatierondes zijn doorlopen. Er is geanalyseerd aan de hand van de ‘’constant comparison methode’’, ontwikkeld als methode van analyse voor de ‘’grounded theory’’ door Glaser en Strauss in 1967 (14). Tijdens de stap coderen in de thematische analyse zijn drie verschillende fases te onderscheiden, namelijk open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (15). In onderstaande tabel staat een overzicht met wat deze verschillende fases inhouden. Het resultaat van het coderen was een codeboek waarin alle rondes van coderen zijn opgenomen. Vooraf waren geen thema’s opgesteld, deze kwamen tot stand tijdens het coderen. De onderzoeker deed de codering individueel en heeft één transcript blind laten coderen door een peer-reviewer ter waarborging van de kwaliteit van het coderen en interpreteren van de transcripten. Voor het weergeven van de resultaten werden citaten uit de transcripten gebruikt ter verduidelijking.

*Tabel 2. Fases van coderen volgens Strauss en Corbin (1990) (15).*

|  |  |
| --- | --- |
| Fase | Omschrijving |
| Open coderen | ‘’Het proces van het opsplitsen, onderzoeken, vergelijken, conceptualiseren en categoriseren van gegevens.’’ |
| Axiaal coderen | "Een reeks procedures waarbij gegevens na open codering op nieuwe manieren worden samengevoegd, door verbanden te leggen tussen categorieën.’’ |
| Selectief coderen | "Het proces van het selecteren van de kerncategorie, het systematisch relateren aan andere categorieën, het valideren van die relaties en het invullen van categorieën die verdere verfijning en ontwikkeling nodig hebben.’’ |

# **Resultaten**

## **Kenmerken van participanten**

Tijdens de werving kwamen zeven geschikte participanten naar voren. Eén van deze participanten was afgehaakt wegens het niet kunnen inpassen in de eigen planning. In totaal hebben zes (N=6) mantelzorgers geparticipeerd aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben de interviews elk tussen de twintig en dertig minuten geduurd. Alle interviews werden fysiek afgenomen in een gesloten ruimte in Revalidatiecentrum Eemsdelta te Delfzijl tijdens bezoekuren. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 60 jaar. 50% van de participanten was vrouwelijk. De revalidatieperiode van de revalidanten waarvan de mantelzorgers participeerden aan dit onderzoek is tussen de drie en negen weken. In tabel 3 staan de karakteristieken van de participanten. In dit hoofdstuk wordt elk thema bij langs gegaan en worden de meest relevante citaten weergeven door middel van tabellen.

*Tabel 3. Populatie karakteristieken.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kenmerken participanten | | | | | Kenmerken revalidanten | |
| *Participant* | *Leeftijd participant* | *Relatie tot revalidant* | *Geslacht* | *Vooraf al mantelzorger* | *Type CVA* | *Aantal weken sinds start revalidatie* |
| P1 | 72 | Echtgenoot | Vrouw | Ja | CVA links | 3 weken |
| P2 | 51 | Dochter | Vrouw | Ja | CVA links | 3 weken |
| P3 | 85 | Echtgenoot | Man | Ja | CVA rechts | 4 weken |
| P4 | 53 | Nicht | Vrouw | Ja | CVA rechts | 9 weken |
| P5 | 50 | Zoon | Man | Ja | CVA links | 8 weken |
| P6 | 50 | Zoon | Man | Ja | CVA rechts | 4 weken |
| *CVA: Cerebro Vasculair Accident* | | | | | | |

## **Thema’s en categorieën**

Tabel 4 is een overzicht van de thema’s en categorieën die tijdens het codeerproces tot stand zijn gekomen. Tijdens het codeerproces werden in totaal 282 codes toegekend aan voor dit onderzoek relevante tekstfragmenten uit de transcripten van de afgenomen interviews. In bijlage 4 is het codeboek opgenomen. Uiteindelijk zijn de volgende thema’s tot stand gekomen: communicatie, informatie, belasting mantelzorger, definiëring mantelzorg en behoefte betrekking revalidatie. Tijdens het onderzoek is saturatie opgetreden.

*Tabel 4. Overzicht thema’s en categorieën.*

|  |  |
| --- | --- |
| Thema’s | Categorieën |
| Communicatie | Ervaring met communicatie, behoefte aan communicatie |
| Informatie | Rapportages, ervaring met informatieverstrekking, behoefte informatieverstrekking |
| Belasting mantelzorger | Emotionele belasting, lichamelijke belasting |
| Definiëring mantelzorg | Omschrijving inhoud mantelzorg, verantwoordelijkheidsgevoel |
| Behoefte betrekking revalidatie | Geen behoefte betrekking revalidatie, wel behoefte betrekking revalidatie, ervaring betrekking behandelaren |

## **Definiëring mantelzorg**

Uit de interviews kwam naar voren dat alle participanten voorafgaand aan de opname in het revalidatiecentrum al mantelzorger waren, de ene in intensievere mate dan de ander. In de meeste gevallen kwam naar voren dat de participanten de zorg voor hun naasten als ’plicht’ en/of ’verantwoordelijkheid’ zien (C1). Vijf van de zes participanten gaven aan een vorm van plicht of verantwoordelijkheid te voelen voor het op zich nemen van de mantelzorg. De één kon wat duidelijker vertellen welke taken vallen onder mantelzorg dan de ander. Indien iemand taken opnoemde waren dit vaak huishoudelijke taken, ziekenhuisafspraken en persoonlijke verzorging (C2). Zo noemden participanten bijvoorbeeld schoonmaken, de tuin onderhouden, meegaan naar ziekenhuisafspraken, hulp met boodschappen, het doen van de was, het op bezoek gaan, het zijn van contactpersoon en het regelen van de post. Andere participanten omschreven het globaler, als zorg dragen waar het nodig is (C3).

*Tabel 5. Relevante en verduidelijkende citaten omtrent het thema definiëring mantelzorg.*

|  |  |
| --- | --- |
| Citaatnummer | Citaat |
| C1 | ‘’Ze zijn goed voor ons geweest en dat doen we andersom dan ook, ik bedoel dat lijkt mij heel logisch.’’ |
| C2 | ‘’Mantelzorg is eh, naja zoals bij mijn tante die is alleen, en eh dat doe ik al jaren mantelzorg voor. Dus ik ga meestal met haar eh naar een arts of eh als ze weer ergens heen moet. En eh als ze iets nieuws moet hebben of ze heeft hulp nodig of een brief, ik doe eigenlijk gewoon alles waarbij ze hulp nodig heeft.’’ |
| C3 | ‘’Mantelzorg, ja, dat is beetje verzorgen van je vrouw of eh een andere bekende, dat zie ik als mantelzorg, maar… wat je kunt doen waarin jouw vermogen ligt wat je kunt doen.’’ |

## 

## **Belasting mantelzorger**

Het effect van de gebeurtenissen op de participanten was een duidelijk terugkomend thema welke vaak werd aangedragen door de participanten zelf. De emotionele belasting kwam duidelijk naar voren bij elk interview, alle zes participanten gaven op een eigen manier aan dat mantelzorg effect heeft op het emotionele aspect (C1). Lichamelijk gezien werd vaak aangegeven dat het goed te doen was. Soms werd aangegeven door participanten dat het moeilijk was om hun eigen leven te combineren met de mantelzorg (C2). Participanten gaven aan zichzelf weg te cijferen (C3). Er werd benoemd veel te moeten plannen van de mantelzorg rondom werk en andere verplichtingen thuis. Participanten gaven aan niet alleen mantelzorger te zijn, maar ook een eigen leven te hebben waar de mantelzorg bovenop komt. Participanten gaven aan dat het lastig is om een dierbare te zien na de impact van het CVA. Door één participant werd aangegeven dat het rust gaf dat de zorg nu overgenomen werd door het revalidatiecentrum. Twee van de zes participanten gaven aan het prettig te vinden de zorg even uit handen te geven. Twee participanten gaven aan het juist lastig te vinden om de zorg uit handen te geven (C4).

*Tabel 6. Relevante en verduidelijkende citaten omtrent het thema belasting mantelzorger.*

|  |  |
| --- | --- |
| Citaatnummer | Citaat |
| C1 | ‘’Nee lichamelijk red ik het wel maar met name dat mentale dat is wel eh, maar goed een keer brullen en dan is het ook wel weer klaar.’’ |
| C2 | ‘’Ja zeker wel. Weet je je bent niet alleen mantelzorger ben ik voor mijn moeder, maar ik heb ook die dochter die ik nu bij me heb … weet je dat moet ik dan er ook nog weer tussendoor laveren. Vervolgens werk je ook nog dus het is alles met elkaar dan he.’’ |
| C3 | ‘’Maar de mantelzorg op zich ook nu, ja je cijfert je een klein beetje aan de kant natuurlijk.’’ |
| C4 | ‘’En anders ga je je, je hebt altijd gezorgd voor. Dus en als dat ineens overgenomen wordt ja en je weet het niet en dan ga je twijfelen en dan denk ik klopt dat allemaal wel.’’ |

## **Communicatie**

Communicatie wordt door participanten gezien als een belangrijk onderdeel van de betrekking van mantelzorgers. Wat betreft de ervaring met de communicatie werd genoemd dat de periode van drie weken tussen de momenten van contact met de mantelzorgers te weinig is (C1). Dit werd genoemd door vier van de zes participanten. De aangegeven behoefte van de participanten was dan ook om vaker een moment van ontmoeting of contact te hebben met de behandelaren van de revalidanten. Tijdens het contact zouden de participanten dan graag vaker horen hoe de stand van zaken is en hoe het gaat met de voortgang van de revalidatie. Er werd aangegeven dat het prettig was om vaker samen te komen voor het maken van afspraken over wat de mantelzorger moet/kan regelen voor de revalidant.  
Door meerdere participanten werd aangegeven dat er niet altijd duidelijk antwoord werd gegeven op vragen. Bovendien wisten participanten niet altijd was bij wie ze moesten zijn voor het verkrijgen van informatie en het kunnen stellen van vragen. Ook werd aangegeven dat er weinig verteld werd aan de mantelzorgers vanuit het initiatief van de behandelaren (C2).De ervaring van participanten was dat er lange lijnen zijn in het revalidatiecentrum. Participanten gaven aan zelf assertief te moeten zijn in het krijgen van contact en het stellen van vragen voor het ontvangen van informatie. Er werd aangegeven dat een vast contactpersoon in het revalidatiecentrum prettig zou zijn voor de communicatie en de duidelijkheid (C3). Op die manier zou er geen onduidelijkheid meer zijn bij wie ze moeten zijn voor informatie over de revalidanten. Aan de andere kant werd genoemd dat er gewend moest worden aan de nieuwe situatie en de manier van communiceren op deze locatie, en dat na het wennen beter te navigeren was bij wie de participanten zich konden melden voor informatie. Een participant gaf aan het prettig te vinden dat de communicatie zo open is (C4).

*Tabel 7. Relevante en verduidelijkende citaten omtrent het thema communicatie.*

|  |  |
| --- | --- |
| Citaatnummer | Citaat |
| C1 | ‘’Ja dat ze om de drie weken een gesprek hebben en dat ze ons dan bellen. Ik vind eerlijk gezegd 3 weken te lang, ik vind die periode een beetje te lang eigenlijk. Eigenlijk zou ik dan wel wat vaker willen horen en dat hoor je niet.’’ |
| C2 | ‘’Dat zijn wel meer dingen dat ik denk van nou ik moet overal vragen, en aangeven want er wordt je niet zoveel verteld.’’ |
| C3 | ‘’Maar een contactpersoon bijvoorbeeld. Als je belt krijg je een willekeurig, ik zou nooit weten bij wie ik moet aankloppen even direct een korte lijn. Het zijn allemaal van die lange lijnen.’’ |
| C4 | ‘’Nee, niet gedacht dat dat zo eh, open was. Ik dacht dat ze daarmee gesloten over waren maar dat is allemaal wel goed, dat vind ik wel goed.’’ |

## **Informatie**

Rapportages waren een vaker terugkomend onderwerp tijdens de interviews. Het inzien van de rapportages werd als prettig ervaren, omdat participanten zich konden voorbereiden op het bezoek en konden inspelen op wat er gebeurde (C1). Door sommige participanten werd aangegeven dat er maar één contactpersoon de rapportages en het dossier kon inzien, wat lastig is indien er meerdere mantelzorgers behoefte hebben aan het inzien van rapportages en het dossier. Sommigen kozen er bewust voor om de rapportages niet in te zien wegens het idee dat dit af zou leiden, of omdat het anders te veel is om dit er ook bij te hebben. Daarnaast werd door twee participanten aangegeven dat het systeem (elektronisch cliënten portaal) efficiënter en meer gebruikt kon worden, bijvoorbeeld voor het uploaden van filmpjes en foto’s van therapie. Op deze manier zouden ze een beter beeld krijgen van de status van de revalidanten en wat ze (kunnen) doen tijdens therapie, en weten ze hoe behandelaren de revalidanten benaderen en behandelen.   
Participanten gaven aan dat het goed informeren ook gezien wordt als onderdeel van het betrekken van de mantelzorgers. Meerdere participanten gaven aan behoefte te hebben aan het weten wat ze kunnen verwachten van ziektebeeld passend bij een CVA, hoe dit zich uit bij de revalidanten en waar ze op dit moment staan in het revalidatietraject (C2). Bovendien werd aangegeven dat de invloed van een CVA op het geestelijke aspect meer belicht mocht worden (C3). In totaal gaven vier van de zes participanten aan meer informatie te willen over het ziektebeeld. Als men praatte over het ziektebeeld had men het in de meeste gevallen over hoe dit zich kan uiten, zowel lichamelijk als geestelijk, bij de revalidanten en de prognose van de eventuele vooruitgang. Participanten wisten bijvoorbeeld niet hoe een CVA kon leiden tot lichamelijke beperkingen passend bij een CVA, denk aan de halfzijdige verlamming, balansproblematiek, problemen met slikken, enzovoort. Bovendien werd aangegeven niet te begrijpen waarom revalidanten vaak sliepen, niet konden praten of niet konden begrijpen wat er gezegd of gevraagd werd (C4). Daarnaast werd aangegeven door participanten graag informatie te willen over waarom bepaalde keuzes gemaakt werden tijdens het revalidatieproces. Er werd verteld dat soms keuzes werden gemaakt waar de participanten niks van af wisten, aangaande het revalidatietraject. Dit werd als onprettig ervaren. Ook werd genoemd dat er behoefte was aan meer informatie over de zorg en de hygiëne van de revalidanten.Het behandelplan werd door participanten ook genoemd als punt wat meer aandacht zou moeten krijgen. Er werd dan met name meer informatie nodig geacht rondom de concrete behandeldoelen. Aan de andere kant werd door één participant aangegeven dat er niet meer informatieverstrekking nodig zou zijn wegens het niet weten wat ermee te moeten doen. Over de verdere voorkeuren rondom de vormgeving van de informatieverstrekking, naast meer gebruik van het elektronisch cliënten dossier, werd niks aangedragen door de participanten.

*Tabel 8. Relevante en verduidelijkende citaten omtrent het thema informatie.*

|  |  |
| --- | --- |
| Citaatnummer | Citaat |
| C1 | ‘’Ja nou ja goed ik lees nu de rapportages dus eh dan weet ik wat er gebeurt en daar kan ik ook op inspelen.’’ |
| C2 | ‘’En hoe zijn de ervaringen met dit soort patiënten? Wij hebben er zelf geen ervaring mee, we hebben het nog nooit eerder mee gemaakt die dat gehad heeft en eh hoe zijn de ervaringen mee vanuit de praktijk, zit er een kans in dat ze naar huis gaat?’’ |
| C3 | ‘’Nou ja dat vind ik wat, dat mag wel meer uitgelegd worden omdat het, hij heeft natuurlijk een infarct gehad en dan is ook de geestelijke toestand wel is wat minder dat alles niet even duidelijk is eh, vind ik, had wel, mocht wel wat meer uitleg waarom dingen gebeuren zoals ze gebeuren.’’ |
| C4 | ‘’Wat doet ze dan, wat kan ze dan, ja je leest het dan dan denk ik van oh nou dat is best veel. Maar waarom praat ze dan niet als ik er ben, weet je zo, hoe kan dat, wat doe jij anders dan, wat kan ik daar weer uit halen voor mezelf.’’ |

## 

## **Behoefte betrekking revalidatie**

Door twee participanten werd aangegeven dat ze graag iets wilden doen met de revalidanten, maar dat ze hierbij niet geholpen werden (C1). Zo werd benoemd door een participant graag bezig te willen met oefenen met de arm en hand van de revalidant, maar hierbij niks aangereikt te krijgen door behandelaren. Een andere participant gaf aan te willen helpen met het lopen met de rollator, maar dat ze hier zelf actie in moest ondernemen en dat het haar niet werd aangeboden. Daarnaast werd benoemd dat de participanten alleen een beeld hebben van de revalidatie door middel van de bezoekuren en rapportages, maar dat ze verder niet zagen wat er gebeurde met de revalidanten. Door een participant werd aangegeven dat er sprake zou zijn van betrekking in de toekomst, maar dat het nog niet duidelijk was hoe dit vormgegeven zou worden. Een andere participant gaf aan geen zeggenschap te hebben gehad, maar hier ook geen behoefte aan te hebben.   
Meerdere participanten gaven aan graag een keer mee te willen kijken en/of lopen met de behandelaren. Dit betreft drie van de zes participanten Zo werd aangegeven door een participant dat ze graag wilde leren waar ze op moet letten tijdens het eten, bijvoorbeeld het slikken (C2). Daarnaast wilden de desbetreffende drie participanten graag zien wat er gebeurt tijdens therapie, dit gaat over zowel fysiotherapie als logopedie (C3). De participanten gaven aan graag te willen weten hoe ze zelf kunnen oefenen met de revalidanten en hoe ze moeten omgaan met de lichamelijke en geestelijke beperkingen ten gevolge van het CVA. Ook werd door participanten aangegeven vaardigheden te willen leren aangaande de ADL (Algemeen Dagelijks Leven), zoals aankleden en douchen. Eén participant gaf aan graag de zorg voor de revalidant over te willen nemen van de zorg wanneer de participant dit kon. Hierbij werd gedoeld op het douchen, aankleden en de persoonlijke hygiëne van de participant. Daarbij wilde de participant graag dat de zorg of fysiotherapie een keer meehielp en de vaardigheden aan de participant leerde wat betreft de omgang. Zo gaf een participant wat de meerwaarde is van het weten hoe de omgang met de revalidanten moet, op die manier worden de revalidanten hetzelfde behandeld.

‘’Maar dan weet ik ook van oké, zij doen het ook zo, dus dan doe ik het ook zo en dan is dat een beetje gelijk he, dezelfde behandeling dan voor haar. Want dat denk ik wel dat dat belangrijk is.’’

Twee participanten gaven ook aan dat met het oog op het ontslag het aanleren van vaardigheden zoals aankleden en douchen, lopen met de rollator en de omgang met een CVA-revalidant prettig zou zijn. Het maakte dan niet uit of de CVA-revalidant naar huis ging of een andere instelling waar zorg aangeboden wordt.   
Aan de andere kant werd door de andere drie participanten aangegeven dat ze niet betrokken hoefden te worden bij de revalidatie. Bij twee participanten was dit omdat het niet nodig zou zijn als het geen meerwaarde heeft (C4). Ook gaf iemand aan dat diegene toch niet kan oordelen over wat er gebeurt en dat het daarom niet van meerwaarde is. Een andere participant gaf aan wel betrokken te willen worden, maar dit niet te kunnen wegens tijdgebrek en het niet kunnen inplannen in zijn/haar persoonlijke planning.   
Een aangedragen onderwerp door een participant was de waarde van de kennis van de mantelzorgers over de revalidanten. De participant geeft aan dat de mantelzorgers de revalidanten het beste kennen, deze informatie zou volgens de participant van meerwaarde zijn voor het krijgen van een beeld van het pre functioneren en de persoonlijkheid van de revalidant. Bovendien zou het helpen ter vergelijking met de huidige situatie(C5).

*Tabel 9. Relevante en verduidelijkende citaten omtrent het thema behoefte betrekking revalidatie.*

|  |  |
| --- | --- |
| Citaatnummer | Citaat |
| C1 | ‘’In het begin eens een keertje van nah denk ik van nah achter de rollator dat vond ik zelf eng, dus ik had personeel gevraagd van eh kan meneer even achter de rollator, nou de gang op en neer. Nou ik heb gezien hoe ze het deden nou dan doe ik dat zelf wel, … maar het werd me ook niet aangeboden.’’ |
| C2 | ‘’En met het eten waar je dus op moest letten dat ie eh, eh naja zich kon verslikken, dat nou dat komt er allemaal bij dus dat vond ik wel plezierig, dat dat eh, want ja, dat weet je niet dat je daar ook op moet letten eh ja bij een beroerte.’’ |
| C3 | ‘’Dat ik gewoon af en toe eens meeliep met eh de fysio, wanneer ie dat had dan kom ik dan misschien ‘s morgens dan kom ik dat half uurtje kom ik er gewoon bij lopen, zitten, dat ik gewoon zie hoe jullie met hem omgaan, daar kan ik natuurlijk van leren.’’ |
| C4 | ‘’Ik hoef niet te kijken, ik hoef geen pottenkijker te zijn zo voel ik me niet. Het moet wel een beetje van meerwaarde zijn natuurlijk.’’ |
| C5 | ‘’Ik denk dat het heel belangrijk is dat men een beetje hoort hoe iemand is. En ik denk dat men dat ook het best ook kan horen van een mantelzorger.’’ |

# **Discussie**

Aan de hand van dit onderzoek kan antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag: wat zijn de ervaringen en behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten omtrent de betrekking bij het klinische revalidatietraject?

De ervaringen van de participanten zijn dat er over het algemeen te weinig informatie wordt verstrekt over het ziektebeeld van een CVA, de prognose van de revalidanten, de inhoud van de revalidatie en de mogelijkheden voor mantelzorgers binnen het revalidatietraject. Daarnaast is de ervaring dat er te weinig momenten van communicatie zijn met mantelzorgers, zowel fysiek als telefonisch of digitaal. Bovendien wordt door de participanten duidelijk gemaakt dat het geven van mantelzorg een hoge emotionele belasting bedraagt. Daarnaast hebben de participanten de ervaring dat de mantelzorgers weinig tot niet betrokken worden bij de behandeling van de CVA-revalidanten. De behoefte van de participanten is dan ook dat er meer momenten van communicatie zijn, zowel telefonisch en digitaal als fysiek. Daarnaast is er behoefte aan meer verstrekking van informatie over het ziektebeeld van een CVA, de prognose van de revalidanten, de inhoud van de revalidatie en de mogelijkheden voor mantelzorgers binnen het revalidatietraject. De behoefte om meer betrokken te worden bij de behandeling van de CVA-revalidanten persoonsafhankelijk en situatieafhankelijk. De helft van de participanten heeft redenen om niet betrokken te willen of kunnen worden, de andere helft heeft juist wel de behoefte om betrokken te worden bij de behandeling tijdens de revalidatie. De participanten waarbij geen sprake is van behoefte aan betrekking, geven als reden tijdsdruk en het niet inzien van de meerwaarde. De participanten die wel behoefte naar betrekking van mantelzorgers bij de revalidatie hebben, noemen betrekking bij meerdere disciplines die betrokken zijn bij de CVA-revalidanten zoals logopedie, fysiotherapie en zorg. Zo willen de participanten graag de omgang met de CVA-revalidanten leren, bepaalde vaardigheden leren en zelfstandig kunnen oefenen met de CVA-revalidanten. Daarnaast krijgen ze door het betrekken bij de therapie een beter beeld van het functioneren van de CVA-revalidanten en van de inhoud van de revalidatie.

## **Beschouwing op de resultaten**

In onderstaande alinea’s wordt dieper ingegaan op de gevonden resultaten en worden deze onderbouwd of verklaard aan de hand van bekende literatuur.

Elke participant kon een uitleg geven wat mantelzorg voor diegene inhield. De één kon wat uitgebreider vertellen wat de daadwerkelijke taken zijn die hieronder vallen dan de ander, maar ieder gaf aan al langere tijd mantelzorger te zijn en alles te doen wat nodig is voor de CVA-revalidant. Ook tijdens het verblijf in het revalidatiecentrum vervullen de mantelzorgers diverse (zorg)taken voor de CVA-revalidanten. In die zin komt de opvatting van de participanten van het begrip mantelzorg overeen met hoe deze is omschreven door het CBS (7). Het CBS omschrijft namelijk dat indien iemand zorgdraagt wat al langer dan 3 maanden duurt, of minimaal 8 uur per week, iemand mantelzorger is. Het CBS omschrijft kort verschillende taken, zoals het huishouden, wassen en aankleden, gezelschap houden en vervoer regelen. Al deze voorbeelden kwamen terug in de interviews. Daarnaast was iedere participant al voor langere tijd mantelzorger voorafgaand aan het klinische revalidatietraject van de CVA-revalidanten.

De behoefte van de participanten rondom de betrekking bij de revalidatie van de CVA-revalidanten is uiteenlopend. Twee participanten gaven aan dat het prettig zou zijn om bepaalde vaardigheden aan te leren met het oog op ontslag. Ditzelfde wordt beaamd door een recent onderzoek door Sutter-Leve et al. (2021), waarin geconcludeerd wordt dat mantelzorgers beter voorbereid waren op ontslag indien ze betrokken worden bij therapie en er directe communicatie plaatsvindt (16). Meerdere participanten gaven aan graag een keer mee te willen lopen met behandelaren van de revalidanten. Meeloopdagen voor mantelzorgers worden op dit moment door meerdere instellingen al georganiseerd om mantelzorgers vaardigheden te leren en de mogelijkheid te geven om vragen te stellen over de specifieke situatie van de CVA-revalidant waarvoor de mantelzorger zorg draagt (17,18).  
De andere helft van de participanten wilde niet betrokken worden, de verklaringen hiervoor waren tijdsdruk of het niet inzien van de meerwaarde van betrekking. In het onderzoek door Luker et al. (2017) wordt ook kort beschreven in een thema dat sómmige mantelzorgers betrokken willen worden bij de CVA-revalidatie (9). Echter wordt niet dieper ingegaan op aantallen en beweegredenen hiertoe. Het ervaren van tijdsdruk is één van de uitdagingen die ook genoemd wordt door Lobo et al. (2021) (19). Het niet inzien van de meerwaarde van de betrekking bij de revalidatie kan wellicht te verklaren zijn aan de hand van het niet geïnformeerd zijn over de meerwaarde van de betrekking bij de revalidatie. De participanten geven namelijk aan geen beeld te hebben van de inhoud van de revalidatie en over het algemeen weinig informatie te ontvangen. De meerwaarde van het betrekken van de mantelzorgers van CVA-revalidanten wordt duidelijk beschreven in de fysiotherapeutische richtlijn voor beroerte (3). In een soortgelijk kwalitatief onderzoek als dit onderzoek wordt door 25% van de participanten aangegeven, door zowel CVA-revalidanten als mantelzorgers zelf, dat betrekking van mantelzorgers leidt tot verbeteringen in de zorg voor CVA-revalidanten (20). Echter wordt door diverse participanten uit dit onderzoek benoemd dat het uit handen geven van de zorg als prettig ervaren wordt, dit kan een mogelijke beweegreden zijn tot het niet betrokken willen worden bij de revalidatie. Een andere reden om niet betrokken te worden bij de revalidatie, is de eventuele overbelasting van de mantelzorger. Daarnaast wordt benoemd door participanten dat het combineren van de mantelzorg met het eigen leven van de mantelzorgers zorgt voor de nodige planning en uitdagingen. Deze ervaring komt overeen met eerdere onderzoeken waarin geconcludeerd wordt dat mantelzorg voor CVA-revalidanten zorgt voor uitdagingen op verschillende vlakken, zoals het sociale, emotionele, gezondheid gerelateerde, en financiële vlak (21). In dit onderzoek wordt bovendien de meerwaarde van het betrekken van de mantelzorgers bij de revalidatie genoemd, mede ter verlichting van bovengenoemde lasten. De behoefte om als mantelzorger betrokken te worden bij de klinische revalidatie van CVA-revalidanten is dus persoonsafhankelijk en situatieafhankelijk. Een meetinstrument wat van meerwaarde kan zijn voor het beoordelen van het niveau van betrekking en op die manier passende ondersteunende en educatieve interventies aan te bieden, is de Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s) (22). Dit meetinstrument is echter tot op heden nog weinig onderzocht.

De resultaten laten zien wat voor invloed de mantelzorg heeft op het emotionele aspect, elke participant geeft op zijn/haar eigen manier aan dat de mantelzorg wordt ervaren als emotioneel zwaar of moeilijk. Dit thema is belangrijk omdat het tijdens interviews vaak werd aangedragen door de participanten zelf. Daarnaast sluit dit aan bij de bekende literatuur, zo wordt in een soortgelijk onderzoek door Pliatsika et al. (2019) geconcludeerd dat mantelzorgers tijdens de revalidatie gevoelens hebben van zorgen en angst (23). In dit onderzoek wordt aangeraden de gevoelens en emotionele belasting serieus te nemen en bespreekbaar te maken met de mantelzorgers. Om inzicht te krijgen in de mate van overbelasting van de mantelzorger kan gebruik worden gemaakt van de Caregiver Strain Index (CSI) (24). In de recentste studie naar het gebruikmaken van de Caregiver Strain Index wordt geconcludeerd dat dit meetinstrument een goede voorspelling kan maken van de belasting van mantelzorgers van CVA-revalidanten. Echter worden in deze studie geen mantelzorgers van Algemeen Dagelijks Leven (ADL) afhankelijke CVA-revalidanten geïncludeerd. Bovendien wordt geadviseerd om de belasting van de mantelzorger gedurende het eerste jaar na het CVA te monitoren.

Een ander terugkomend onderwerp is de behoefte aan meer informatieverstrekking aan de mantelzorgers. Informatieverstrekking wordt door de participanten ook gezien als een vorm van betrekking. In de interviews wordt aangegeven dat de participanten meer informatie willen over zowel de lichamelijke als geestelijke gevolgen van een CVA, oftewel het ziektebeeld. De participanten geven aan te willen weten wat ze kunnen verwachten, ook wel genoemd de prognose van de CVA-revalidanten. Deze sterke behoefte aan meer informatie werd aangegeven door vier van de zes participanten. In het onderzoek door Kristensson en Björkdahl (2020) wordt dezelfde bevinding gedaan, namelijk dat naasten van CVA-revalidanten een sterke behoefte hebben aan informatie en de ervaring hebben niet altijd naar behoefte te zijn geïnformeerd (25). Een ander terugkomend onderwerp zijn de rapportages en het inzien van het elektronisch cliënten dossier door mantelzorgers. Participanten geven aan dat het inzien van de rapportages prettig is, maar dat het nog meer benut kan worden. Daarbij wordt gedoeld op het gebruik van foto’s en video’s ter illustratie van de huidige stand van zaken omtrent de progressie van de CVA-revalidanten. Bovendien is het op dit moment niet mogelijk om met meer dan één persoon het dossier in te zien, dit is belemmerend indien er meer mantelzorgers behoefte hebben aan het inzien van het dossier. Naar de ervaringen en behoeftes rondom het inzien en gebruik van het elektronisch cliënten dossier door mantelzorgers is nog weinig onderzoek gedaan. Tijdens de resultaten kwam de inhoud van de informatie vooral naar voren. Naast het meer kunnen benutten van het elektronisch cliënten dossier, werden de verdere voorkeuren rondom de vormgeving van de verstrekking van deze informatie werden tijdens dit onderzoek niet duidelijk.

Daarnaast wordt door vier van de zes participanten aangegeven dat er te weinig momenten van contact zijn tussen de mantelzorgers en de behandelaren van de CVA-revalidanten. Ook communicatie is volgens de participanten een onderdeel van de betrekking van mantelzorgers bij de revalidatie. Op dit moment zijn de (meeste) momenten van contact na de drie wekelijkse multidisciplinaire overleggen, de participanten geven aan dat dit te lang is. Ze zouden vaker contact willen over de stand van zaken en de mogelijkheden wat betreft het regelen van bepaalde zaken voor de CVA-revalidanten. Een ander duidelijk aangegeven obstakel zijn de lange lijnen binnen het revalidatiecentrum, de participanten wisten niet bij wie ze moesten zijn voor informatie. De door participanten zelf aangedragen oplossing is een vast contactpersoon in het revalidatiecentrum.

## **Beschouwing op de methode**

In onderstaande alinea’s worden de beperkingen en sterke punten van de methode van het onderzoek besproken en toegelicht.

### **Sterke punten**

Als eerste heeft de keuze voor kwalitatief onderzoek veel empirische informatie opgeleverd over de ervaringen en behoeftes vanuit het perspectief van de participanten. Voor het fysiotherapeutische beroep is kwalitatief onderzoek van meerwaarde omdat door deze onderzoeksopzet men de kwaliteit en impact van bepaalde bevindingen kan evalueren en op die manier wordt er gewerkt aan de verbetering van het beroep fysiotherapie (26). De keuze voor semigestructureerde diepte-interviews heeft geleid tot gesprekken waarin participanten konden afwijken en eigen onderwerpen konden aandragen. De interviewer heeft te allen tijde de onderzoeksvraag in het achterhoofd gehouden tijdens uitweidingen van de participanten, maar gaf ze wel de ruimte hiervoor. Er is tijdens het onderzoek gestreefd naar saturatie en deze is behaald binnen het aantal participanten.  
Ten tweede is ter bevordering van de objectiviteit en de kwaliteit van het coderen en analyseren van de transcripten, is één transcript beoordeeld en blind gecodeerd door een peer-reviewer. Bovendien kreeg de onderzoeker gedurende de laatste periode van het onderzoek constante feedback van een peer-reviewer.   
Daarnaast heeft de onderzoeker ervoor gezorgd dat de participanten in een rustige gesloten ruimte zaten met de onderzoeker en de interviews werden fysiek afgenomen. Hiervoor is gekozen om ook de emoties en non-verbale communicatie te kunnen observeren en de participanten op hun gemak te stellen.   
Bovendien is er gekozen voor geen strakke afkadering van de duur van de interviews. Hiervoor is gekozen zodat er genoeg tijd is om alle vragen te stellen en eventueel uit te weiden naar belangrijke onderwerpen, indien deze relevant waren voor het onderzoek.

### **Beperkingen**

Ten eerste had een hoger aantal participanten wellicht meer uitkomsten kunnen bieden, maar door de beperkte doorstroom van CVA-revalidanten binnen het revalidatiecentrum tijdens de vaststaande periode van het afstudeeronderzoek was dit niet mogelijk. Aan de andere kant is tijdens het onderzoek saturatie bereikt, wat betekent dat er genoeg data is verzameld volgens de ‘grounded theory’ (14).

Ten tweede is de onderzoeker onervaren met het afnemen van interviews. Er zou sprake kunnen zijn van een researcher bias, waarbij mogelijk gestuurd zou worden naar bepaalde uitkomsten tijdens de interviews of het analyseren van de data (27). Dit is zo veel mogelijk voorkomen door het opstellen van een interview guide en het blind laten coderen van een transcript door een peer-reviewer. Daarnaast is er tijdens de laatste periode van het onderzoek constante feedback gevraagd van een peer-reviewer.  
Bovendien was de interviewer bekend met de revalidanten waarvan de participanten mantelzorgers waren, wat zou kunnen zorgen voor rolverwarringen. Dit is voorkomen door het opbouwen van een vertrouwensband met de participanten en het duidelijk scheiden van het onderzoek en de behandeling van de revalidanten. Bovendien zorgde een vertrouwensband tussen onderzoeker en participanten voor een milieu waarin de participanten eerlijk durfden te antwoorden.   
Daarnaast is door de onderzoeker geen member-check uitgevoerd.

Dit onderzoek was in opdracht van het geriatrisch Revalidatiecentrum Eemsdelta te Delfzijl. Op deze locatie heeft het onderzoek ook plaatsgevonden. Dit zou kunnen betekenen dat de resultaten niet te generaliseren zijn naar de gehele revalidatiesetting. Aan de andere kant is de participantengroep heel divers kijkend naar de relatie tot de revalidant, de leeftijd en het geslacht. In die zin zou de groep participanten representatief zijn voor mantelzorgers in de geriatrische revalidatie (28).

# **Aanbevelingen**

Op basis van dit onderzoek kunnen er aanbevelingen geformuleerd worden richting het werkveld en voor vervolgonderzoeken.

## **Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Ten eerste komen uit dit onderzoek een aantal ervaringen en behoeftes rondom het elektronisch cliënten dossier naar voren. Hiernaar is tot op heden nog weinig onderzoek gedaan, daarom wordt geadviseerd om een vervolgonderzoek te doen naar de gebruiksvriendelijkheid, ervaringen en behoeftes rondom het inzien van het elektronisch cliënten dossier door mantelzorgers.

Ten tweede wordt vervolgonderzoek naar de validiteit van de Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s) geadviseerd (22). In 2019 is de Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s) onderzocht en beoordeeld op het meten van de psychologische houding van mantelzorgers om een actieve, vaardige en gemotiveerde deelnemer te zijn in het zorgproces. De CHE-s is een instrument die gebaseerd is op opvattingen en perspectieven van mantelzorgers over de ervaring om betrokken te zijn bij de revalidatie van een naaste. Dit meetinstrument is volgens het onderzoek van meerwaarde voor het beoordelen van het niveau van betrekking en om op die manier passende ondersteunende en educatieve interventies aan te bieden. Dit meetinstrument is tot op heden nog weinig onderzocht, maar kan van grote meerwaarde zijn in het meten van het betrekkingsniveau van de mantelzorgers en het aan de hand daarvan personaliseren van de aangeboden interventies.  
De Caregiving Strain Index (CSI) is het tweede meetinstrument waarbij wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de betrouwbaarheid en validiteit bij mantelzorgers van ADL-afhankelijke CVA-revalidanten (24).

Bovendien worden meeloopdagen al standaard aangeboden bij meerdere revalidatiecentra (17,18,29). Op deze manier krijgen mantelzorgers een beeld van de dagindeling en het functioneren van de CVA-revalidanten en kunnen diverse vragen beantwoord worden. Daarnaast is dit een manier om de vaardigheden aan te leren waar mantelzorgers behoefte aan hebben, zoals de resultaten uit dit onderzoek weergeven. Daarom luidt het advies om vervolgonderzoek te doen naar de invulling van deze meeloopdagen specifiek voor mantelzorgers van CVA-revalidanten.

Daarnaast wordt geadviseerd om het onderzoek groter weg te zetten onder meer participanten en/of meerdere revalidatie centra in de regio om het nog generaliseerbaarder te maken.   
Ook wordt vervolgonderzoek naar de behoeftes en belemmeringen onder behandelaren en/of medewerkers geadviseerd. De uitkomsten hiervan zouden nog meer inzicht kunnen bieden in het vormgeven van de betrekking van mantelzorgers bij de revalidatie.

Als laatste wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar de voorkeuren en behoeftes rondom de vormgeving van de informatieverstrekking aan de mantelzorgers van de CVA-revalidanten.

## **Aanbevelingen voor in de praktijk**

Ten eerste wordt geadviseerd om meeloopdagen te organiseren om mantelzorgers de kans te geven om betrokken te worden bij de revalidatie en inzicht te krijgen in de dag invulling van CVA-revalidanten. Dit zou bijvoorbeeld aangeboden kunnen worden tijdens het intakegesprek van de CVA-revalidanten waar de mantelzorgers in de meeste gevallen bij aanwezig zijn. Tijdens deze meeloopdagen kunnen mantelzorgers de kans krijgen om vragen te stellen, een beeld te krijgen van het verblijf en eventuele vaardigheden opdoen. Daarnaast kunnen mantelzorgers meelopen met disciplines die betrokken zijn bij de CVA-revalidanten. Bovendien kan op deze dag besloten worden of er behoefte en/of mogelijkheid is om meer afspraken te maken voor eventuele betrekking bij de zorg en andere betrokken disciplines.

Ten tweede wordt het vergroten van het aantal contact momenten tussen mantelzorgers en de behandelaren van de CVA-revalidanten geadviseerd op basis van de behoefte die uit dit onderzoek blijkt. Hierbij wordt zowel op direct, ofwel fysiek geduid als op contact via het elektronisch cliënten dossier en telefonisch. Op deze manier blijven de mantelzorgers beter op de hoogte van de vooruitgang en welke zaken ze mogelijk nog moeten regelen.

Daarnaast wordt het verstrekken van meer informatie over het ziektebeeld passend bij een CVA aan mantelzorgers van CVA-revalidanten geadviseerd. Daaronder valt onder andere welke lichamelijke en geestelijke beperkingen verwacht kunnen worden of vaak voorkomend zijn en wat hierin de mogelijkheden zijn tot verbetering. Bovendien wordt het aanreiken van informatie omtrent de mogelijkheden die er liggen voor de mantelzorgers tijdens de revalidatie geadviseerd. Uit de resultaten blijkt dat er meer gebruik mag worden gemaakt van het elektronisch cliënten dossier voor het verstrekken van informatie. Daarnaast zijn er diverse folders van de hersenstichting beschikbaar die aan de mantelzorgers verstrekt zouden kunnen worden (30).

Een laatste aanbeveling voor de praktijk is het aanwijzen van een vast contactpersoon, dit vergemakkelijkt de communicatie tussen de mantelzorgers en behandelaren van de CVA-revalidanten. Bovendien wordt de communicatie hierdoor laagdrempeliger.

# **Conclusie**

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is: wat zijn de ervaringen en behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten omtrent de betrekking bij de klinische revalidatie? Dit onderzoek toont aan dat de mantelzorgers van CVA-revalidanten die participeerden aan dit onderzoek ervaren dat er te weinig contactmomenten zijn en het vinden van de juiste persoon voor vragen moeilijk is. Daarnaast wordt er weinig informatie gegeven over het ziektebeeld van een CVA, de prognose van de revalidanten, en de mogelijkheden voor de mantelzorgers tijdens de revalidatie. Bovendien ervaren de mantelzorgers dat ze weinig tot niet betrokken worden bij de revalidatie van de CVA-revalidanten. De behoefte naar betrekking bij de revalidatie van de CVA-revalidanten is situatieafhankelijk en persoonsafhankelijk. De helft van de mantelzorgers wil graag betrokken worden om de omgang en vaardigheden te leren, inzicht te krijgen in de behandeling en het functioneren van de CVA-revalidanten en zelfstandig te kunnen oefenen met de CVA-revalidanten. De andere helft van de mantelzorgers wil niet betrokken worden wegens tijdsdruk of het niet inzien van de meerwaarde hiervan. De revalidatieperiode van de revalidanten waarvan de participanten mantelzorgers zijn, is tussen de drie en negen weken in een klinische setting bij een geriatrisch revalidatiecentrum. Op basis van deze resultaten wordt geadviseerd om de communicatie en informatieverstrekking te verbeteren, bijvoorbeeld door het aanwijzen van een vast contactpersoon en meeloopdagen voor mantelzorgers aan te bieden. Tijdens deze meeloopdagen kunnen de mantelzorgers kennis en vaardigheden opdoen en kunnen er vervolgafspraken gemaakt worden met de betrokken behandelaren van de CVA-revalidanten. Daarnaast zijn er aanbevelingen voor vervolgonderzoeken naar de validiteit van de Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s) en de Caregiving Strain Index (CSI). Bovendien zijn er adviezen voor vervolgonderzoek naar de ervaringen en behoeftes van mantelzorgers rondom het elektronisch cliënten dossier, de vormgeving van de informatieverstrekking, een grotere onderzoekspopulatie, de ervaringen en behoeftes van behandelaren en medewerkers en de invulling van meeloopdagen specifiek voor mantelzorgers van CVA-revalidanten.

# **Referenties**

1. Ranglijsten Doodsoorzaken [Internet]. Volksgezondheid en Zorg; 2021 [geciteerd 1 maart 2022]. Beschikbaar op: https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/ranglijsten/doodsoorzaken/leeftijd

2. Koop Y, Wimmers RH, Vaartjes I, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2021 [Internet]. Hartstichting; 2021 [geciteerd 22 februari 2022]. Beschikbaar op: https://www.hartstichting.nl/getmedia/06fb9c92-a1f7-4135-a635-ff73680bfaa6/cijferboek-hartstichting-hart-vaatziekten-nederland-2016.pdf

3. Veerbeek JM, van Wegen EEH, van Peppen RPS, Hendriks HJM, Rietberg MB, van der Wees ph. J, e.a. KNGF-richtlijn beroerte. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2017.

4. N.B. Feiten en cijfers OLVG [Internet]. Betere zorg voor CVA patiënten. 2020 [geciteerd 22 februari 2022]. Beschikbaar op: https://www.olvg.nl/ext/feitenencijfers/cva.html

5. Ramos-Lima M, Brasileiro I, Lima T, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. Clinics [Internet]. 10 oktober 2018 [geciteerd 30 maart 2022];73. Beschikbaar op: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6152181/?report=classic

6. Schindel D, Schneider A, Grittner U, Jöbges M, Schenk L. Quality of life after stroke rehabilitation discharge: a 12-month longitudinal study. Disabil Rehabil. 31 juli 2021;43(16):2332–41.

7. Mantelzorg [Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek. 2016 [geciteerd 1 maart 2022]. Beschikbaar op: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/45/een-op-zeven-mantelzorgers-vindt-zichzelf-zwaarbelast/mantelzorg#:%7E:text=Iemand%20is%20mantelzorger%20als%20de,ziek%2C%20hulpbehoevend%20of%20gehandicapt%20is

8. Kokorelias KM, Lu FKT, Santos JR, Xu Y, Leung R, Cameron JI. “Caregiving is a full‐time job” impacting stroke caregivers’ health and well‐being: A qualitative meta‐synthesis. Health Soc Care Community. maart 2020;28(2):325–40.

9. Luker J, Murray C, Lynch E, Bernhardsson S, Shannon M, Bernhardt J. Carers’ Experiences, Needs, and Preferences During Inpatient Stroke Rehabilitation: A Systematic Review of Qualitative Studies. Arch Phys Med Rehabil. september 2017;98(9):1852-1862.e13.

10. Zawawi NSM, Aziz NA, Fisher R, Ahmad K, Walker MF. The Unmet Needs of Stroke Survivors and Stroke Caregivers: A Systematic Narrative Review. J Stroke Cerebrovasc Dis. augustus 2020;29(8):104875.

11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 16 september 2007;19(6):349–57.

12. Miles J, Gilbert P, redacteuren. A handbook of research methods for clinical and health psychology. New York: Oxford University Press; 2005. 315 p.

13. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH [Internet]. 2022 [geciteerd 23 mei 2022]. Beschikbaar op: https://atlasti.com/

14. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 5. paperback print. New Brunswick: Aldine Transaction; 2010. 271 p.

15. Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998. 312 p.

16. Sutter-Leve R, Passint E, Ness D, Rindflesch A. The Caregiver Experience After Stroke in a COVID-19 Environment: A Qualitative Study in Inpatient Rehabilitation. J Neurol Phys Ther. januari 2021;45(1):14–20.

17. Bolt A. Mantelzorgers en professionals bundelen krachten [Internet]. Mantelzorgers en professionals bundelen krachten. 2015. Beschikbaar op: https://revalidatiemagazine.nl/artikelen/mantelzorgers-en-professionals-bundelen-krachten/

18. N.B. Mantelzorgondersteuning [Internet]. Mantelzorgondersteuning. N.B. Beschikbaar op: https://www.zorgspectrum.nl/zorg-en-behandeling-voor-uw-patient/zorg-en-behandeling-bij-patient-thuis/mantelzorgondersteuning

19. Lobo EH, Abdelrazek M, Grundy J, Kensing F, Livingston PM, Rasmussen LJ, e.a. Caregiver Engagement in Stroke Care: Opportunities and Challenges in Australia and Denmark. Front Public Health. 26 november 2021;9:758808.

20. Haley WE, Marino VR, Sheehan OC, Rhodes JD, Kissela B, Roth DL. Stroke Survivor and Family Caregiver Reports of Caregiver Engagement in Stroke Care. Rehabil Nurs. november 2019;44(6):302–10.

21. Gbiri CA, Olawale OA, Isaac SO. Stroke management: Informal caregivers’ burdens and strians of caring for stroke survivors. Ann Phys Rehabil Med. april 2015;58(2):98–103.

22. Barello S, Castiglioni C, Bonanomi A, Graffigna G. The Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s): development and initial validation of a new questionnaire for measuring family caregiver engagement in healthcare. BMC Public Health. december 2019;19(1):1562.

23. Pliatsika KA, Sakellari E, Kafkia T, Krepia V, Sapountzi-Krepia D. Informal carers’ experiences and feelings during rehabilitation. Br J Nurs. 27 juni 2019;28(12):792–7.

24. Pont W, Groeneveld I, Arwert H, Meesters J, Mishre RR, Vliet Vlieland T, e.a. Caregiver burden after stroke: changes over time? Disabil Rehabil. 30 januari 2020;42(3):360–7.

25. Kristensson L, Björkdahl A. Experience of Information Provision at the Stroke Unit From the Perspective of Relatives to Stroke Survivors. Rehabil Process Outcome. januari 2020;9:117957272094708.

26. Jette AM, Delany C, Lundberg M. The Value of Qualitative Research in Physical Therapy. Phys Ther. 1 juli 2019;99(7):819–20.

27. Pannucci CJ, Wilkins EG. Identifying and Avoiding Bias in Research: Plast Reconstr Surg. augustus 2010;126(2):619–25.

28. Eysink PED, Snijders BEP, Hulshof T, Limburg W. Participatie mantelzorg [Internet]. Participatie mantelzorg. 2022 [geciteerd 31 mei 2022]. Beschikbaar op: https://www.vzinfo.nl/participatie/mantelzorg

29. Levering G, Hendrickx M. Hersenletsel Congres [Internet]. 2018. Beschikbaar op: https://www.hersenletselcongres.nl/wp-content/uploads/A9-Marjon-Hendrickx-en-Gonda-Levering-05-11-18.pdf

30. N.B. Folders en brochures Hersenstichting [Internet]. Folders en brochures. [geciteerd 31 mei 2022]. Beschikbaar op: https://www.hersenstichting.nl/webwinkel/

# **Bijlage 1: Informatiebrief onderzoek betrekking mantelzorgers klinische CVA-revalidatie**

Delfzijl, maart 2022  
  
Geachte heer/mevrouw,

Met deze informatiebrief wil ik u vragen of u wilt meedoen aan een wetenschappelijk onderzoek. U leest hierna om wat voor onderzoek het gaat en wat het voor u betekent. Wilt u de informatie doorlezen, en beslissen of u wilt meedoen?

## **Waar gaat het onderzoek over?**

Een CVA heeft naast een grote invloed op de revalidant, ook een grote invloed op de mantelzorger(s). Uit recente onderzoeken blijkt dat er meer onderzoek nodig is naar de behoeftes en ervaringen van mantelzorgers van CVA-revalidanten. Vanuit het Revalidatiecentrum Eemsdelta is ook vraag naar inzicht in de behoeftes en ervaringen van mantelzorgers van CVA-revalidanten. Daarom heb ik de opdracht gekregen hier onderzoek naar te doen tijdens mijn afstudeeronderzoek. Het onderzoek waaraan u deelneemt betreft een behoeftepeiling van mantelzorgers van CVA-revalidanten en de betrekking bij de klinische revalidatie. Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen op dit moment en wat de behoeftes zijn van mantelzorgers van CVA-revalidanten. Het betreft de klinische revalidatie, daarmee wordt de revalidatie in een revalidatiecentrum bedoeld waarbij de revalidant ook overnacht.

U wordt voor dit onderzoek gevraagd omdat u een mantelzorger bent van een CVA-revalidant in het Revalidatiecentrum.

## **Wat betekent dit voor u?**

Als u meedoet zal u eenmalig uitgenodigd worden voor een interview. Het interview zal rond de 30 minuten in beslag nemen. Tijdens het interview worden verscheidene vragen gesteld over het bovengenoemde onderwerp. De interviews zullen fysiek plaatsvinden rond bezoekuren in het Revalidatiecentrum en met uw toestemming worden opgenomen (geluidsmateriaal). Bij het interview zijn alleen u en de onderzoeker aanwezig.

De interviews zullen anoniem worden verwerkt, dat houdt in dat uit de verzamelde informatie niet achterhaald kan worden om wie het gaat. Na het analyseren van de interviews zullen de opnames worden verwijderd. De vertrouwelijke gegevens worden niet langer dan strikt noodzakelijk bewaard, dit betekent dat de gegevens na het afronden van het onderzoek zullen worden verwijderd.

U kunt op ieder moment beslissen om te stoppen met het onderzoek.

## **Voor- en nadelen voor u**

Voordelen

* U helpt mee aan het krijgen van inzicht in de ervaringen en behoeftes van mantelzorgers van CVA-revalidanten in de klinische revalidatie

Nadelen

* Het interview neemt een halfuur van uw tijd in beslag

## **Vergoeding**

Voor dit onderzoek ontvangt u geen vergoeding.

## **Vragen**

Indien u nog vragen heeft over het onderzoek, kunt u deze stellen aan Loes Wedda, de onderzoeker. Te bereiken via: m.d.wedda@st.hanze.nl

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Loes Wedda

# **Bijlage 2: Toestemmingsformulier onderzoek betrekking mantelzorgers klinische CVA-revalidatie**

Door dit formulier te ondertekenen, geeft u te kennen dat:

* U akkoord gaat met bovenstaande verwerking van de gegevens.
* U op de hoogte bent van het feit dat de informatie die u geeft vertrouwelijk is en zal blijven.
* U de informatiebrief zorgvuldig heeft doorgenomen.

Ook na ondertekening behoudt u het recht om, zonder opgave van reden, tijdens het onderzoek alsnog af te zien van uw medewerking.

Hopende op uw medewerking aan dit onderzoek,

Met vriendelijke groet,

Loes Wedda

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | *Met het ondertekenen van dit formulier geef ik aan voldoende op de hoogte te zijn gebracht over het onderzoek en de wijze van verwerking van informatie en stem ik toe vrijwillig te participeren in het onderzoek*  Naam proefpersoon …………………………………………….  Datum                                                                               Handtekening  …………………                                                                     …………………………….    *Met het ondertekenen van dit formulier verklaar ik de participant volledig geïnformeerd te hebben over het genoemde onderzoek. Indien er zaken aan de orde komen die de toestemming van de participant kan beïnvloeden, laat ik dit de participant op tijd weten.*  Naam onderzoeker …………………………………………….  Datum                                                                               Handtekening  …………………                                                                     …………………………… | |

# **Bijlage 3: Interview guide: Onderzoek behoefte mantelzorgers betrekking klinische CVA-revalidatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Topic | **Vragen** |
| Demografische gegevens | * Leeftijd, geslacht, start revalidatie, relatie tot revalidant, type CVA |
| Rol van mantelzorger | * Als u aan mantelzorg denkt, waar denkt u dan aan?   *Voorbeelden van taken*   * Was u voordat de revalidant een CVA kreeg al mantelzorger? |
| Verwachtingen | * Wat was/is uw verwachting van de betrekking als mantelzorger bij de revalidatie? * Hoe verwacht u dat de mantelzorg gaat zijn na het ontslag?   *Fysiek, emotioneel* |
| Huidige beleving | * Wat is uw ervaring met de betrekking bij de revalidatie als mantelzorger?   *Informatie, contact disciplines, interventies*   * Wat is uw ervaring met het zijn van mantelzorger?   *Fysiek, emotioneel* |
| Voorkeuren omtrent betrekking | * Wat zijn uw behoeftes wat betreft betrekking bij de revalidatie als mantelzorger?   *Kunt u voorbeelden noemen hiervan?*  *Wat is goed, wat kan beter*  *Informatie, contact disciplines, interventies* |
| Toekomst | * Hoe kijkt u naar het ontslag na de revalidatie bij het revalidatiecentrum? |
| Eigen inbreng | * Heeft u nog vragen of onderwerpen die u wilt aandragen? |

# **Bijlage 4: Codeboek**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code | Categorie | Thema |
| ● Verwachting meer overleg | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Verbeteren samenwerking | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Vaker samenkomen | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Vaker contact over stand van zaken | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Prettig contact telefoon | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Prettig contact mail | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Periode tussen contact te lang | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Open bespreken | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Missen van direct aanspreekpunt | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Ingelicht willen worden | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Eerder een gesprek gewild | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Eerder contact zorg gewild | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Eerder contact gewild over mogelijkheden | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Direct duidelijkheid | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Communicatie verbeteren | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Communicatie over behandelplan | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Behoefte aan meer communicatie over stand van zaken | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Behoefte aan meer communicatie | Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Zelf dingen moeten aangeven | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Wordt weinig verteld | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Weinig respons bij vraag | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Weinig contact | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Verwachting meer overleg | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Verkeerd gecommuniceerd | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Verantwoordelijkheid revalidatiecentrum | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Soms lastige communicatie | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Prettig contact telefoon | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Prettig contact mail | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Open bespreken | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Onduidelijke communicatie | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Niet prettig behandeld bij vragen | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Niet gevraagd mening | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Missen van direct aanspreekpunt | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Met niemand contact | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Gevoel van chaos | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Eerder een gesprek gewild | Ervaring met communicatie Behoefte aan communicatie | Communicatie |
| ● Contact zorg prima | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Contact zorg eerst lastig | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Assertief moeten zijn met communicatie | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Alleen verpleegkundige zien | Ervaring met communicatie | Communicatie |
| ● Weten wat realistisch is | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Weten bij wie zijn voor informatie | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Verwachting proces | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Uitleg waarom dingen gebeuren | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niet alles willen weten | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Meer informatie behandelplan | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Kennis ziektebeeld | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Instructies ontvangen handelingen | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Informatie vooruitgang | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Informatiebeeld aandoening | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Graag uitleg willen | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Geen oordeel | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Geen behoefte inzien rapportages | Rapportages Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Geen behoefte advies | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Duidelijkheid over behandelplan | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Duidelijk beeld krijgen | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Direct aanreiken informatie | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Behoeftes informatie persoonsafhankelijk | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Behoefte informatie zorg | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Behoefte informatie visie | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Behoefte aan informatie huidige situatie en vervolg | Behoefte informatieverstrekking | Informatie |
| ● Zelf achter gekomen | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Vragen over wat mogelijk is | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Vragen over hygiëne | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Vragen over de zorg | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Vraagtekens bij zorg | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Vraagtekens bij hygiëne | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Voldoende informatie door rapportages | Rapportages Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Voldoende informatie | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Onduidelijkheid over zorg | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Onduidelijkheid over betrekking | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niks ontvangen over mantelzorg | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niks aangereikt hier | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niet weten wie benaderen | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niet weten wat te verwachten | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niet weten wat mogelijk is | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niet weten wat er verwacht wordt van mantelzorger | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niet weten inzien rapportages | Rapportages Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Niet serieus genomen voelen | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Lastig rapportages inzien 2 contactpersonen | Rapportages Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Laksheid in niet aanreiken informatie | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Keuzes behandelaren onduidelijk | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Internet voor informatie verkrijgen | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Informatie neuroloog | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Informatiebehandeling via revalidant | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Informatie alleen door rapportages | Rapportages Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● informatie aandoening door ziekenhuis | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Genoeg informatie | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Geen rapportages medicatie | Rapportages Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Geen beeld van vervolg | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Geen beeld van revalidatie | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Assertief moeten zijn | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Afwachtend met vragen | Ervaring met informatieverstrekking | Informatie |
| ● Zorgen over de zorg | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Zichzelf wegcijferen | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Zichzelf de schuld geven | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Zichzelf aanrekenen | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Verdriet | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Verantwoordelijkheidsgevoel | Emotionele belasting Omschrijving inhoud mantelzorg | Belasting mantelzorger |
| ● Veel tegelijk | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Te weinig tijd voor betrekking | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Spannend | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Schuldgevoel | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Rust ervaren | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Reizen neemt tijd in beslag | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Reizen kost energie | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Onderling verdelen mantelzorg | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Nieuwe situatie komt op je af | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Moeten plannen | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Moeite met wat er gebeurd is | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Lastig om toe te kijken | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Laat maar | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Kijkt op tegen weer alleen laten | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Invloed op eigen leven | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Hoge belasting mantelzorger | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Heftig | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Genoeg aan het hoofd hebben | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Frustratie | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Emotioneel zwaar | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Emotioneel dragelijk | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Eigen leven invloed | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Continu mee bezig | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Bordje is vol | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Betrekking overal anders | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Belasting nu hoger | Emotionele belastingLichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Belasting na ontslag zwaarder | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Begin emotioneel zwaar | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Assertief zijn | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Acceptatie | Emotionele belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Aanpassingen in eigen planning | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Aanpassen | Emotionele belasting Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Lichamelijk te doen | Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Lichamelijk niet zwaar | Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Begin helpen bij wc | Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Afspraken | Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Af en toe helpen | Lichamelijke belasting | Belasting mantelzorger |
| ● Zorgen voor ouders | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Waar nodig helpen | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Veel verschillende taken | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Veel valt onder mantelzorg | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Veel dingen moeten regelen | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Opgevoed om zorg te dragen voor elkaar | Omschrijving inhoud mantelzorg Verantwoordelijkheidsgevoel | Definiëring mantelzorg |
| ● Naastenliefde | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Meehelpen | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Mantelzorg is persoonsafhankelijk | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Mantelzorg is je plicht | Omschrijving inhoud mantelzorg Verantwoordelijkheidsgevoel | Definiëring mantelzorg |
| ● Huishouden onderhouden | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Helpen in totaliteit | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Geen definitie nodig | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Doen wat je kunt | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Begrip mantelzorg zwaar | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Begrip mantelzorg | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Alles doen waar hulp nodig is | Omschrijving inhoud mantelzorg | Definiëring mantelzorg |
| ● Verantwoording voelen voor initiatief tonen | Verantwoordelijkheidsgevoel | Definiëring mantelzorg |
| ● Uit respect mantelzorg | Verantwoordelijkheidsgevoel | Definiëring mantelzorg |
| ● Mantelzorg ouders logisch | Verantwoordelijkheidsgevoel | Definiëring mantelzorg |
| ● Mantelzorg moeder verdient ze | Verantwoordelijkheidsgevoel | Definiëring mantelzorg |
| ● Gevoel van verantwoordelijkheid | Verantwoordelijkheidsgevoel | Definiëring mantelzorg |
| ● Rapportages niet hoeven inzien | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Rapportages inzien niet verstandig | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Niet per se alles hoeven weten | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Indien cognitief goed geen betrekking | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Geen oordeel hebben als leek | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Geen behoefte betrekking | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Geen behoefte aan advies | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Betrekking zou emotioneel moeilijk zijn | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Alleen betrekking indien nodig geacht | Geen behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Zelf zorgdragen | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Zelf vaardigheden leren | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Zelf bezig kunnen | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Willen zien wat er gebeurt | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Willen lezen wat er gebeurt | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Willen helpen met zorg | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Weten wat revalidant kan | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Weten wat goede manier van handelen is | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Welwillend voor samenwerking | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Welwillend voor betrekking | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Voorbereiding op thuiskomst | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Vaardigheden leren | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Uitnodigen voor meekijken therapie | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Therapie willen zien | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Overal betrokken willen worden | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Omgang leren | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Meelopen met zorg | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Meelopen fysiotherapie | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Mantelzorger kent revalidant het best | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Leren waarop te letten | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Laten zien hoe het werkt | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Interesse in therapie | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Interesse in medicatie | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Interesse | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Handelingen die op thuiskomst voorbereiden | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Eerder betrokken worden bij therapie | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Bereid te helpen | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Beeld hebben bij therapie | Wel behoefte betrekking revalidatie | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Onduidelijkheid over manier betrekking logopedie | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Nog steeds geen beeld betrekking bij revalidatie | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Niet verteld wat te verwachten van mantelzorger | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Niet gevraagd om betrekking | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Niet betrokken | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Niet aangeboden om te helpen | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Goed ervaren | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Gevoel van twijfel | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Gemoedelijk voor mantelzorger | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Geen zeggenschap gehad | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Geen betrekking bij informatie medicatie | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Geen beeld van betrekking | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Geen beeld betrekking | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Behandelaren niet echt spreken | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Alleen betrekking telefonisch | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Alleen betrekking revalidant rapportages | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| ● Alleen beeld van bezoek bij revalidant | Ervaring betrekking behandelaren | Behoefte betrekking revalidatie |
| *Kleuren: elk thema wordt aangeduid door middel van één kleur.* | | |