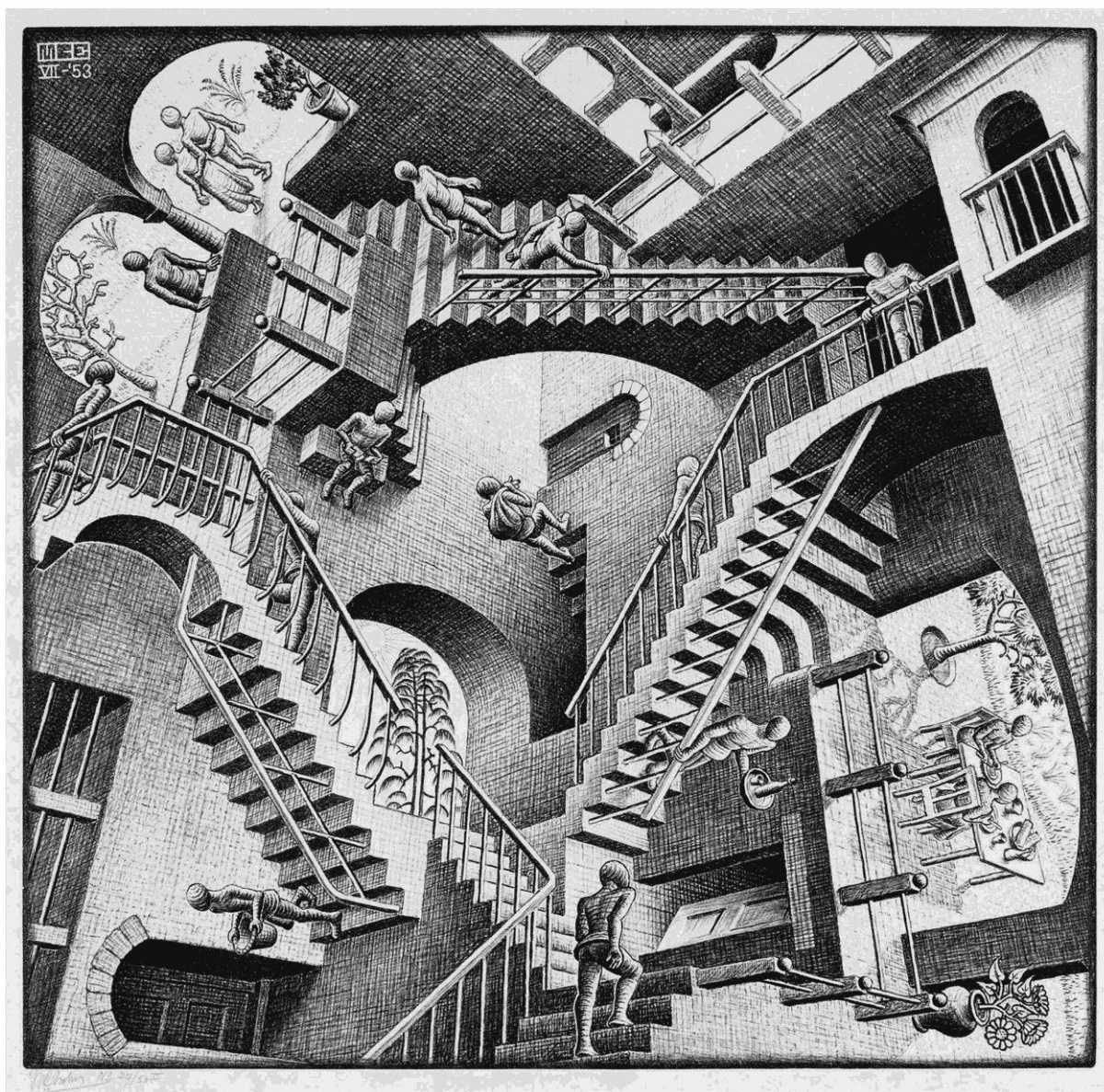


Als de drempel te hoog lijkt

Een kwalitatief onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de terugkeer naar huis van de geriatrische revalidatie patiënt van 80 jaar en ouder.

Onderzoeksrapport



Auteur:	M. Rijk
Begeleider:	S. Breuër
Eerste beoordelaar:	E. van der Heijden
Opdrachtgever:	M. Saija; Stichting Voor Regionale Zorgverlening
Instelling:	HZ University of Applied Sciences
Datum:	07 mei 2018
Versie:	1.0

Afbeelding voorblad: M.C. Escher: 'Relativity' (Escher, 1953)

De afbeelding visualiseert hoe men ogenschijnlijk in dezelfde richting kan gaan, maar toch in een andere wereld en andere richting blijkt te bewegen. Het belang van het kunnen hebben van contact, van communicatie en het samenbrengen, samenvoegen van belangen en belanghebbenden is en blijft één van de grootste uitdagingen waar de zorgsector, met alle beperkingen en verplichtingen uit wetgeving en bezuinigingen, in de huidige tijd voor staat. De grafische weergave toont tegelijkertijd de complexiteit van het leven en het relatieve ervan.

«It is impossible for the inhabitants of different worlds to walk or sit or stand on the same floor, because they have differing conceptions of what is horizontal and what is vertical. Yet they may well share the use of the same staircase. On the top staircase illustrated here, two people are moving side by side and in the same direction, and yet one of them is going downstairs and the other upstairs. Contact between them is out of the question because they live in different worlds and therefore can have no knowledge of each other's existence.»

— M.C. Escher, M.C. Escher: The Graphic Work —

Niets uit deze scriptie mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, digitaal of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HZ University of Applied Sciences, SVRZ en de auteur.

Als de drempel te hoog lijkt

Een kwalitatief onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de terugkeer naar huis van de geriatrische revalidatie patiënt van 80 jaar en ouder.

Onderzoeksrapport

Auteur: M. Rijk
Studentnummer: 69605

Instelling: HZ University of Applied Sciences
Plaats: Vlissingen
Opleiding: Social Work
Begeleider: S. Breuër
Eerste beoordelaar: E. van der Heijden

Opdrachtgever: Stichting Voor Regionale Zorgverlening (SVRZ)
Locatie: Ter Valcke
Louise de Colignylaan 2
4461 SP Goes
Mentor: M. Saija

Datum: 07 mei 2018
Uitgifte: Goes
Versienummer: 1.0

Samenvatting

De afdeling voor geriatrische revalidatie van SVRZ, locatie Ter Valcke Goes, constateert een afnemende effectiviteit van de inzet ten aanzien van terugkeer naar de thuissituatie van patiënten vanaf 80 jaar. De door wetgeving en bezuinigingen, beperkte tijd en middelen blijken in toenemende mate te weinig om een revalidatietraject succesvol af te sluiten. Recidive, patiënten die terugkeren voor revalidatie, is het gevolg en legt extra druk op de beschikbaarheid van plaatsen op de afdeling. Om de effectiviteit van de inspanningen te vergroten, wil SVRZ beter inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren in het revalidatieproces. Met het ontstane inzicht kan SVRZ dan gerichter een revalidatieprogramma samenstellen en dit uitvoeren. Daarvoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: “Welke interventies kan maatschappelijk werk SVRZ locatie Ter Valcke in Goes, inzetten om in te spelen op factoren van invloed bij patiënten van 80 jaar en ouder, vanuit de geriatrische revalidatie afdeling, met betrekking tot het doel ‘terugkeer naar de thuissituatie’?”

Door middel van kwalitatieve interviews, gehouden met zowel patiënten als maatschappelijk werkers, zijn de behoeften en mogelijkheden tijdens het traject in kaart gebracht. Gebleken is dat niet een standaardprocedure, maar juist persoonlijke en omgevingsfactoren het eindresultaat van de revalidatie positief beïnvloeden. De inzichten die de resultaten hebben opgeleverd na analyse hebben geleid tot de aanbevelingen op gebied van verbetering van de samenwerking en informatievoorziening, betrekken van familie en omgeving van de patiënt in het traject en een advies voor praktische ondersteuning bij de veelvoorkomende auditieve en visuele problematiek. De aanbevelingen zijn uitgewerkt tot concrete handvatten.

Abstract

The department for geriatric rehabilitation of SVRZ, location Ter Valcke Goes, notes a decline in effectiveness of the effort they put into the rehabilitation process of patients with age 80+, towards their successful return to home. The limited time and resources due to legislation and budget are reason recidivism, patients who return for rehabilitation, is happening more frequently and this puts large pressure on the availability of beds at the department. To increase the effectiveness of the efforts, SVRZ would like to understand the stimulating and obstructing factors in the rehabilitation process better. With the resulting insight it is possible to optimize the process of the individual patient, improve the effectiveness and reduce recidivism. Therefore, the main research question has been: "What social work interventions in Ter Valcke Goes, focussing on factors of positive influence for patients of 80+ years, at the geriatric rehabilitation department, with regard to the goal 'return to the home situation'?"

Through qualitative interviews, held with both patients and social workers, are the needs and opportunities towards successful rehabilitation identified. It has been found that it's not a standard procedure, but rather personal and environmental factors that have a positive influence on the final outcome of the rehabilitation. The insights have led to recommendations in the field of better cooperation and information supply, involvement of family and environment of the patient in the process and any advice for practical support towards the auditory and visual problems. The recommendations are developed into implemental steps.

Woord vooraf

Voor u ligt het verslag van mijn afstudeeronderzoek, welke de afsluiting vormt van de Hbo-opleiding Social Work aan de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen, uitgevoerd voor en bij SVRZ te Goes. Met dit onderzoek krijgt SVRZ inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot het doel 'terug naar de thuissituatie', bij patiënten van 80 jaar en ouder, vanuit de geriatrische revalidatie afdeling SVRZ locatie Ter Valcke in Goes. Met de aanbevelingen uit het onderzoek hoop ik een bijdrage te leveren teneinde een kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen op dit gebied.

Zonder hulp van een aantal mensen had ik niet zover kunnen komen als waar ik nu ben. Daarom wil ik deze gelegenheid gebruiken een aantal mensen in het bijzonder noemen en bedanken. Allereerst de respondenten die deel hebben genomen aan het onderzoek. Zonder hen waren de resultaten nooit tot stand gekomen. Daarnaast bedank ik de praktijkbegeleiders, voor het meedenken en het geven van feedback. De docent en onderzoeksbegeleider verdient mijn dank voor de ondersteuning tijdens het onderzoeksproces. En niet te vergeten: Simon, bedankt voor het gezond houden van mijn computer.

Mijn dank gaat boven alles uit naar mijn familie en kinderen voor hun eindeloze geduld en morele steun, wanneer ik stress had en het even niet meer zag zitten waren ze er voor mij nog meer dan anders. Mijn kleindochter Farah: jouw eindeloze zonnestralen.....wanneer alles donker leek, maakte jij het weer licht.

Tot slot bedank ik uiteraard zorgorganisatie SVRZ voor de geboden mogelijkheden, waaronder het volgen van deze studie. Ik ben trots het eindresultaat hierbij te kunnen leveren.

Veel leer- en leesplezier bij het doornemen van dit rapport!

Monique Rijk
Goes, mei 2018

Afkortingen- en Begrippenlijst

ADL	Algemene dagelijkse verrichtingen
ADRZ	Admiraal de Ruyter Ziekenhuis
Algemene dagelijkse verrichtingen	Handelingen in het dagelijks leven. Bijvoorbeeld eten en drinken, wassen en kleden enz.
Auditief	Gehoor
Belastbaarheid	De mate waarin iemand last kan dragen
Casemanager	Coördinator van zorg rondom een patiënt
Cerebrovasculair accident	Beroerte
Chronisch	Langdurig
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
Cognitieve functies	Het vermogen om kennis op te nemen en verwerken
Comorbiditeit	Meerdere ziekten die verband houden met een (chronische) ziekte bijvoorbeeld dementie en incontinentie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease; verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem
Coping stijl	Wijze waarop iemand met problemen of stress omgaat
CVA	Cerebro Vasculair Accident; beroerte
DBC	Diagnose-Behandelcombinatie
Delier	Plotselinge psychische verwardheid ten gevolge van een lichamelijk oorzaak
Draagkracht/draaglast	De energie en mate waarin iemand in staat is lasten te dragen
Electieve therapie	Een behandeling die uit voorzorg wordt gegeven, bijvoorbeeld behandeling bij kanker of geplande operatie
Formele zorg	Betaalde professionele zorg
Fractuur	Geheel of gedeeltelijke botbreuk

Geriatricie	Medisch specialisme voor ouderen
Geriatrische revalidatie	Kortdurende, multidisciplinaire revalidatiezorg voor kwetsbare patiënten na een ziekenhuisopname
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GRZ	Geriatrische Revalidatiezorg
Infarct	Gebrek aan bloedtoevoer en zuurstof waardoor weefsel beschadigd wordt
Informele zorg	Niet-professionele zorg door mantelzorg of vrijwilligers
Instrumentele steun	Concrete steun bij dagelijkse zaken
Long stay somatiek	Permanente zorg en behandeling op lichamelijk gebied
Maculadegeneratie	Oogziekte waarbij het gezichtsvermogen langzaam achteruitgaat
Mantelzorg	Langdurige onbetaalde zorg geboden door naasten
MDO	Multidisciplinair overleg
Multidisciplinair	Samenwerking tussen meerdere personen vanuit verschillende (aanvullende) vakgebieden
Multimorbiditeit	Meerdere aandoeningen tegelijk aanwezig bijvoorbeeld diabetes mellitus en reuma
Neurologie	Behandeling van ziekten van hersenen, ruggenmerg, zenuwen en spieren
Orthopedie	Behandelingen van stoornissen aan botten, spieren en gewrichten
Paramedicus (mv. paramedici)	Iemand die medische handelingen doet maar geen arts is
Psychogeriatricie	Geneeskunde op het gebied van aandoeningen gepaard gaande met beperkingen van de geestelijke vermogens op hogere leeftijd
Psychosociaal	Omtrent gevoelens en gedachten
Recalcitrant	Opstandig
Sandwichgeneratie	Mensen die zowel ouders als kinderen en kleinkinderen hebben

SO	Specialist Ouderengeneeskunde
Sociaal netwerk	Kring van mensen om iemand heen die hulp bieden en elkaar kennen
SVRZ	Stichting Voor Regionale Zorgverlening
Transferverpleegkundige	Verpleegkundige die opnames en ontslagen regelt in het ziekenhuis
Trauma	Lichamelijk of psychisch letsel
Triagering	Het dynamische proces van bepalen van de juiste zorg op het juiste moment
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zelfregie	Zelfredzaamheid en eigen kracht om richting te geven aan het leven
Zorgbehoefte	De hoeveelheid zorg die een patiënt nodig heeft
Zorgproduct	Het geheel aan zorgactiviteiten die een patiënt krijgt
Zorgzwaarte	De mate waarin een patiënt zorg nodig heeft
Zorgzwaartepakket/zorgindicatie	Type zorg en verblijf wat de patiënt nodig heeft, en recht geeft op zorg en verblijf
ZZP	Zorgzwaartepakket

Inhoud

1 Inleiding	1
2 Theoretisch kader	4
2.1 Levensfase ouderen van 80 tot 100 jaar.	5
2.2 Geriatrische revalidatie	8
2.2.1 Diagnose behandel combinatie	8
2.2.2 Zorginhoud	8
2.2.3 Herkomst patiënten	9
2.2.4 Ontslagbestemming	9
2.3 De rol van maatschappelijk werk	9
2.4 Uitgangspunten voor het onderzoek	10
3 Methode	11
3.1 Onderzoeksstrategie	12
3.2 Dataverzamelmethode	12
3.3 Onderzoekseenheden en respondenten.....	13
3.4 Soort steekproef.....	13
3.5 Dataverzameling.....	13
3.6 Dataregistratie en -analyse	14
3.7 Betrouwbaarheid en validiteit.....	14
3.8 Bruikbaarheid	15
4 Resultaten.....	16
4.1 Beschrijving verloop veldwerk	17
4.2 Resultaten respondentgroep 1: Patiënten geriatrische revalidatie.....	17
4.2.1 Demografische gegevens.....	17
4.2.2 Mantelzorg	18
4.2.3 Geriatrische revalidatie	18
4.3 Respondentgroep 2: Maatschappelijk werkers SVRZ.....	20
4.3.1 Algemeen.....	20
4.3.2 Rol en taken maatschappelijk werk.....	20
4.3.3 Informatie	21
4.3.4 Factoren van invloed	21
4.3.5 Sociale netwerk	22
4.3.6 Zelfredzaamheid en regie.....	22
4.3.7 Werkdruk.....	22
5 Discussie	23
5.1 Geriatrische revalidatie patiënten.....	24
5.2 Maatschappelijk werkers	27

6 Conclusies & aanbevelingen.....	30
6.1 Beantwoording van de deelvragen	31
6.2 Beantwoording van de centrale vraag	33
6.3 Algemene conclusie en uitgangspunt aanbevelingen.....	33
6.4 Praktische aanbevelingen.....	34
6.4.1 Interdisciplinaire samenwerking	34
6.4.2 Participatie stakeholders	34
6.4.3 Informatievastlegging & informatiedeling	34
6.4.4 Vervolgonderzoek	35
7 Evaluatie	36
7.1 Evaluatie van het onderzoeksproces.....	37
7.2 Evaluatie van het onderzoeksresultaat	37
7.3 Bespreking van het eigen onderzoeksgedrag.....	37
Bibliografie	39
Bijlage 1. Feedbackverslag opdrachtgever	42
Bijlage 2. Transcriptie patiënt.....	43
Bijlage 3. Transcriptie maatschappelijk werker.....	53
Bijlage 4. Taakfunctieomschrijving maatschappelijk werk SVRZ.....	64
Bijlage 5. Verdere verloop van de respondentengroep patiënten	67
Bijlage 6. Triageformulier geriatrische revalidatie	68

1 Inleiding



Stichting Voor Regionale Zorgverlening (hierna: SVRZ) verleent in Zeeland zorg aan kwetsbare ouderen, die als gevolg van lichamelijke klachten of geheugenproblemen, voor korte of langere tijd zorg en ondersteuning nodig hebben. De zorg wordt geboden vanuit kleinschalige voorzieningen, zorgcentra, specialistische centra, seniorenklinieken en als thuiszorg (SVRZ, 2017).

SVRZ Ter Valcke, centrum voor zorg en revalidatie in Goes heeft 34 plaatsen voor in totaal drie categorieën revalidatie; orthopedie, neurologie en algemeen. Op de afdelingen waar geriatrische revalidatie geboden wordt heerst een zogeheten therapeutisch klimaat, waarin de patiënt, buitenom therapietijden, telkens wordt gestimuleerd om zelf dát te oefenen wat nodig is om weer zelfstandig thuis te kunnen wonen. Het betreft multidisciplinaire zorg waarin het ziekenhuis, het verpleeghuis, en diverse paramedici zoals de logopedist, ergotherapeut, fysiotherapeut, psycholoog en maatschappelijk werker met elkaar samenwerken. De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor het revalidatie-traject.

Zelfstandig wonende ouderen worden voor geriatrische revalidatie zorg opgenomen vanuit het ziekenhuis. Deze zorg wordt een diagnose-behandelcombinatie (DBC) zorgproduct genoemd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Dit product omvat multidisciplinaire zorg na bijvoorbeeld een beroerte, een operatie, botbreuk, of bij functionele achteruitgang. Deze oudere patiënten hebben daarnaast bijna altijd ook andere chronische aandoeningen. Tot 2013 was geriatrische revalidatiezorg een voorziening die onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) viel. Sinds 2013 valt deze zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zorginstituut Nederland, 2017). De DBC-systematiek is een gevolg van marktwerking in de zorg en heeft indirect gevolgen voor de patiënt (Bolt, 2013). De geriatrische revalidatiezorg is kortdurend (maximaal 120 dagen). Als de behandeling eerder ten einde komt wordt het DBC-traject eerder afgesloten. Het is gericht op herstel van patiënten die medisch slechts matig stabiel zijn en gematigd belastbaar, maar die toch enigszins gemotiveerd en goed te trainen zijn voor revalidatie. Het doel, mede door financiële en politieke druk ingegeven, is dat de patiënt bij voorkeur zo snel mogelijk teruggaat naar de oude woonsituatie. Sinds 2012 zijn door bezuinigingen de meeste verzorgingshuizen verdwenen (Maat, Xanten, & With, 2015). Gedachte achter de bezuinigingsoperatie is dat ouderen middels thuis- en mantelzorg langer thuis kunnen wonen. Voor veel patiënten is de revalidatiebehandeling positief. Er is echter een groep ouderen die hun doel, terugkeer naar de thuissituatie, niet bereikt door een (al aanwezige) kwetsbare thuissituatie, bijvoorbeeld vanwege zelfverwaarlozing of eenzaamheid en depressie, beginnende dementie of een sociaal zwakke positie. Tevens is er bij patiënten van 80 jaar en ouder sprake van kwetsbaarheid door verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk. Er is sprake van complexe comorbiditeit en multimorbiditeit vaak door de aanwezigheid van ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps. Dit leidt mede tot het verlies van welbevinden waardoor de effecten van de geriatrische revalidatie anders kunnen zijn dan verwacht (Rooij, 2007). Deze groep ouderen kan vaak zelf onvoldoende regie over hun leven voeren en heeft onvoldoende mantelzorg. Daarnaast is er een beperkt sociaal netwerk en soms hebben ze te weinig financiële middelen (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014). De gevolgen zijn ingewikkeld en belastend voor zowel patiënt, omgeving als hulpverlening. De zorgzwaarte van de patiënt is soms niet hoog genoeg voor een indicatie voor langdurig verblijf in een verpleeghuis. De patiënt wordt dan ontslagen met inzet van veel thuiszorg. Indien er wel een indicatie is zijn er lange wachtlijsten voor de langdurige zorg. Bij patiënten die naar huis gaan lijkt daardoor steeds vaker een draaideur-effect te ontstaan, omdat patiënten niet meer helemaal op het oude niveau terugkomen en thuis sneller weer ontregelen. De stress die dit met zich meebrengt beïnvloedt het herstel en kwaliteit van leven.

In het beperkte aantal beschikbare plaatsen op de afdelingen voor geriatrische revalidatie veroorzaakt dit draaideureffect stagnatie, omdat de trajecten niet succesvol worden afgesloten. De tijd die een patiënt op de afdeling kan en mag verblijven blijkt nu vaak niet voldoende om succesvolle terugkeer te kunnen bereiken en de terugloop van het aantal verzorgingshuizen draagt ook bij aan de te lage doorstroom van patiënten. De effectiviteit, van de inspanningen die door maatschappelijk werkers worden geleverd, neemt door de stagnatie af, wat een ongewenste situatie vormt. De druk

op de maatschappelijk werkers, die ontstaat door het tekort aan beschikbare plaatsen veroorzaakt dat men ook vaak niet toekomt aan de psychosociale ondersteuning, omdat de nadruk op de fysieke revalidatie komt te liggen, terwijl het mentale aspect belangrijk is voor de mate waarin men zelfredzaam is (Campen, 2013). Vanuit de ‘verzakelijking’ van het maatschappelijk werk (Loon & Noordegraaf, 2014) is het vergroten van de effectiviteit van het proces van revalidatie dan ook meer dan wenselijk, zodat het aantal terugvallen wordt verminderd, patiënten succesvol naar huis terug kunnen keren en er plaats is voor nieuwe patiënten.

De doelstelling van dit onderzoek is SVRZ inzicht bieden in de bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot het doel ‘terug naar de thuissituatie’, bij patiënten van 80 jaar en ouder, vanuit de geriatrie revalidatie afdeling SVRZ locatie Ter Valcke in Goes. Op basis van dit inzicht kan ingezet worden op interventies die de terugkeer naar huis van de geriatrie revalidatie patiënt bevorderen, teneinde een kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen op dit gebied.

De centrale vraag en deelvragen die hiertoe zijn opgesteld zijn:

“Welke interventies kan maatschappelijk werk SVRZ locatie Ter Valcke in Goes, inzetten om in te spelen op factoren van invloed bij patiënten van 80 jaar en ouder, vanuit de geriatrie revalidatie afdeling, met betrekking tot het doel ‘terugkeer naar de thuissituatie’?”

1. *Welke aspecten uit de levensfase van patiënten van 80 jaar en ouder zijn van belang bij de terugkeer naar huis?*
2. *Welke andere factoren zijn er, die bevorderend of belemmerend zijn voor het behalen van het doel van het revalidatietraject bij geriatrie revalidatie patiënten van 80-plus?*
3. *Welke ondersteuningsbehoeftes hebben patiënten van 80-plus tijdens de geriatrie revalidatie met betrekking tot terugkeer naar de thuissituatie?*
4. *Welke interventies biedt maatschappelijk werk SVRZ locatie Ter Valcke tijdens geriatrie revalidatie bij patiënten van 80-plus?*
5. *Welke mogelijkheden kan maatschappelijk werk SVRZ locatie Ter Valcke aanbieden ten aanzien van de geriatrie revalidatie bij patiënten van 80-plus?*

De inzichten uit het onderzoek bieden maatschappelijk werkers de mogelijkheid om beter toe te werken naar terugkeer naar de thuissituatie van patiënten en hun kwaliteit van leven te bevorderen. Dat is relevant voor alle maatschappelijk werkers bij SVRZ en kan leiden tot lagere kosten bij zowel SVRZ als zorgverzekeraars. Het zal de in- uit- en doorstroom van patiënten kunnen verbeteren en de beoogde resultaten van de geriatrie revalidatie stimuleren, waaronder de kwaliteit van zorg. Vanuit de deskundigheid kan meegedacht worden aan verbeteringen ten behoeve van de zorg en ondersteuning aan patiënten. Tot slot draagt het bij aan de centrale waarde in de Beroepscode voor maatschappelijk werkers: ‘De maatschappelijk werker bevordert het tot zijn recht komen van de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving. De maatschappelijk werker draagt actief bij aan een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid van de cliënt’ (NVMW, 2017).

In het tweede hoofdstuk is aan de hand van een literatuurstudie in kaart gebracht welke factoren een mogelijke rol spelen. Deze vormden de input voor de gehouden interviews, waarvoor de methode in hoofdstuk 3 en de resultaten in hoofdstuk 4 zijn beschreven. Hoofdstuk 5, discussie, is gericht op de interpretatie van de uitkomsten. Het laatste hoofdstuk bevat de daaruit volgende conclusie en de aanbevelingen.

2 Theoretisch kader



In dit hoofdstuk zijn de kernbegrippen van het onderzoek verder uitgewerkt. Dit is gedaan door middel van literatuurstudie, om zo te komen tot uitgangspunten voor het te houden praktijk onderzoek. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de levensfase van de doelgroep. Om inzicht te krijgen in de fysieke en mentale kenmerken en deze te kunnen vertalen ten behoeve van het onderzoek. Daarna komt de geriatrische revalidatie aan bod, met daarin de rol van maatschappelijk werk. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de uitgangspunten van het onderzoek.

2.1 Levensfase ouderen van 80 tot 100 jaar.

De categorie ouderen van 80-plus is geboren tot het jaar 1937. Kijkend naar de gebeurtenissen vanaf dat jaar kun je stellen dat deze mensen ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt, welke invloed hebben op hun leven. Het begin van de tweede wereldoorlog was in 1939. Op 10 mei 1940 vielen de Duitsers Nederland binnen. Na de oorlog kwam de tijd van de wederopbouw. Er waren grote verliezen te verwerken. Verlies van huis en haard, persoonlijke verliezen en economische instabiliteit teisterden het land. Met de wederopbouw kwamen betere tijden waar iedereen van kon profiteren. De werkgelegenheid nam toe en onder Drees werd de verzorgingsstaat ingevoerd (Kersbergen, 2016).

De rol van de vrouw was vooral gericht op het meestal grote gezin en de man zorgde voor het inkomen. Je trouwde voor het leven, echtscheidingen waren toen een zeldzaamheid. De vrouwen waren veelal laagopgeleid of hadden zelfs geen scholing doorlopen. De waarden en normen van de gemeenschap waarvan men deel uitmaakte bepaalde de richting die men moest gaan. Invloed van familiebanden en kerk versterkten dat, bij het nemen van zijwegen dreigde uitsluiting en isolatie van de samenleving wat de situatie kwetsbaar maakte. Men werd niet geacht zelf beslissingen te nemen, in tegenstelling tot wat nu wel verwacht wordt. Ieder mens is uniek. Wat ons tot mensen maakt is de interactie van de hersenen met onze omgeving (Swaab, 2016).

De levensfasen van de mens, van geboorte tot overlijden, worden aangegeven met leeftijd en bepaalde kenmerken. De grenzen worden vrij ruim aangegeven omdat deze moeilijk vast te leggen zijn. Elk mens maakt op zijn eigen unieke manier ontwikkelingen door. Erikson (1977) categoriseerde 8 levensfasen. Tot de laatste categorie behoren de ouderen waarbij als leeftijd vanaf 50 jaar wordt aangegeven, late volwassenheid tot de dood. Bij iedere levensfase wordt de bijbehorende identiteitsproblematiek beschreven en de conflicten die daarbij horen namelijk zelfvertrouwen tegenover wanhoop en walging. Hiermee bedoelde Erikson dat de oudere mens zich in deze fase afvraagt of zijn leven wel of geen zin heeft gehad wanneer hij daarop terugkijkt. Kernbegrip hierbij is ego-integriteit wat Erikson (1977) als taak ziet in de laatste levensfase. Met het begrip wordt bedoeld dat de oudere mens de balans opmaakt van zijn leven. Positieve en negatieve gebeurtenissen worden overdacht en mogelijk verwerkt om deze een plaats te geven. Hiermee kan een zekere mate van berusting ontstaan. Dit is een uniek proces, ieder maakt immers verschillende dingen mee in het leven. Naarmate de mens ouder wordt neemt de kans toe dat er intense gebeurtenissen tijdens de ouderdom plaatsvinden zoals ziekte, het verlies van de partner, eigen kinderen of kleinkinderen. Dit heeft invloed op het proces van verwerking en aanvaarding. Tegenover ego-integriteit staat wanhoop. Gemiste kansen, niet benutte mogelijkheden in het doorlopen leven kunnen leiden tot spijtgevoelens en verbittering. Het gemis van kinderen, verloren relaties en liefdes, dingen die belangrijk gevonden worden maar niet hebben kunnen plaatsvinden of zijn gedaan zoals studeren of werk.

Volgens Feldman begint de ouderdom op 60 jaar en duurt deze tot overlijden (Feldman, 2014). Aan deze levensfase koppelt hij een aantal uiterlijke en fysieke kenmerken die bij de ouderdom horen. Vanaf 80 jaar neemt de kans op cognitieve achteruitgang sneller toe. Feldman stelt echter dat door actief te blijven cognitieve vaardigheden en vermogens op niveau gehouden kunnen worden en leren het hele leven lang mogelijk blijft. De leeftijdsgrens van 60 jaar wordt ook door Levinson (1986) gehanteerd. Hij benadrukt dat ouderen een strijd met zichzelf voeren over de gewaarwording van het oud zijn, een fase in het leven waarbij steeds meer ingeleverd wordt zoals op maatschappelijk, en

fysiek gebied. Volgens Levinson vinden mensen na het doormaken van dit proces een zekere mate van berusting en zelfrespect. Overeenkomstig is dat mensen in de ouderdomsfase terugblikken op hun leven en daarover nadenken.

Na het interpreteren van de literatuur is geen algemene en eenduidige definitie te geven voor de levensfase van ouderen van 80-plus. Hieruit blijkt dat ouderdom voortdurend in beweging is en beïnvloed wordt door diverse factoren. Liefbroer & Dijkstra (2000) beschrijven de levenslopen van Nederlanders die in de twintigste eeuw volwassen zijn geworden vanuit het licht van maatschappelijke ontwikkelingen. Daarin wordt gepleit voor een herziening van de indeling van levensfasen. De levensfasen worden globaal ingedeeld in vier categorieën waarbij mensen van 80 jaar en ouder in de vierde levensfase worden ingedeeld. In dit onderzoek wordt als terminologie voor de levensfase van 80 jaar en ouder 'de vierde levensfase' aangehouden.

Mensen worden steeds ouder en maken langer deel uit van het arbeidsproces. Dat maakt dat er een verlenging ontstaat van de derde levensfase. Over het algemeen heeft deze categorie een goede gezondheid. De vierde levensfase kenmerkt zich door toename van fysieke achteruitgang met gezondheidsproblemen en verliezen op meerdere gebieden door interne en externe factoren (RIVM, 2017). Interne factoren zijn persoonsgebonden, genetisch bepaald en/of tijdens de levensloop verkregen. Hiermee wordt bedoeld dat er een wisselwerking is tussen de genen, leefstijl en omgevingsfactoren. Bij ouderen van 80 jaar en ouder was roken tijdens hun leven niet ongewoon. Begin 20^e eeuw begon men bijvoorbeeld al op jonge leeftijd met roken en mannen rookten meer dan vrouwen (Janssen, 2016). Alcoholgebruik en lichaamsbeweging kunnen andere aspecten zijn die meespelen. Omgevingsfactoren zoals de fysieke en sociale omgeving, de kwaliteit van het buitenmilieu en eerdere werkomgeving kunnen leiden tot verstoringen op latere leeftijd.

Iedere oudere is anders. De verscheidenheid wordt door het NIVEL (Nederlands instituut voor gezondheidszorg) als volgt in verschillende profielen aangegeven; de zorg wensende oudere, de proactieve oudere, de afwachtende oudere en de machteloze oudere (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014). De zorg wensende en proactieve ouderen zijn mensen die over het geheel genomen zelfstandig hun leven kunnen inrichten waarbij ze zelf de eventuele zorg of ondersteuning kunnen regelen. Dit vormt de grootste groep. De laatst genoemde profielen van ouderen, de afwachtende oudere en de machteloze oudere, zijn weliswaar het kleinste percentage maar wel het meest kwetsbaar. Ze zijn zeer beperkt in hun zelfredzaamheid en minimaal in staat de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben zelf te regelen. Bij deze patiënten van 80 jaar en ouder sprake van kwetsbaarheid op meer gebieden door gelijktijdige afname van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk. Er is sprake van complexe comorbiditeit en multimorbiditeit, vaak door de aanwezigheid van ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps. Dit leidt mede tot het verlies van welbevinden, waarbij de oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de geriatrische revalidatie en behandeling van de afzonderlijke ziekten anders kunnen zijn dan verwacht (Rooij, 2007). Deze groep ouderen kan vaak zelf onvoldoende regie over hun leven voeren. Er is onvoldoende mantelzorg om hen te ondersteunen of de aanwezige mantelzorg is overbelast. Daarnaast is er kennelijk een beperkt sociaal netwerk. Ook hebben ze soms weinig financiële middelen (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014).

De mate van kwetsbaarheid speelt een prominente rol in de levensfase van de 80 plussers. Het begrip kwetsbaar heeft betrekking op het verband wat bestaat tussen het verouderingsproces en multimorbiditeit wat in relatie staat met de kwetsbaarheid van ouderen. Het begrip 'kwetsbaarheid' kent verschillende definities. Het is geen ziekte, maar een verzameling van risicofactoren. In de Angelsaksische literatuur wordt kwetsbaarheid aangegeven met het woord 'frailty' (Fried, Ferrucci, & Darer, 2004). Frailty heeft betrekking op specifieke onderdelen die verband hebben met verhoogde

risico's op functieverlies. Het staat niet gelijk aan ziektelast maar wordt wel in verband gebracht met veroudering, beperkingen in het functioneren, afhankelijkheid van zorg en multimorbiditeit (Ferrucci, 2004). Om kwaliteitsverbetering en doeltreffendheid in de zorg voor ouderen te bereiken is tijdig signaleren van deze kwetsbaarheid van essentieel belang voor een zo lang mogelijke zelfstandigheid en optimale kwaliteit van leven. Signalen als afname van lichaamsgewicht, mobiliteit en spierkracht, achteruitgang op cognitief gebied en stemming bij mensen met een hoge leeftijd kunnen over het hoofd gezien worden of gezien als horend bij deze levensfase. Het begrip 'kwetsbaarheid' of 'frailty' zal de komende jaren in de praktijk in toenemende mate een rol gaan spelen bij triagering van ziekenhuis naar elders van de patiënt (Peters, Boter, Slaets, & Buskens, 2013).

Met het ouder worden verandert ook het netwerk van de 80 plusser. Netwerken worden kleiner door overlijden van familie en vrienden. Ook wordt het door fysieke beperkingen moeilijker om sociaal actief te blijven en deel te nemen aan verenigingen of andere groepsactiviteiten. Netwerken zijn kwetsbaar, door veranderingen in omvang en samenstelling. Hoe ouder een mens wordt, hoe groter de kans dat men geconfronteerd wordt met het overlijden van geliefden zoals partner of familieleden en vrienden. Verloren relaties worden vaak niet meer aangevuld. Sociale relaties van mensen houden verband met het gevoel van welzijn, je gelukkig of goed voelen. Dit verschilt per geslacht en leeftijd, tussen hoog en laag opgeleiden (Pinquart & Sörensen, 2000). Pinquart en Sörensen (2000) hebben in hun onderzoek aangetoond dat ouderen voordeel hebben bij een sterk sociaal netwerk en hierdoor een hoger welzijn ervaren. Vooral de waarde van de beschikbare hulpbronnen via het sociale netwerk, zoals de mate waarin men kan rekenen op hulp van familie bij een probleem, is voor ouderen belangrijk voor hun welzijn (Martin & Westerhof, 2003).

Welzijn is een zekere mate van materieel en immateriële tevredenheid. In de literatuur wordt deze term in verschillende contexten gebruikt zoals in politiek, ontwikkelingssamenwerking en gezondheidszorg. De term primair welzijn heeft betrekking op de aspecten van gezondheid en kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven is een waardebepaling. Kwaliteit van leven is dus geen realiteit, geen status, maar een waarde die een persoon hecht aan een bepaalde situatie. Het is het ervaren van een mate van evenwichtigheid dat voor elk individu anders is en dat ook per persoon met de tijd kan veranderen (Bruyninckx & Mortelmans, 1999). Binnen het dagelijks leven heeft de term welzijn primair betrekking op verschillende dimensies waarbij lichamelijke en geestelijke gezondheid maar ook woonomgeving en het hebben van sociale contacten invloed hebben. Swaab benoemt de sociale inbedding een voorwaarde voor het kunnen doorstaan van stressvolle omstandigheden als verwondingen of ziekten (Swaab, 2016). Een positief gevoel van welzijn van de oudere draagt bij aan de functionele onafhankelijkheid en kwaliteit van leven. Wanneer het welzijnsaspect onvoldoende aanwezig is heeft dit invloed op de toename van de zorgvraag. Mantelzorgers hebben een belangrijk aandeel in het gezondheidsaspect van ouderen. Bij ouderen kan mantelzorg niet of in beperkte mate aanwezig zijn door overlijden van de partner (Groof & Elchardus, 2005). Het niet hebben van kinderen of het gegeven dat kinderen ver weg wonen speelt daarin ook een rol. Vrienden en naaste familieleden van ouderen van 80 jaar en ouder hebben vaak ook al een hoge leeftijd en zijn beperkt in ondersteuning die geboden kan worden. Zij behoren tot de sandwichgeneratie. Dat wil zeggen dat ze zorgen voor (klein)kinderen en zorgbehoevende ouders. Daarnaast maken ze vaak ook deel uit van het arbeidsproces. Indien er wel een partner aanwezig is bij de oudere bestaat het risico dat deze overbelast raakt door de zorgcomplexiteit. Draagkracht en draaglast moeten in balans zijn om de ondersteuning te kunnen blijven bieden die nodig is. Ondersteuning en signalering met betrekking tot overbelasting van de mantelzorg zijn belangrijke aspecten in de hulpverlening. Maatschappelijk werk vormt daarbij een belangrijke schakel. In de revalidatie wordt de maatschappelijk werker geconfronteerd met patiënten met ernstige trauma's en aandoeningen zoals een CVA (cerebrovasculair accident). Tijdens het revalidatieproces en daarna is het van essentieel belang de mantelzorgers erbij te betrekken. Wanneer mantelzorgers betrokken worden bij het revalidatieproces kan dit een positief effect hebben op de motivatie en het herstel van de patiënt. Daarbij is het belangrijk dat de mantelzorger voldoende ondersteund wordt.

Daarmee kan bereikt worden dat de mantelzorg bekend raakt met de oefeningen en behandelingen en na ontslag op een constructieve manier ondersteunend kan zijn in de thuissituatie (Keesom & Witteveen, 2012).

2.2 Geriatrische revalidatie

Geriatrisch omvat een specifieke zorg gericht op de patiënt met een hoge biologische leeftijd waarbij sprake is van meerdere chronische aandoeningen tegelijk. Dit kan zowel op geestelijk als fysiek gebied tot uiting komen (Schim van Loeff, 2012). Geriatrische patiënten van 80 jaar en ouder kunnen naast deze aandoeningen ook acute ziekteverschijnselen en trauma's vertonen, zoals bijvoorbeeld infecties van de luchtwegen, delier, hartfalen, bloedingen en infarcten in de hersenen. Het begrip geriatrische revalidatie wordt door verschillende instanties gedefinieerd en omschreven. Verenso, federatiepartner van de landelijke artsenfederatie KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) geeft de volgende omschrijving: *'Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang'* (Verenso, 2017).

2.2.1 Diagnose behandel combinatie

Deze zorg wordt ook wel een DBC-zorgproduct (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Dit product omvat vijf categorieën patiënten: beroerte of CVA (cerebro vasculair accident), trauma zoals bijvoorbeeld fracturen, electieve therapie (na een geplande operatie), amputaties en overige aandoeningen. Vaak worden deze aandoeningen gecategoriseerd als orthopedie, neurologie en overige. Dit veelal uit praktische overwegingen zodat mensen op vaste afdelingen geplaatst kunnen worden welke voorzien zijn van een gericht specialistisch verpleegkundig team. Hoewel geriatrische revalidatie vooral gericht is op ouderen, is het ook mogelijk dat jongere patiënten opgenomen worden. Indicatie daarvoor is dat deze jongeren het tempo niet bij kunnen houden van andere vormen van revalidatie door een chronische ziekte of een verstandelijke beperking.

Tot 2013 is geriatrische revalidatiezorg bekend als een voorziening die onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) viel. Sinds 2013 valt deze zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zorginstituut Nederland, 2017). De DBC-systematiek is een gevolg van marktwerking in de zorg.

2.2.2 Zorginhoud

De geriatrische revalidatiezorg is kortdurend (maximaal 120 dagen). Als de behandeling eerder ten einde komt, wordt het DBC-traject eerder afgesloten. Het is gericht op herstel van patiënten die medisch slechts matig stabiel zijn en gematigd belastbaar, maar die toch enigszins gemotiveerd en goed te trainen zijn voor revalidatie. Het doel is dat de patiënt bij voorkeur zo snel mogelijk teruggaat naar de oude woonsituatie. Dat is niet enkel het doel van de patiënt, het is ook een organisatiedoel, mede door financiële en politieke druk. Sinds 2012 zijn door bezuinigingen de meeste verzorgingshuizen verdwenen (Maat, Xanten, & With, 2015). De gedachte achter deze ingrijpende bezuinigingsoperatie is dat ouderen langer thuis kunnen wonen met hulp van familie en sociaal netwerk, en met ondersteuning van thuiszorg.

Deze multidisciplinaire zorg wordt uitgevoerd door een team van verschillende disciplines met specialismen op een bepaald gebied zoals een fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, psycholoog, geestelijk verzorger, diëtist en maatschappelijk werker. Dit team van specialisten werkt nauw met elkaar samen. De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor het revalidatietraject. Zelfstandig wonende ouderen worden voor revalidatie opgenomen vanuit het ziekenhuis voor geriatrische revalidatiezorg. Het Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg wordt gebruikt om in te schatten of een patiënt in aanmerking komt voor geriatrische revalidatie. Aan de hand van de gestelde diagnose wordt een patiënt profiel aangeduid. Daarnaast worden andere functies vermeld zoals belangrijkste gegevens met betrekking tot ziektegeschiedenis, motorische, communicatieve functies en ADL (Algemene dagelijkse verrichtingen), en cognitieve

functies. Ook worden middels het triage formulier persoonlijke gegevens, omgevingsfactoren zoals de woon-/leefsituatie, en contacten aangegeven (zie bijlage 6).

Hoe de situatie was op alle hierboven genoemde gebieden vóór de opname in het ziekenhuis worden ook vermeld. Al deze gegevens bij elkaar geven grotendeels een weergave van het beeld van de geriatrische revalidatie patiënt. Hierop wordt de multidisciplinaire behandeling afgestemd en kan een inschatting gemaakt worden van de belastbaarheid van de patiënt. De inzet van paramedici wordt afgestemd op de behandeldoelen en het functioneren van de patiënt. Het doel is altijd terugkeer naar de thuissituatie waar door middel van revalidatie naar toe gewerkt wordt.

2.2.3 Herkomst patiënten

De regel van geriatrische revalidatie zorg is dat de opname op de revalidatieafdeling moet aansluiten op een ziekenhuisopname. Het maximale aantal tussenliggende dagen mag niet meer omvatten dan één week. De triagering wordt beoordeeld door de specialist ouderengeneeskunde welke eindverantwoordelijk is. Indien de herkomst van de patiënt de thuissituatie is wordt de casus beoordeeld door de medisch specialist. Dit is een klein percentage waarbij opname noodzakelijk kan zijn in verband met acute achteruitgang door een chronische ziekte zoals COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Chronische Obstructieve Long Ziekte*). (Stichting Longfonds, 2017).

2.2.4 Ontslagbestemming

Het grootste gedeelte van de geriatrische revalidatie patiënten gaat met ontslag naar de thuisbestemming. Indien nodig zijn aanpassingen gedaan in de woning zoals bijvoorbeeld een traplift of beugels aan de muur, waarbij de ergotherapeut advies heeft gegeven na beoordeling ter plaatse. Van de patiënten die hun doel niet bereiken, namelijk terugkeer naar huis, wordt een deel opgenomen in een verpleeghuis op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz). Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) indiceert op basis van aangeleverde gegevens of de patiënt hiervoor in aanmerking komt (Centrum Indicatiestelling Zorg, 2017). Het gebeurt dat patiënten terug opgenomen worden in het ziekenhuis doordat bijvoorbeeld complicaties zijn opgetreden. Een deel van de patiënten overlijdt voor terugkeer naar huis kan worden gerealiseerd. De ouderdom, en daarmee kwetsbaarheid, maken dat dit onontkoombaar deel uitmaakt van de praktijk in de geriatrische revalidatie.

2.3 De rol van maatschappelijk werk

De missie van het maatschappelijk werk is kort gezegd: bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen, als mens en als burger. Maatschappelijk werkers streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën, naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen, en dat ze rekening houden met anderen met wie zij samenleven (BPSW, 2010).

Maatschappelijk werk is op vele terreinen actief, waarbij ieder terrein specifieke aandachtsgebieden heeft. De revalidatie maatschappelijk werker heeft een aantal kerntaken die in samenhang met elkaar in praktijk worden gebracht. Dit houdt in dat deze professional zich over het geheel richt op de interactie tussen het individu en zijn omgeving en de problematiek die daarbij komt kijken. Gezien in het perspectief van het aandachtsgebied revalidatie vraagt dat een grote mate van flexibiliteit en aanpassingsvermogen en snel kunnen schakelen in verschillende situaties. Revalidatie afdelingen hebben een dynamisch karakter. De in- en uitstroom van patiënten moet correct en snel geregeld worden om de opnameduur van de patiënt zo kort mogelijk te houden. Psychische, sociale en somatische problematiek kenmerken het revalidatieproces.

De doelstelling van het revalidatie maatschappelijk werk luidt: "Het revalidatie maatschappelijk werk zet zich op een professionele manier in om kinderen en volwassenen met een aandoening, ziekte en/of beperking zo volwaardig mogelijk te laten functioneren en sociaal te re-integreren in relatie met

hun sociale omgeving . Daarbij is voorwaarde dat de revalidant de regie over zijn bestaan (her)neemt.” (BPSW, 2010). Op het gebied van revalidatiezorg is de maatschappelijk werker de casemanager van de patiënt. Het proces wordt gestuurd in nauwe samenwerking met verschillende partijen. De transfer vanuit het ziekenhuis naar de revalidatieafdeling van een zorghuis wordt gecoördineerd door de maatschappelijk werker. In overleg met de specialist ouderengeneeskunde, de afdelingen, en het multidisciplinair team komt de zorg tot stand. Daarbij worden de mantelzorg(er) en andere naasten van de patiënt zoveel mogelijk betrokken. De taken van de maatschappelijk werker omvatten vier kerntaken; hulpverlening met praktische middelen, psychosociale middelen, informatieve en organisatorische middelen. De kerntaken zijn met elkaar verweven, gelijk de problematiek van de patiënten (Holstvoogd, 2006).

2.4 Uitgangspunten voor het onderzoek

Er is in de literatuur veel geschreven over factoren die van invloed kunnen zijn bij oudere patiënten. Tijdens het onderzoek ligt de focus op de geriatrische revalidatie patiënten van 80 jaar en ouder tot de grens van 100 jaar, en de maatschappelijk werkers van SVRZ locatie Ter Valcke in Goes. De argumentatie voor deze keuze wordt in het rapport uiteengezet. Onderzocht wordt hoe maatschappelijk werk kan inspelen op factoren van invloed bij deze categorie patiënten vanuit de geriatrische revalidatie afdeling, met betrekking tot het doel ‘terugkeer naar de thuissituatie’. Welke factoren zijn dat en wat betekent dat voor de respondenten? Heeft bijvoorbeeld de levensfase van 80 plussers invloed? In de literatuur wordt aangegeven dat er sprake is van een hoge mate van kwetsbaarheid. Bij de patiënten richt het onderzoek zich dan ook op de vraag hoe belangrijk het is daarop te anticiperen. Welke ondersteuningsbehoefte hebben de patiënten en hoe ziet de huidige ondersteuning eruit die door maatschappelijk werk wordt gegeven? Uit de literatuur ontstaat ook de vraag of het gevoel van welzijn van de patiënten van invloed is op de revalidatie. Hoe ervaren de patiënten kwaliteit van leven? Heeft dat relatie met het hebben van eigen regie? Opvallend is dat uit de literatuur blijkt dat er veel geschreven wordt over zelfredzaamheid en het stimuleren daarvan. Dat is noodzakelijk omdat ouderen worden geacht zolang mogelijk thuis te blijven wonen. Ook de rol van mantelzorg en het sociale netwerk kan het verschil maken. Vervolgens kan het zijn dat de groep patiënten en maatschappelijk werk de revalidatie en alles wat daarmee samenhangt verschillend ervaren. Dit onderzoek wijst daarom uit hoe de geriatrische revalidatie ervaren wordt door de patiënten en maatschappelijk werkers. Veroorzaakt het spanning of stress en hoe gaat men daar dan mee om, kan dit ook een factor van invloed zijn? Tevens komt uit de literatuur naar voren dat er verschillende wettelijke regels zijn. De geriatrische revalidatie op basis van DBC is een gevolg van bezuinigingen in de gezondheidszorg, samen met het sluiten van de verzorgingshuizen. Hoe bepalend zijn die voor deze patiënten en maatschappelijk werkers? Draagkracht en draaglast moeten in balans zijn om de ondersteuning te kunnen blijven bieden die nodig is. Ondersteuning en signalering met betrekking tot overbelasting van de mantelzorg zijn belangrijke aspecten in de hulpverlening. Maatschappelijk werk vormt daarbij een belangrijke schakel omdat deze bij alle fasen van de revalidatie betrokken is. Het is erg belangrijk voor de geriatrische revalidatie patiënt van 80 jaar en ouder, dat zij zich gesteund voelen door hun partner, familie of naasten. Dit zijn aspecten waaraan in het onderzoek aandacht is besteed.

3 Methode



In dit gedeelte van het onderzoeksvoorstel is de methode van dataverzameling beschreven. Het type onderzoek, het onderwerp en de onderzoekseenheden die gebruikt zijn. Daarna wordt beschreven hoe de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd is en hoe de validiteit, waarmee aangetoond kan worden dat het gekozen onderzoeksinstrument heeft gemeten wat het moet meten, is geborgd.

3.1 Onderzoeksstrategie

Het betreft hier een kwalitatief onderzoek. De onderzoeksvraag is een open vraag:

“Welke interventies kan maatschappelijk werk SVRZ locatie Ter Valcke in Goes, inzetten om in te spelen op factoren van invloed bij patiënten van 80 jaar en ouder, vanuit de geriatrische revalidatie afdeling, met betrekking tot het doel ‘terugkeer naar de thuissituatie’?”

Met vragen over de ervaring en ondersteuningsbehoeftes met betrekking tot geriatrische revalidatie, zowel vanuit het gezichtspunt van de desbetreffende patiënten van 80-plus als van de betrokken maatschappelijk werkers, leent het onderzoek zich goed voor een kwalitatieve benadering. Ook vragen over de achtergronden en de onderlinge samenhang van opvattingen van patiënten en maatschappelijk werkers en de overwegingen en argumentaties die zij hanteren passen bij deze kwalitatieve methode. Voor dit onderzoek is het belangrijk te weten welke ondersteuningsbehoeftes patiënten van 80-plus hebben tijdens de geriatrische revalidatie met betrekking tot terugkeer naar de thuissituatie. Daarnaast is het van belang te weten hoe de huidige ondersteuning is opgebouwd die de maatschappelijk werker biedt aan deze patiënten. In dit kwalitatief onderzoek zijn gegevens verzameld aan de hand van de onderzoeksvragen, het onderzoek vond plaats in de werkelijkheid namelijk op de revalidatieafdelingen. Het is kleinschalig en er is gebruik gemaakt van interviews. Zodra er voldoende gegevens verzameld waren, werden de gegevens gereduceerd tot labels en ingedeeld in categorieën. Afwisselend van elkaar zijn dataverzameling en data-analyse uitgevoerd. In de beginfase van het onderzoek lag de nadruk op het verzamelen van gegevens, terwijl naar het einde toe de nadruk steeds meer op het analyseren kwam te liggen (Baarda, 2014). De bevindingen van het onderzoek zijn teruggekoppeld naar de gevonden theorie en de onderzoeksresultaten. In dit onderzoek ging het erom dat ervaringen, bevindingen en gedachten in kaart werden gebracht (Bil, 2011).

3.2 Dataverzamelingsmethode

Er zijn verschillende methoden die gebruikt kunnen worden bij kwalitatief onderzoek voor dataverzameling. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, ook wel kwalitatieve of diepte-interviews genoemd. Met behulp van opgestelde algemene vragen is een algemeen interviewschema gebruikt waarbij het mogelijk was hier van af te wijken. De onderwerpenlijst en vragenlijst waren leidraad bij het gesprek. Het doel hiervan was nieuwe informatie verzamelen door gebruik te maken van afgebakende begrippen. De bevraging was open. Hier is voor gekozen omdat het voldoende ruimte bood om door te vragen, bijvoorbeeld wanneer door de respondent mogelijk interessante gegevens gedeeld werden. De beleving, behoeften en knelpunten van de respondenten waren belangrijk. Hiermee kwamen problemen in en van de situatie, en gebeurtenissen en belevingen die mogelijk spelen naar voren en deze waren van belang voor het onderzoek. Met open en gericht doorvragen kon beter een beeld gevormd worden en het bood mogelijkheden tot nieuwe inzichten. Daarmee droeg het bij aan het doel van dit kwalitatief onderzoek, namelijk meer en gedetailleerde informatie verkrijgen. Voor dit onderzoek is een kleine groep personen geïnterviewd. De interviews zijn individueel afgenomen. Hierdoor kon voorkomen worden dat sociaal wenselijke antwoorden gegeven werden door de respondenten. Daarnaast kon hiermee bereikt worden dat de respondent merendeels aan het woord was en dat de gedeelde informatie kon worden benut. Ook is het individueel afnemen van interviews ongecompliceerder wanneer er lastige en soms gevoelige onderwerpen ter sprake komen (Baarda, 2014). De interviews zijn mondeling afgenomen zodat er voldoende ruimte was voor flexibiliteit. Door de interactie tussen interviewer en respondent tijdens het interview ontstond een product. Voor een goed resultaat was een onderzoekende en motiverende rol van de interviewer van belang. Een goede relatie met de

respondent werd bereikt door een respectvolle benadering en in achtneming van de privacy. Om de respondent te motiveren tot het delen van gevoelens en meningen is vertrouwen in de onderzoeker gecreëerd.

3.3 Onderzoekseenheden en respondenten

Onderzoekseenheden zijn eenheden waarover je uitspraken gaat doen. In dit onderzoek bestonden deze uit twee groepen. De eerste groep respondenten betrof 9 patiënten die ten tijde van het onderzoek verbleven op de revalidatieafdeling van Ter Valcke in Goes. Er zijn respondenten met verschillende verblijfsduur bevraagd. Met deze diversiteit werd getracht generaliserende uitspraken met betrekking tot het onderzoeksresultaat te voorkomen. Mogelijk is hierdoor meer informatie verkregen over mogelijke verschillen die kunnen bestaan in bepaalde patronen, omstandigheden of situaties. Om de leeftijdscategorie af te bakenen is de groep geïnterviewde patiënten van 80 jaar en ouder begrensd tot en met de leeftijd van 100 jaar (Feldman, 2014). De tweede categorie bestond uit zes maatschappelijk werkers, welke in dienst zijn van de organisatie SVRZ, allen met dezelfde taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, welke passen bij de functie en van toepassing zijn in de uitvoering met betrekking tot de categorie geriatrische revalidatie patiënten (zie bijlage 4).

3.4 Soort steekproef

Er is gebruik gemaakt van een doelgerichte, selecte steekproef. Het is niet mogelijk om alle personen waarop het onderzoek zich richt te onderzoeken daarom is een selectie gemaakt. Patiënten en maatschappelijk werkers zijn geselecteerd en er is bewust gekozen om negen patiënten en zes maatschappelijk werkers te interviewen. De geriatrische patiënten waren allen 80 jaar of ouder tot en met de leeftijdsboven grens van 100 jaar, en bezig met een revalidatie traject. De maatschappelijk werkers werden, evenals de patiënten, geselecteerd op bepaalde kenmerken. Alle zes zijn ze betrokken bij de begeleiding van deze doelgroep patiënten, en alle maatschappelijk werkers hebben dezelfde functietaken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen de organisatie SVRZ.

3.5 Dataverzameling

Er zijn verschillende methoden voor dataverzameling bij kwalitatief onderzoek. Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van semigestructureerde interviews, ook wel diepte-interviews genoemd. Met behulp van een topiclijst is structuur aangebracht. Het interview bevatte algemeen geformuleerde vragen. Dit maakte dat de bevraging een open karakter had, waardoor het voor de interviewer de mogelijkheid bood om door te vragen. Voor deze manier is gekozen omdat de behoeften, knelpunten en gevoelens van de respondenten van belang waren in het onderzoek. Met de mogelijkheid om door te vragen werd de verkregen informatie volledig en voorzien van context. Om de respondenten zoveel mogelijk gelegenheid te bieden over situaties te praten en over zichzelf te spreken zijn de interviews afzonderlijk van elkaar afgenomen. Hiermee werd zoveel mogelijk voorkomen dat sociaal wenselijke antwoorden gegeven werden. Om ruimte te creëren flexibel op de respondenten en de situatie in te spelen werden de interviews mondeling afgenomen. Het bood ook de mogelijkheid om voor een comfortabele ruimte te kiezen. Het was belangrijk dat de respondent zich zoveel mogelijk op zijn gemak voelde tijdens het interview, om diepere gevoelens en meningen te kunnen achterhalen. Ook kon zo de non-verbale communicatie behulpzaam zijn om de antwoorden op de juiste manier te interpreteren en de goede verdiepvragen te stellen. Afhankelijk van de handicap of aandoening van de te interviewen patiënten konden communicatie barrières aanwezig zijn. Door een face-to-face interview was het mogelijk hierop te anticiperen. De relatie onderzoeker en respondent is belangrijk omdat er vertrouwen nodig is om persoonlijke gegevens te delen (Baarda, 2014). Vooraf aan het interview heeft de interviewer zich persoonlijk geïntroduceerd en de reden en het doel van het onderzoek uitgelegd. De privacy is gerespecteerd. Zonder toestemming van de geïnterviewde zijn en worden de gegevens uit het interview niet gedeeld met derden en enkel gebruikt voor dit afstudeeronderzoek.

3.6 Dataregistratie en -analyse

Voor de interviews is gebruik gemaakt van topiclijsten. De topics vormden vaste onderwerpen in het interview waarbij gebruik gemaakt werd van een open vorm van bevragen. De topics zijn in een logische volgorde gezet, maar tijdens het interview was het mogelijk daar flexibel mee om te gaan. Vooraf werden een aantal voorbeeldvragen gesteld ter voorbereiding zodat het ondersteunend kon zijn tijdens het interview. De interviews zijn opgenomen, met instemming van de geïnterviewde. De interviews vonden plaats op de kamer van de patiënt, en voor de interviews met de maatschappelijk werkers is een geschikte ruimte gebruikt. Tijdens het interview werden korte aantekeningen gemaakt. Aangegeven is dat de gegevens na afloop vernietigd zullen worden, waarmee de privacy is gewaarborgd (Bil, 2011). Om structuur aan te brengen zijn de opnames gemerkt door middel van datum notering van afname en is ieder interview afzonderlijk opgeslagen als geluidsbestand. Na het opnemen van de interviews zijn deze uitgewerkt tot een transcript. Omdat alle informatie van belang was voor het onderzoek is de keuze gemaakt voor de letterlijke manier van beschrijven. Daarmee was het ook beter mogelijk te achterhalen wat er gezegd is en de manier waarop. Niet relevante stukken tekst zijn verwijderd en namen zijn niet meegenomen in de uitwerking. Om de hoeveelheid informatie overzichtelijk te maken is er door open coderen een datareductie gedaan. Het uiteindelijke resultaat van het open coderingsproces was een overzichtelijke lijst van labels. Vervolgens zijn gelijke labels samengevoegd en zijn de labels samengebracht in een tabel om per topic goed overzicht te hebben van de relevante data.

3.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid is de mate waarin een meting onafhankelijk is van het toeval (Baarda, 2014) Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. De interviews zijn opgenomen waarmee de betrouwbaarheid gewaarborgd is, de geluidsopnames blijven daarom tijdelijk beschikbaar voor beluisteren. Aan de respondenten is voorafgaand aan het interview duidelijk gemaakt dat de opnamegegevens, na afronding van het onderzoek, zullen worden vernietigd. De gegevens zijn anoniem verwerkt en enkel gebruikt voor dit onderzoek. De persoonlijke contactgegevens werden afgeschermd bewaakt en zijn uitsluitend gebruikt door de onderzoeker ten behoeve van het onderzoek.

Om zoveel mogelijk onafhankelijke informatie te verkrijgen is de keuze gemaakt om de respondentgroep 'geriatrische revalidatie patiënten van 80 jaar en ouder', in te delen in vier categorieën. Met deze diversiteit werd getracht generaliserende uitspraken met betrekking tot het onderzoeksresultaat te voorkomen. Alle respondenten zijn afzonderlijk van elkaar geïnterviewd. Daarmee kon wederzijdse beïnvloeding voorkomen worden. Het afnemen van het interview was een momentopname waarbij de gemoedstoestand van de respondent op dat moment een rol kon spelen in de antwoorden die gegeven werden. Mogelijke invloed op de dataverzameling is het feit dat het kwalitatieve onderzoek plaats vond in het eigen vakgebied, hierdoor ontstond het risico dat de objectiviteit in het onderzoek onvoldoende kon worden geborgd. Bij het afnemen van de interviews met de respondenten was een neutrale rol van de onderzoeker daarom belangrijk. Door openheid en sensitiviteit voor de respondent, het bewustzijn van eigen gedachten en gevoelens, en het parkeren van de eigen oordelen ontstond er een sociale ruimte waarbinnen kennis en ervaringen geuit konden worden. Hiermee werd aandacht besteed aan reflexiviteit, wat inhoudt dat de onderzoeker niet alleen gegevens verzamelde over het onderzoeksobject, maar ook aandacht besteedde aan de invloed die voorlopige hypothesen en/of de eigen aanwezigheid kunnen hebben op de dataverzameling en de analyse. Regelmatig zijn de eigen opvattingen, gedachten en conclusies voorgelegd aan een onafhankelijke derde om de objectiviteit te borgen.

Validiteit heeft te maken met de mate waarin het onderzoek vrij is van systemische fouten zoals bijvoorbeeld sociaal wenselijke antwoorden. Is echt gemeten wat bedoeld was te meten? Er zijn verschillende vormen van validiteit. Bij dit kwalitatief onderzoek is gebruik gemaakt van

semigestructureerde interviews. De externe validiteit van het interview werd ondersteund doordat voldoende respondenten werden bevraagd, welke op een willekeurige manier zijn geselecteerd. De verhouding, negen patiënten ten opzichte van zes maatschappelijk werkers, is tot stand gekomen door in achtname van de diversiteit van de kenmerken met betrekking tot het revalidatieproces van de patiënten. De namen stonden vooraf niet vast, de respondenten werden anoniem geselecteerd. Dit vergrootte de mogelijkheid op een representatieve steekproef. Tevens vergrootte het de kans de resultaten te kunnen generaliseren en door te trekken naar andere respondenten in gelijkwaardige situaties. Door externe validiteit werd de kans groter dat de onderzoeksresultaten ook zullen gelden voor andere geriatrische patiënten van 80 jaar en ouder. Interne validiteit werd verhoogd door gebruik te maken van begrippen uit wetenschappelijke literatuur. De patiënten zijn op de eigen kamer geïnterviewd, wat de ecologische validiteit heeft geborgd. Het in een vertrouwde omgeving interviewen kan meer informatie opleveren ten behoeve van het onderzoek omdat respondenten zich beter op hun gemak voelen. Bij de maatschappelijk werkers zijn de interviews in een gereserveerde ruimte op locatie afgenomen.

3.8 Bruikbaarheid

Het onderzoek kan bijdragen aan kennis over dit onderwerp door te komen tot aanbevelingen voor mogelijke interventies. Deze kunnen ingezet worden om terugkeer van de geriatrische revalidatie patiënt naar huis te bevorderen, of omstandigheden die invloed hebben op de revalidatie en mogelijke terugkeer naar huis te beïnvloeden, teneinde een kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen op dit gebied. Het resultaat van het onderzoek bestaat uit een inventarisatie van mogelijke factoren van invloed met aanbevelingen voor het maatschappelijk werk van SVRZ in de vorm van een onderzoeksrapport. Of hier een handvat, richtlijn of werkwijze uit zal voortvloeien blijkt uit de resultaten en aanbevelingen van dit onderzoek. Voorop staat het onderzoeken van de mogelijke factoren die nog onvoldoende bekend zijn en mede van invloed zijn op de terugkeer naar huis van de geriatrische revalidatie patiënt van 80 jaar en ouder. De opdrachtgever is nauw betrokken bij het onderzoek, regelmatig is er overleg geweest met de praktijkbegeleider van organisatie SVRZ, locatie Ter Valcke met betrekking tot het onderzoeksproces. Daarnaast is gebruik gemaakt van de deskundigheid van de onderzoeksbegeleider. De jarenlange werkervaring, deskundigheid en kritische blik zijn helpend geweest tijdens het gehele onderzoeksproces en vormden een belangrijke ondersteuning. Mede ter verhoging van de bruikbaarheid van het onderzoek is gericht aandacht besteed aan de leesbaarheid van het onderzoeksrapport.

4 Resultaten



De resultaten, voortkomend uit het veldonderzoek, zijn in dit hoofdstuk beschreven. Het hoofdstuk is opgebouwd uit een korte beschrijving van het verloop van het veldonderzoek, waarna per respondentgroep de verkregen informatie is beschreven, op basis van de topics die gebruikt zijn in de interviews.

4.1 Beschrijving verloop veldwerk

Aan het onderzoek hebben twee respondentgroepen deelgenomen. De eerste groep betreft 9 patiënten van 80-plus, die verblijven op de revalidatieafdeling. De respondenten uit deze groep verbleven minimaal 2 weken en maximaal 3 maanden op de afdeling ten tijde van het onderzoek. Bij alle respondenten is vooraf een afspraak gemaakt en het doel van het interview uitgelegd. De interviews van de patiënten vonden plaats op hun eigen kamer, zodat ze zich meer op hun gemak konden voelen. Bij de groep patiënten is een proefinterview gehouden om te ontdekken of de vragen begrijpelijk waren en de antwoorden tot de benodigde informatie leidden. Dit in aanwezigheid van de praktijkbegeleider als observator, zodat feedback gegeven kon worden. Dit resulteerde in het iets aanpassen van de manier van vraagstelling, maar de resultaten van het proefinterview konden meegenomen worden in het onderzoek, vanwege de kwaliteit en volledigheid van de verkregen informatie. Tijdens de interviews met de patiënten is een lange inleiding gebruikt om te kunnen beoordelen of mensen in staat waren het interview te doen. De levensverhalen waren vaak indrukwekkend en de vragen riepen uiteenlopende emoties op, daarom is een dag later nog een keer contact geweest, bij wijze van nazorg, om te zien of de respondent geen negatieve gevolgen had ervaren door alle opgehaalde herinneringen en doorstande emoties. In de interviews is een extra vraag gesteld ten aanzien van suggesties voor verbetering van het revalidatieproces, ter bevordering van de diepgang van aanbevelingen.

De tweede groep respondenten bestond uit 6 maatschappelijk werkers, allen in dienst bij SVRZ en werkzaam op of betrokken bij een afdeling geriatrische revalidatie. De maatschappelijk werkers zijn ieder op de eigen locatie geïnterviewd. Hun antwoorden werden met veel praktijkvoorbeelden ondersteund. Praten over het vak bleek veel tijd te vergen en om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen is hier de tijd voor genomen. De bereidheid tot deelname aan het onderzoek was bij beide groepen groot, wat de voortgang van het onderzoek bevorderde. Voor de uitvoering bleek meer tijd nodig dan voorzien, enerzijds vanwege de uitgebreide en diepgaande antwoorden, anderzijds vanwege het spreektempo, dat bij patiënten lager lag dan bij de groep maatschappelijk werkers. Als gevolg van het eerste nam ook het uitwerken en analyseren van de transcripten meer tijd in beslag dan gepland. Er kwam meer informatie uit de interviews dan verwacht. Daarom zijn in het beschrijven van de resultaten topics samengevoegd en heeft een selectie plaatsgevonden met betrekking tot de uitkomsten.

4.2 Resultaten respondentgroep 1: Patiënten geriatrische revalidatie

4.2.1 Demografische gegevens

Van de respondenten, 6 vrouwen en 3 mannen, allen zijn woonachtig in Zeeland, is de jongste 81 en de oudste 100 jaar. Gemiddeld zijn zij opgegroeid in een middelgroot gezin (2-4 kinderen) uit de middenstands- of arbeidersklasse. Op 2 vrouwen na, heeft niemand verder gestudeerd na de lagere school. Zonder uitzondering zijn allen gehuwd en zijn de vrouwen na het trouwen gestopt met werken. Van 7 is de partner overleden, 1 respondent is hertrouwd. Op 1 na heeft iedereen kinderen en (achter)kleinkinderen. Vier respondenten geven aan kinderen te hebben verloren. Het contact met de familie is goed, de intensiteit van het contact is wisselend. Van de respondenten hebben 5 geen aangepaste woning, de andere 4 hebben voorzieningen als een traplift of wandbeugels. De meesten hebben een periode van armoede gekend in hun leven. WO II wordt beperkt genoemd, maar de dekolonisatie '45-'50 Indonesië heeft volgens de mannen (allen Indiëgangers) bij hen tot afgenomen levensvreugde geleid.

4.2.2 Mantelzorg

Alle respondenten krijgen mantelzorg, voornamelijk van partner en/of (klein)kinderen, maar ook burens en vrienden worden genoemd. Daarnaast is er sprake van betaalde hulp, zoals huishoudelijke hulp, maaltijdvoorziening en tuinonderhoud. Bij de 3 mantel zorgende partners leidt de eveneens hoge leeftijd tot kwetsbaarheid, vanwege gezondheidsproblemen en beperkingen. Door 6 van de respondenten wordt aangegeven dat zowat alles door de mantelzorgers wordt gedaan. De respondent zonder kinderen heeft voor alles betaalde hulp ingeschakeld. Slechts 1 respondent geeft aan het meeste zelf te doen. Bij allen is huishoudelijke hulp aanwezig.

“Dat ik gevallen ben is alles wat ik weet, ik weet niet hoe ik gevallen ben en hoe het gekomen is. Toen heb ik 3 kwartier op de grond gelegen, bij de kachel. Toen kwam de buurman voorbij, hij keek altijd naar binnen om even een hand op te steken. En toen zag hij me zitten heeft hij mijn zoon gewaarschuwd”.

4.2.3 Geriatrische revalidatie

Opname en revalidatieproces

Alle patiënten zijn opgenomen vanuit het ziekenhuis. Bij 2 was opname electief (gepland), vanwege een uitgevoerde operatie (knie-/heupprothese). De anderen zijn als gevolg van een (val)incident in het ziekenhuis gekomen. Bij 4 betrof het een val in de thuissituatie. Twee hadden geen persoonsalarmering en zijn bij toeval ontdekt, na geruime tijd op de grond te hebben gelegen.

Zes respondenten zeggen niet geïnformeerd te zijn over hoe de revalidatie gaat verlopen, 2 zijn bekend met het verloop vanwege eerdere revalidatie (recidive). De meesten laten de gesprekken over aan hun kinderen, ze geven aan dat er veel informatie aan henzelf voorbij gaat. Het is onduidelijk voor de patiënten wie er bij hun behandeling betrokken zijn. Fysiotherapie wordt 3 keer genoemd, een ander noemt het therapeuten of iemand die met ‘mechanisme’ te maken heeft. Niemand weet een naam, waarvoor iedereen zich verontschuldigt. Meestal weet men geen functie of wat ze doen, ondanks de intensiteit van de behandelingen. Van de patiënten geven 6 aan niet te weten hoe de procedure van de revalidatie verloopt. Ze zeggen het niet te kunnen volgen of bijhouden en 1 maakt duidelijk hier ook geen moeite voor te doen. Voor 1 patiënt is de onwetendheid over het proces reden heel emotioneel (huilen) te reageren op de vraag. Eén respondent is wel redelijk goed op de hoogte, ervaart dat de fysiotherapeut, arts en zorg botsen met het te volgen beleid, en weet dat er testen afgenomen zullen worden voordat ze naar huis gaat. Een andere respondent begreep niet dat terwijl ze thuis nooit huishoudelijk werk deed, ze hier moest gaan afwassen als onderdeel van de revalidatie. Ook vond ze dat ze teveel therapie kreeg en voelde zich hierdoor overbelast. Ze kreeg uiteindelijk door overbelasting een complicatie waardoor de revalidatie tijdelijk stagneerde. Twee respondenten geven aan behoefte te hebben aan meer therapie, omdat ze stijf worden van het vele zitten. Geen enkele respondent weet wanneer de besprekingen (multidisciplinair overleg) zijn en wat daarin is besproken ten aanzien van hun proces.

“Ik weet helemaal van niets, ik voel me als een willoos mens overgeleverd aan anderen. Het is zo cru, om als gezond mens, dat je dan behandeld wordt als een nul! Als een Nul! Zo wordt je behandeld. Want die tante die hier net was [bedoelt de verzorgende] heeft me zo zeer gedaan met te doen alsof ik alles kon, en ik kon niks.”

Contact met andere patiënten:

De meeste contacten onderling zijn tijdens de maaltijden, die gezamenlijk worden gebruikt in de huiskamer, en bij de fysiotherapie in de fysio-oefenruimte. Ernstige beperkingen bij anderen vindt men enerzijds confronterend, anderzijds geeft het besef dat men het zelf nog niet zo slecht heeft. Een enkeling vindt weinig of geen aansluiting, door bijvoorbeeld slechthorendheid. Over het algemeen wordt contact met andere patiënten als positief en stimulerend ervaren.

Multimorbiditeit, welzijn en kwaliteit van leven

Zeven respondenten geven aan een redelijk goede gezondheid te hebben ervaren voor opname, maar benoemen tegelijkertijd wel diverse aanwezige ziekten en beperkingen. Bijna alle respondenten hebben eerder gerevalideerd. Maculadegeneratie en slechthorendheid is bij alle 9 respondenten een handicap. De slechte visus geeft beperkingen op het gebied van zelfredzaamheid. De oudste respondent is zo goed als blind, maar zegt zich thuis te kunnen redden omdat alles een vaste plaats heeft en thuis- en mantelzorgers ondersteunen. Het verminderde gezichtsvermogen wordt als een groot gemis ervaren. De slechthorendheid geeft beperkingen op het gebied van communicatie, waardoor men geïsoleerd raakt. De impact van de aanwezige ziekten en beperkingen op de zelfredzaamheid en het gevoel van welzijn is bij ieder verschillend. Over het algemeen vindt men de geestelijke gezondheid het belangrijkste. Men is overwegend positief over de kwaliteit van leven, maar pijnbeleving vormt een belangrijk criterium. Men geniet van wat men wel in plaats van niet kan. Het hebben van een partner of (klein)kinderen bevordert het welzijn, het geloof biedt steun. Afhankelijkheid wordt als meest moeilijk ervaren, goede gezondheid, zelfregie en zelfredzaamheid als meest belangrijk. Contact vindt men eveneens belangrijk, met hulpverleners, familie en leden van de kerkgemeenschap is regelmatig contact, met burens minder. De meeste vrienden en kennissen zijn inmiddels overleden, dat maakt de vriendenkring heel beperkt.

Kwetsbaarheid

De ervaring van de nachtrust wordt door 4 respondenten matig tot slecht genoemd. Twee respondenten slapen goed 'met een pilletje', 3 respondenten slapen op de revalidatieafdeling beter dan thuis. Over het algemeen maakt men zich weinig tot geen zorgen. Het zit hen vooral in dingen die men moeilijk los kan laten, die anders gaan dan ze eerder gewend waren. Uit de interviews komt naar voren dat ze zich vooral zorgen maken dat hun geestelijke gezondheid kan afnemen, bijvoorbeeld door dementie. Twee respondenten zeggen zich zorgen te maken over thuis, de woonsituatie en wat er allemaal moet gebeuren. Verder voelt men zich betrokken bij het welzijn van voornamelijk de naasten zoals een partner, kinderen en kleinkinderen. Drie respondenten geven aan zich tijdens de revalidatie vaak gespannen te voelen en veel stress te ervaren, wat zich uit in negatieve uitlatingen naar zorgverleners en familie. Bijna de helft van de respondenten voelt zich niet kwetsbaar, 2 daarvan voelen zich zelfs sterk, ondanks alle beperkingen van dit moment, want het geloof geeft hen steun en vertrouwen. Toch zijn er 5 respondenten die zeggen zich zeer zeker kwetsbaar te voelen, door het (vele) vallen, verlies van zelfvertrouwen en het feit dat er steeds iets bij komt wat invloed heeft op hun leven. Een respondent zegt dat het hem recalcitrant maakt en opstandig door de onmacht die hij voelt.

Zelfredzaamheid en regie

De respondenten geven allen aan geen tot weinig zelfregie te hebben, mede door hun afhankelijkheid van ADL zorg en in praktische zaken zoals vervoer en begeleiding naar bijvoorbeeld het ziekenhuis, boodschappen doen, huishouden, maaltijden en de was. De financiën worden bij iedereen overgenomen door anderen zoals kinderen of notaris. Twee respondenten met partner doen nog een aantal dingen samen. Respondenten zonder kinderen of kinderen die ver weg wonen maken gebruik van professionele, betaalde hulp en zetten vaker de huisarts in om dingen te regelen zoals hulpmiddelen of aanpassingen in huis. Om aan informatie te komen over bijvoorbeeld WMO voorzieningen, taxi vervoer en afspraken in het ziekenhuis worden in de meeste gevallen de kinderen ingeschakeld. Slechts 3 van de 9 respondenten zeggen zelf deze zaken te regelen. Hiervoor wordt geen gebruik gemaakt van internet maar neemt men telefonisch contact op met desbetreffende instantie. Vier respondenten gaan niet met ontslag naar huis. Voor de respondenten die wel met ontslag naar huis gaan, gaat een aantal dingen veranderen. Op de vraag hoe ze het gaan doen wanneer ze weer thuis zijn antwoorden ze verschillend, maar allen benoemen een toename aan hulp door partner en/of kinderen. Voor 1 respondent is de toekomst nog onzeker door opgetreden complicaties. Het is op dit moment nog niet duidelijk of het doel terugkeer naar huis behaald gaat worden. Allen hebben meer zorg nodig dan voor de opname. Op de vraag wie er dan om de mensen

heen zijn wanneer ze weer thuis zijn worden partner en/of kinderen genoemd. Men geeft aan hulp nodig te hebben, zoals uitbreiding van thuiszorg, maaltijdvoorzieningen, en hulpmiddelen zoals een rollator en een zuurstofapparaat. De patiënten die niet terugkeren naar huis zeggen een plaats nodig te hebben in een verpleeghuis.

Evaluatie revalidatie

Respondenten geven aan positief te zijn over de groepstherapie en de adviezen van de verzorging hoe om te gaan met de opgetreden beperking(en). Daarnaast vindt men de maaltijden van goede kwaliteit. Als verbeteringen met betrekking tot geriatrische revalidatie worden genoemd:

- Sneller reageren op een bel 3x.
- Meer rekening houden met vermoeidheid in de beginfase van het revalidatieproces.
- Fysiotherapie bij afwezigheid vervangen door anderen. Therapie gaat vaak niet door.
- Bij afwezigheid door ziekte of vakantie wordt de therapie niet overgenomen door een vervanger.
- Aanpassen van rolstoel of hulp met af en toe een stukje lopen, men wordt stijf van het vele zitten.
- De kamers zijn niet ingericht op mensen met een beperking; geen planchet boven de wastafel om spullen op te zetten, geen haakjes voor de handdoeken enz.
- Geen activiteiten opdragen of trainen die voor opname thuis ook niet gedaan werden zoals huishoudelijk werk (voorbeeld afwassen).
- Tempo ADL aanpassen aan mogelijkheden van de patiënt, vooral niet gehaast.
- ADL op de eigen manier doen zoals thuis gewend, vaak was er al thuiszorg ondersteuning.
- Niet alles tegelijk bij aan en uitkleden.
- Gesprekken voeren, hun verhaal kwijt kunnen geeft steun.

4.3 Respondentgroep 2: Maatschappelijk werkers SVRZ

4.3.1 Algemeen

Geriatrische revalidatie zorg wordt gegeven op drie locaties SVRZ. Van iedere locatie zijn twee maatschappelijk werkers geïnterviewd. Allen hebben de opleiding Social Work afgerond waarvan 1 met de zijdifferentiatie GGZ agoog. Drie hebben een medische achtergrond zoals verpleegkunde, psychiatrie en medisch analist. In het interview hebben 2 aangegeven medische kennis als een gemis te ervaren in hun werk. Het gemiddeld aantal jaren werkzaam op geriatrische revalidatie is 4 jaar.

4.3.2 Rol en taken maatschappelijk werk

Alle maatschappelijk werkers geven aan m.b.t geriatrische revalidatie een rol als casemanager te vervullen. Drie benoemen daarnaast een signalerende en bemiddelende rol en 2 zeggen een spilfunctie te hebben. Een uiteenzetting wordt gegeven van andere taken zoals informatie voorziening over vervolgzorg, psychosociale hulp aan de patiënt en zijn systeem, het met elkaar verbinden van alle professionals die betrokken zijn bij de patiënt om een interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. Ook wordt door 5 maatschappelijk werkers aangegeven dat ze moeten inschatten of een patiënt geschikt is voor revalidatie. Twee maatschappelijk werkers fungeren als voorzitter bij de MDO's. Door alle maatschappelijk werkers wordt aangegeven dat de multidisciplinaire samenwerking divers is. Vier geven aan dat het niet altijd even goed verloopt. Eén maatschappelijk werker geeft als reden dat ieder vanuit zijn eigen vakgebied werkt. Bij 4 maatschappelijk werkers is er sprake van een breder taakgebied waarbij ze binnen meerdere aandachtsgebieden acteren zoals longstay somatiek en psychogeriatric. Allen hebben een intensieve samenwerking met externe partners zoals ziekenhuis, thuiszorg en andere zorgaanbieders.

4.3.3 Informatie

Met betrekking tot de aanmelding van revalidanten vanuit het ziekenhuis wordt aangegeven dat de informatie niet altijd volledig is.

Volgens alle maatschappelijk werkers spreekt de transferverpleegkundige de patiënt op het moment dat de specialist aangeeft dat de patiënt uitbehandeld is en met ontslag kan. Vier geven aan dat de specialist verkeerde informatie geeft. Twee maatschappelijk werkers vragen zich af wat er precies wordt gezegd. Wat vooral aangegeven wordt is dat het nog steeds een aandachtspunt is dat in het ziekenhuis misverstanden zijn over het gegeven dat een GRZ traject zo lang duurt als nodig is maar zo kort als kan. In alle interviews met maatschappelijk werk wordt gesproken over een informatiefolder over GRZ die momenteel niet meer beschikbaar is. Voor de informatie gesprekken worden verschillende terminologieën worden gebruikt door de maatschappelijk werkers zoals; intake gesprek, eerste intake, evaluatiegesprek, of voortgangsgesprek, zorgplan-evaluatiegesprek enz. Eén maatschappelijk werker geeft aan dat de persoonlijk begeleider samen met de arts en patiënt en aanwezige familie het opname gesprek doet. Drie keer wordt aangegeven dat bij een aanmelding telefonisch een intake gesprek wordt gedaan. In de meeste gevallen wordt aangegeven dat de patiënt altijd aanwezig is bij informatie gesprekken. Eén maatschappelijk werker benoemd soms als uitzondering patiënten van neurologie die opgenomen worden na een CVA of hersenbloeding. De werkwijzen verschillen per locatie waar GRZ geboden wordt. Ook verschilt de inhoud van de gegeven informatie tijdens de gesprekken per locatie. Wat in ieder geval overeenkomsten vertoont is dat iedere patiënt op de eerste dag een map krijgt met informatie en uitleg over het reilen en zeilen van de afdeling. Twee maatschappelijk werkers van eenzelfde locatie geven aan zelf aanvullende informatie te hebben toegevoegd. De map wordt door de persoonlijk begeleider uitgereikt aan de patiënt bij opname.

“Het gebeurt wel eens dat als iemand opgenomen wordt voor revalidatie dat die na 1 dag overlijdt, of iemand die moest gedialyseerd worden maar dat is niet doorgegeven en dat is geen kleinigheidje. Of iemand waarbij niets in de overdracht staat over wondverzorging en die heeft dan hele grote decubituswonden.”

Twee maatschappelijk werkers geven aan sturingsinformatie vanuit de organisatie te missen zoals het aantal ligdagen van de patiënten. De vraag is gesteld welke informatie maatschappelijk werk tot zijn beschikking heeft met betrekking tot alternatieven wanneer de patiënt niet zijn doel bereikt. Door alle maatschappelijk werkers wordt aangegeven dat ze voldoende informatie hebben maar dat er juist gebrek is aan alternatieven voor de patiënt die niet meer terug naar huis kan.

“Ik hoor wel eens mensen zeggen; ik heb al elf gezichten gezien. Dan komen alle therapeuten al langs voor een intake of een eerste gesprek. Ik wip wel eens binnen en ik stel me even voor, of eventjes kort. Maar je hoort wel veel terug dat een opname dag best heel vermoeiend is.”

4.3.4 Factoren van invloed

De vraag is op welke manier de ontslagkans signaleerd wordt. Eén maatschappelijk werker vertelt dat daar geen methode voor is. Volgens alle maatschappelijk werkers is de wet en regelgeving erg bepalend in het GRZ verhaal. De regel vanuit de zorgverzekering ‘zo snel en zo kort mogelijk’ werkt belemmerend zowel voor de organisatie zelf als voor het ziekenhuis en daar begint het volgens een andere maatschappelijk werker.

Door 1 maatschappelijk werker wordt benoemd dat men stilstaat bij de vraag waar de cirkel van invloed ligt, wat de mogelijkheden zijn. Vijf maatschappelijk werkers benoemen expliciet dat de ontslagkans in samenspraak met de arts/specialist ouderengeneeskunde wordt vastgesteld. Door 4 maatschappelijk werkers wordt ook de terughoudendheid voor opname van patiënten met ZZP 4 als belemmerende factor genoemd. Patiënten met deze zorgzwaarte zijn eigenlijk ‘te goed’ voor opname en hebben in verhouding te weinig specialistische zorg nodig, wat de kosten-baten

verhouding verstoort. De 6 maatschappelijk werkers die zijn geïnterviewd geven corresponderende knelpunten aan; familie die met verkeerde verwachtingen binnenkomt, relatie- en huwelijksproblemen van patiënten, de grenzen van de wet en regelgeving in relatie tot de kwetsbare patiënten, en een beperkt netwerk van de patiënt. Als laatste wordt genoemd het gebrek aan tijd voor psychosociale hulpverlening. Aangegeven wordt dat GRZ een medisch maar ook een mentaal proces is en dat deze elkaar erg kunnen beïnvloeden m.b.t de ontslagkans.

“Als je vijf jaar geleden zag hoe mensen uit het ziekenhuis kwamen en je ziet het nu dan zeg ik soms wel eens tegen de mensen van de afdeling; ‘Kwam deze patiënt rechtstreeks van de operatie kamer?’ Want die was helemaal niet stabiel. Dat was er voorheen zeker niet. En dat heeft te maken met die ligdagen.”

4.3.5 Sociale netwerk

Het zicht op het sociale netwerk wordt hoofdzakelijk verkregen door vragen te stellen tijdens een intakegesprek en te bellen zoals met familie of de praktijkondersteuner van de huisarts. Eén maatschappelijk werker geeft aan tijdens het evaluatiegesprek het netwerk in beeld te hebben. Volgens 1 maatschappelijk werker wordt de kans op succes niet groter wanneer iemand kinderen heeft die betrokken zijn in de (mantel)zorg.

4.3.6 Zelfredzaamheid en regie

Zes maatschappelijk werkers geven aan de patiënt te stimuleren tot zelfredzaamheid en eigen regie door het geven van informatie. Mondeling of door verstrekken van folders over diensten die beschikbaar zijn. Twee maatschappelijk werkers geven aan dat mensen zelf hulpmiddelen moeten regelen. Thuiszorg wordt door de persoonlijk begeleider geregeld. Aangegeven wordt dat vaak de neiging bestaat om dingen over te nemen van patiënten omdat het sneller gaat. Drie geven aan dat ze zich daar zelf ook beter bij voelen. Vier maatschappelijk werkers benoemen dat de oudere generatie het beeld heeft van een maatschappelijk werker die alles voor hun regelt. Met betrekking tot het regelen van hulpmiddelen en voorzieningen zijn er overeenkomsten en verschillen merkbaar per locatie.

4.3.7 Werkdruk

Wat door allen genoemd wordt is dat de werkdruk hoog is. Patiënten die binnenkomen worden steeds complexer en de taken zijn geïntensiveerd zo geeft men aan. Eén maatschappelijk werker omschrijft het als een algemene gezamenlijke druk die ook voelbaar is bij de artsen en de teamleiders.

Soms moet ook het werk van afwezige collega's gedaan worden en indicaties aangevraagd worden. Een indicatie aanvraag kan alles bij elkaar 3 uur duren. Het aantal telefoongesprekken per dag is enorm geven alle maatschappelijk werkers aan. Daarnaast wordt werkdruk ervaren m.b.t. de wet en regelgeving, de druk van het aantal ligdagen wat niet te hoog mag zijn, een locatiemanager die meekijkt naar een snelle doorstroom en het ziekenhuis dat druk geeft omdat ze patiënten kwijt moeten. Volgens 5 van de 6 maatschappelijk werkers is voor hun een revalidatie succesvol wanneer patiënten naar huis gaan. Eén maatschappelijk werker vindt dat het voor haar niet uitmaakt of iemand wel of niet meer naar huis kan, maar wel dat de patiënt uiteindelijk wel op de plek komt waar hij dan het liefst wil zijn.

“Dat hele snelle, dat hele dynamische ervaren de cliënten van 80-plus ook, ik denk wel dat ze dat als druk ervaren. Dat ze snel weer naar huis moeten in hun ogen dat is ook voor familie zo, die zitten niet zo in dat snelle proces.”

5 Discussie



In dit hoofdstuk wordt een interpretatie gegeven aan de resultaten van de interviews door deze te koppelen aan de literatuurverkenning uit hoofdstuk twee. Kritisch wordt gekeken hoe de resultaten zich verhouden tot de bestaande opvattingen.

5.1 Geriatrische revalidatie patiënten

Van de negen patiënten in dit onderzoek was de jongste een man van 81 jaar en de oudste respondent een vrouw van 100 jaar. Volgens Kersbergen was de rol van de vrouw vroeger vooral gericht op het meestal grote gezin en de man zorgde voor het inkomen (Kersbergen, 2016). Drie patiënten bleken enig kind te zijn en slechts twee kwamen uit grote gezinnen. Twee vrouwen hebben doorgeleerd en gewerkt op een bank en in een familiebedrijf. De meeste mannen werkten als landarbeider en twee leerden een vak. Alle vrouwelijke respondenten stopten met werken na trouwen. Waar verondersteld werd dat de invloed van familiebanden en de kerk meer de richting bepalen in het leven blijkt dit vooral bepaald door het werk van de echtgenoot. De vrouwen verhuisden mee en pasten zich aan. Kijkend naar de gebeurtenissen vanaf het geboortjaar van deze respondentengroep kun je stellen dat deze mensen ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt welke invloed hebben op hun leven. De meesten hebben periodes van armoede gekend. Opvallend is dat m.b.t. de tweede wereldoorlog enkel gesproken wordt over de situatie vóór en na de oorlog, bijvoorbeeld de beschikking over een woning wat toen lastig bleek. Het is aannemelijk dat de patiënten gehecht zijn aan hun woning en mede een motivatie voor de patiënten om terug naar huis te gaan. De patiënten wonen allen in Zuid Beveland en op Walcheren en willen het liefst terug naar huis. Eén patiënt heeft zijn huis in de duinen en kijkt uit over de zee, daar is hij gelukkig. Een andere patiënt woont al sinds haar trouwen op een grote boerderij. Het grootste deel van haar leven ligt daar. Een andere bewoont een monumentaal pand waar hij vroeger zijn bakkerij had. Het zijn de emotionele waardes waar deze mensen aan hechten. Binnen het dagelijks leven heeft de term welzijn primair betrekking op verschillende dimensies waarbij niet enkel lichamelijke en geestelijke gezondheid invloed hebben maar ook de woonomgeving. Bij de 3 genoemde patiënten is het revalidatie doel terugkeer naar huis niet behaald. Dat geeft, naast andere intense gebeurtenissen, verdriet. Het kan zijn dat het elders overbruggen van patiënten wanneer terugkeer naar huis niet meer mogelijk is een grote emotionele belasting met zich meebrengt. In de interviews komt de impact van de dekolonisatie oorlog 1945-1950 in Indonesië naar voren en geeft veel bitterheid over de mannen die naar Indië gingen. Vaders en broers die niet terugkwamen, of hier een oorlogstrauma aan overhielden. De naoorlogse erfenissen hebben veel impact op de hele familie. Daarnaast wordt in de interviews verteld over verlies van (jonge) kinderen, partner en vrienden. Daarmee ook de strijd die men geleverd heeft tijdens het leven, soms al op zeer jonge leeftijd, en de kracht die nodig is om tegenslagen en verdriet een plaats te geven. Mensen zijn hierover soms verbitterd. Mooie herinneringen maar ook verdrietige en ingrijpende gebeurtenissen worden tijdens de interviews gedeeld. Dit onderschrijft eerder onderzoek van Erikson (1977) dat de oudere mens de balans opmaakt van zijn leven. Bij enkele van de patiënten is een zekere berusting. Ook zijn er die zich er niet bij neer kunnen leggen en strijden, soms tegen beter weten in. Dit komt overeen met de theorie van Erikson dat het een uniek proces is, ieder maakt andere gebeurtenissen mee in zijn leven. Het is aannemelijk dat de wijze waarop deze ouderen hun levenservaringen hebben verwerkt invloed heeft gehad op hun leven, relaties en/of kinderen. Deze resultaten ondersteunen de hypothese dat de vierde levensfase van patiënten van 80 jaar en ouder van belang is tijdens de geriatrische revalidatie.

Mantelzorg

Volgens Pinquart en Sörensen hebben ouderen voordeel bij een sterk sociaal netwerk. Vooral de waarde van de beschikbare hulpbronnen via het sociale netwerk, zoals de mate waarin men kan rekenen op hulp van familie bij een probleem is voor ouderen belangrijk voor hun welzijn (Martin & Westerhof, 2003). Het onderzoek toont aan dat iedere patiënt in de loop der tijd zijn eigen oplossing heeft bedacht voor ondersteuning. De overgang van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving vraagt inzet van de mantelzorger. Bij de patiënten is sprake van formele en informele zorg. Opvallend

is dat burens haast geen rol spelen in deze. Enkel twee patiënten geven aan dat een buur een oogje in het zeil houdt. Bij de drie gehuwden is de partner mantelzorger, naast ondersteuning door kinderen. De ondersteuning die nodig is zal logischerwijs toenemen. Bij echtparen is vaak sprake van een bepaalde taakverdeling en lasten worden gedeeld. Partners zijn ook van hoge leeftijd waarbij tevens sprake is van gezondheidsproblemen en beperkingen. De situatie van de vrouwelijke partners van de patiënten is bij alle drie kwetsbaar. De jongste is 80 jaar, kampt met ernstige rugklachten en cijfert zichzelf weg om meer tot steun te zijn voor haar man. Hierdoor is ze ernstig overbelast geraakt. De tweede partner is 90 jaar, heeft ook ernstige rugklachten, is doof en eerder een heupfractuur gehad ten gevolge van een val. De derde echtgenote is 87 jaar, leidt aan reuma en is psychisch zwaar belast. De overbelasting van een partner wordt ook als knelpunt benoemd door maatschappelijk werk. Door maatschappelijk werk wordt tevens aangegeven dat ze regelmatig te maken hebben met verstoorde relaties en dit als zeer onaangenaam ervaren. In de interviews met de patiënten is dit onvoldoende naar voren gekomen om daar uitspraken over te doen. Deze theorie wordt wel ondersteund door eerder onderzoek waarin wordt gesteld dat de aanwezige mantelzorg overbelast is (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014). Het is mede daarom aannemelijk dat door interne en externe problemen relaties onder druk komen te staan.

Sociaal netwerk

Kennelijk is er sprake van een beperkt sociaal netwerk bij de patiënten. De netwerksamenstellingen zijn verschillend zo blijkt uit het onderzoek en niet enkel op familie gebaseerd. Dit kan mogelijk invloed hebben op de ontslagkans. De participatiesamenleving gaat ervan uit dat door mensen met elkaar te verbinden de bereidheid om elkaar te helpen vanzelf tot stand komt. Uit het onderzoek komt naar voren dat het in kaart brengen van het sociaal netwerk van de patiënt geen expliciete rol heeft in het revalidatie proces. Opvallend is dat benoemd wordt dat soms informatie wordt opgevraagd bij de praktijkondersteuner van de huisarts. Afgevraagd kan worden hoe dit gezien moet worden in het licht van de privacy van de patiënt wanneer bij andere zorgverleners informatie over het sociale netwerk wordt gevraagd. Ook hebben patiënten soms weinig financiële middelen (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014). Het kan zijn dat patiënten besluiten met ontslag naar huis gaan vanwege financiële aspecten zoals het betalen van de eigen bijdrage, of de kosten voor een Zorghotel. Dit is onvoldoende uit het onderzoek naar voren gekomen. Door zes patiënten wordt aangegeven dat zowat alle hulp en ondersteuning door de kinderen wordt geboden. Eén patiënt zonder kinderen heeft voor alles betaalde hulp ingeschakeld, enkele hand en span diensten worden door een kennis gedaan. Op één na heeft iedere patiënt kleinkinderen en een enkele achterkleinkinderen. Allen geven aan de contacten als goed te ervaren. De intensiteit van de contacten is wisselend, van meerdere malen per dag direct contact tot één keer per jaar contact in verband met verblijf in het buitenland. De kleinkinderen zijn op één na volwassen maar geven op geen enkele wijze mantelzorg. Er lijkt geen sprake van vraagverlegenheid bij de patiënten, men is meer afwachtend. In de interviews geven maatschappelijk werkers aan het meest te maken te hebben met families. In de interviews wordt als eerste en meest ernstige knelpunt de familie van de patiënt genoemd. Tevens heeft maatschappelijk werk te maken met verstoorde familie relaties waardoor de contacten stroef verlopen en er moeilijk afspraken gemaakt kunnen worden. Dit levert ook veel stress op voor de patiënt wat weer invloed heeft op het herstel. De patiënten hebben naar eigen zeggen een goede relatie met hun kinderen, ze zijn erg belangrijk voor ze en worden ervaren als een grote steun. Veel zaken worden aan hen over gelaten. Dit onderschrijft eerder onderzoek waarin wordt gesteld dat vooral de waarde van de beschikbare hulpbronnen via het sociale netwerk, zoals de mate waarin men kan rekenen op hulp van familie bij een probleem, voor ouderen belangrijk is voor hun welzijn (Martin & Westerhof, 2003). Familie is in dit onderzoek niet meegenomen als respondenten groep. Het is interessant om te ontdekken dat mensen die zo belangrijk zijn voor de patiënt door de maatschappelijk werkers als een probleem worden ervaren. Het kan zijn dat familie opkomt voor hun ouders of dat ook daar de draaglast te groot is geworden.

Geriatrische revalidatie

In het algemeen lijkt het verloop van de revalidatie periode een onsamenhangend verhaal te zijn voor het merendeel van de patiënten. Ook de gestructureerde besprekingen zoals een MDO is ze niet bekend. Van de negen ondervraagde patiënten geven zes aan niet te weten hoe de procedure van de revalidatie loopt. Ze geven aan het niet te kunnen volgen. Twee andere patiënten gaan in op de details en niet op het traject en benoemen met name de bejegening van de verzorging. Ze voelen zich respectloos behandeld en niet betrokken in de besluit name met betrekking tot de revalidatie. Door de maatschappelijk werkers worden wisselende antwoorden gegeven over de werkwijze en processen die gehanteerd worden. De terminologie van de besprekingen komen eveneens niet met elkaar overeen. Bij het beantwoorden van vragen over de werkprocessen wordt in de wij-vorm gesproken. Hierbij wordt gesuggereerd dat iedere maatschappelijk werker de zelfde werkwijze hanteert. Tevens is onduidelijk voor de patiënten welke disciplines bij hun revalidatie betrokken zijn. Meestal weet men geen functie of wat ze doen. Dit is opmerkelijk omdat de meeste patiënten intensief behandeld worden. Een opvallende bevinding is dat iedere patiënt zich verontschuldigd voor het niet kunnen benoemen van de namen en ze lijken zich hierbij ongemakkelijk te voelen. De intensiteit van de revalidatie blijkt wisselend beoordeeld door de patiënten. De meesten voelen zich erg vermoeid vanaf de eerste dag, door de hoeveelheid aan therapie is door overbelasting bij één patiënt een complicatie ontstaan waardoor de revalidatie vertraagde. Daarentegen geven 2 respondenten aan dat ze stijf worden van het vele zitten. Het is mogelijk dat hier een verband bestaat in het zelf nemen van initiatief tot bewegen of het niet op de hoogte zijn van mogelijkheden tot zelf activering. Over het algemeen kan gesteld worden dat de contacten van de patiënten onderling tijdens de revalidatie als positief en stimulerend worden ervaren. Enkele patiënten zeggen het als confronterend te ervaren omdat er ernstige beperkingen merkbaar zijn bij de mede patiënten. Echter lijkt dit ook helpend in het besef dat ze het zelf nog niet zo slecht hebben en dat het dus nog veel erger kan. Maatschappelijk werk geeft aan dat patiënten het niet te gezellig moeten hebben omdat ze anders niet meer gemotiveerd zijn terug te keren naar huis. Het kan zijn dat terugkeer naar huis terugkeer naar de eenzaamheid betekent.

Multimorbiditeit

Bij de geïnterviewde patiënten is sprake van comorbiditeit en multimorbiditeit. Zeven van de negen patiënten geven aan een redelijk goede gezondheid te hebben ervaren vóór opname. Respondenten benoemen tegelijkertijd wel diverse langere tijd aanwezige ziekten en beperkingen. Zintuiglijke beperkingen zoals slechthorendheid en verminderde visus geven problemen op het gebied van communicatie en het ontvangen van informatie. Veel ontgaat aan de patiënten. De aanwezigheid van ziekten, beperkingen en handicaps is bij alle respondenten talrijk en divers. Echter de impact, de gevolgen daarvan en hoe men hiermee omgaat, is bij ieder verschillend. Mensen gebruiken vaak meerdere coping stijlen. Ervaring is hierbij een individueel aspect. Dit sluit aan met eerder onderzoek dat aangeeft dat kwaliteit van leven berust op een waarde die een persoon hecht aan een bepaalde situatie. Het is het ervaren van een mate van evenwichtigheid dat voor elk individu anders is en dat ook per persoon met de tijd kan veranderen (Bruyninckx & Mortelmans, 1999). Twee patiënten geven aan dat ze voor opname in zeer goede conditie waren. Beiden deden aan sportactiviteiten zoals wekelijks zwemmen, dagelijkse wandelingen en gymnastiek. Ondanks meerdere opnames geven beiden aan dat ze er altijd weer snel bovenop komen. Er was tevens sprake van emotionele steun vanuit een sterk sociaal netwerk. Het komt overeen met het feit dat deze patiënten binnen korte tijd met ontslag naar huis zijn gegaan.

Kwetsbaarheid

Volgens de gestelde profielen van ouderen zijn de afwachtende en de machteloze ouderen weliswaar het kleinste percentage maar wel het meest kwetsbaar (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014). Met betrekking tot de vraag hoe gedacht wordt over kwetsbaarheid blijkt uit het onderzoek dat meer dan de helft van de patiënten zich absoluut niet kwetsbaar voelt maar juist sterk. Het beeld wat bestaat van de kwetsbare fragile oudere lijkt hier niet passend. De fysieke en

uiterlijke kenmerken welke zichtbaar zijn tijdens de interviews laten echter een ander beeld zien. Een klein aantal patiënten voelt zich kwetsbaar doordat ze het vertrouwen in hun lichaam zijn kwijtgeraakt en er steeds iets bij komt. Hier lijkt een contradictie te ontstaan tussen multimorbiditeit en het begrip kwetsbaarheid. Hoe de 80-plus patiënten in deze levensfase staan heeft een relatie met psychosociale dimensies. Sociale steun en de kijk op het leven tonen in dit onderzoek een verband met het functioneren van de patiënten. Om te ontdekken of er een relatie bestaat met stress zijn daarover vragen gesteld. Iets meer dan de helft geeft aan zich niet gespannen te voelen, daarentegen zijn er drie die zich vaak gespannen voelen en veel stress ervaren. Het gevoel dat wordt ervaren als stress voelt voor hen niet goed, ze zijn nerveus en het beïnvloedt het humeur op een negatieve manier. Zo vertelt een patiënt dat ze niet zo prettig in de omgang was geweest en dat ze daarop is aangesproken door de verzorging. Hier is een verband te vinden met de snelheid waarmee de geriatrische revalidatie wordt vormgegeven.

Welzijn/kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en regie

Met betrekking tot de vraag hoe de patiënt tegen het leven aankijkt is men overwegend positief. Toch worden hier en daar wat kanttekeningen geplaatst. Aangegeven wordt de afhankelijkheid van anderen het moeilijkst te vinden. Daarnaast is pijnbeleving een belangrijk criterium voor kwaliteit van leven. Het meest opvallende wat naar voren komt is de geestelijke gezondheid. De belangrijkste bevinding is de angst voor dementie. Dit wordt tijdens de interviews regelmatig door de patiënten benoemd. Ze geven aan dat er 'testjes' gedaan zijn. Bij doorvragen blijken de resultaten bij deze patiënten niet bekend. Alle patiënten geven aan gezelligheid en contact met anderen belangrijk te vinden. Het meeste contact is met hulpverleners, daarna volgen familie en kinderen. Opvallend is dat de contacten met burens oppervlakkig zijn, maar hun oplettendheid wordt zeer gewaardeerd. De vriendenkring is erg klein geworden door overlijden. Het lijkt erop dat er geen nieuwe vriendschappen meer worden aangegaan. Aangegeven wordt daar terughoudend in te zijn om steeds het verlies van vrienden door overlijden niet te willen ervaren. Activiteiten bestaan hoofdzakelijk uit TV kijken. Lezen wordt het meest gemist, slechtziendheid wordt als een grote handicap ervaren. Opmerkelijk is dat er geen gebruik gemaakt wordt van een hulpmiddel voor dit probleem. Op de vraag wat men nodig heeft om zich gelukkig te voelen antwoorden de patiënten humor en het rustig aan mogen doen. Bijzonder dat dit laatste door de meeste patiënten genoemd wordt, omdat geriatrische revalidatie intensief is. Het sluit aan bij de eerdere gegevens over de snelheid van geriatrische revalidatie. Een opvallende bevinding is dat alle patiënten aangeven weinig tot geen regie te hebben. Mede door afhankelijkheid van ADL zorg en praktische zaken zoals bijvoorbeeld vervoer naar het ziekenhuis of boodschappen. Financiën worden bij iedere patiënt overgenomen door eigen kinderen of een notaris. Slechts 3 patiënten zeggen zelf praktische zaken te regelen zoals hulpmiddelen, in andere gevallen wordt gebruik gemaakt van professionele hulp. Er lijkt een relatie te bestaan tussen de mate van zelfredzaamheid en het voeren van regie. In dit onderzoek blijken opgeleide patiënten beter in staat eigen regie te voeren en zaken te regelen. Dat zou kunnen betekenen dat laag opgeleiden meer ondersteuning nodig hebben bij instrumentele steun.

5.2 Maatschappelijk werkers

Rol en taken maatschappelijk werk

Een duidelijke uitkomst uit het onderzoek is dat alle maatschappelijk werkers hun rol met betrekking tot geriatrische revalidatie als casemanager zien. Men noemt de verantwoordelijkheid voor het hele proces van opname tot ontslag. Er is uniformiteit in de wettelijke uitvoering van de regels voor GRZ en voor de DBC's. Uit het onderzoek blijkt dat er op de locaties SVRZ verschillen zijn in werkwijzen en werkprocessen. Zo wordt in een interview aangegeven dat een maatschappelijk werker een aanmelding mede beoordeelt of een teamleider. Ook blijkt een locatiemanager daarin een rol te spelen. Er kan gesuggereerd worden dat er bij bepaalde aanmeldingen van patiënten twijfel is om deze te accepteren voor geriatrische revalidatie. Het aantal termen wat gebruikt wordt voor de verschillende overlegvormen en besprekingen is divers. Ook de inhoud en de planning zijn wisselend.

Daarom is het mogelijk één van de oorzaken dat het voor de patiënten niet meteen begrijpelijk is. Alle patiënten geven namelijk aan het niet te weten, of er komt een onduidelijk antwoord. De rol met betrekking tot de geriatrische revalidatie patiënt wordt als aparte rol benoemd vanwege het specifieke karakter van taken en functies. Vooral gesprekken met de patiënt worden van essentieel belang gevonden. Echter uit de resultaten blijkt dat deze gesprekken onder tijdsdruk staan. De gesprekken zijn een belangrijk moment voor de patiënt en zijn familie omdat op dat moment, wat op ieder locatie hetzelfde is, de voorlopige ontslagdatum wordt vastgesteld. Tijdens de interviews wordt aangegeven dat familie een grote rol speelt in het revalidatie proces en er soms veel weerstand is. Het is mogelijk dat er een verband bestaat met deze weerstand en de beperkte mogelijkheden om contacten te onderhouden.

Uit dit onderzoek blijkt dat de feitelijke taken van maatschappelijk werk met betrekking tot geriatrische revalidatie onduidelijk zijn. Dit komt overeen met de resultaten uit de interviews waar een uitvoerige uiteenzetting van uitvoerende taken worden benoemd. Opvallend gegeven is dat bepaalde taken en competenties die maatschappelijk werk omschrijven tijdens de interviews niet terug te vinden zijn in de taakfunctieomschrijving van SVRZ (zie bijlage 4). Deze komt niet geheel overeen met de taakuitvoering van maatschappelijk werkers. De term casemanager wordt wel gebruikt maar is in de taakfunctieomschrijving niet gebruikt. Hieruit kan worden vastgesteld dat de huidige taakfunctieomschrijving van SVRZ niet langer voldoet aan de huidige taak uitvoering van revalidatie maatschappelijk werkers. Daarmee wordt onduidelijk wat de nodige competenties zijn en feitelijke taken. Sommige taken lijken te grenzen aan die van andere disciplines. Zoals het intakegesprek wat door de persoonlijk begeleider gedaan wordt, of de ergotherapeut voor aanpassingen en hulpmiddelen in voorbereiding tot ontslag naar huis. Een andere opvallende bevinding is dat psychosociale hulpverlening een prominente plaats inneemt in de huidige taakfunctieomschrijving. Maatschappelijk werkers geven echter allemaal aan daar door tijdgebrek vaak niet aan toe te komen. Hierbij kan aangetekend worden dat de mate van psychosociale hulpverlening niet echt te meten valt. Aan psychosociale hulpverlening wordt door de maatschappelijk werkers een eigen invulling gegeven. Af te vragen is of hier ook een gedeelte van de taken grenst aan die van een psycholoog. Er wordt praktische steun benoemt door de maatschappelijk werkers zoals aanschaf van hulpmiddelen. De zelfredzaamheid van de patiënt wordt belangrijk gevonden en wordt meegenomen in de argumenten om wel of geen ondersteuning te bieden. Het wordt in ieder geval gestimuleerd. De maatschappelijk werker beslist zelf of ze de patiënt erbij helpt. Opmerkelijk is dat waar eerst heel stellig aangegeven wordt het absoluut niet te doen, dit later in het interview tegengesproken wordt. Het aanvragen van zorgindicaties bij het CIZ wordt ook genoemd. Een maatschappelijk werker geeft aan dat een aanvraag verzorgen alles bij elkaar wel drie uur tijd kost. De aandachtsgebieden zijn op onevenredige wijze verdeeld. Een aantal maatschappelijk werkers hebben meerdere aandachtsgebieden. Waar het op andere locaties ingedeeld is in aandachtsgebieden per maatschappelijk werker kan dit mogelijk ook een kwetsbare constructie zijn wanneer er iemand uitvalt door ziekte of vakantie. In het algemeen lijkt het erop dat de werkdruk voor revalidatie maatschappelijk werkers hoger is dan voor maatschappelijk werkers met aandachtsgebieden als long stay somatiek of psychogeriatric. De verklaring kan liggen in het dynamische karakter van revalidatie, de druk vanuit de wet en regelgeving en de verantwoordelijkheid zoals voor de in- en doorstroom van patiënten en het aantal ligdagen. Hierbij kan aangetekend worden dat bij werkdruk zowel van objectieve als subjectieve aspecten sprake kan zijn.

Informatie

Uit dit onderzoek blijkt de triagering vanuit het ziekenhuis een belangrijk onderwerp van discussie te zijn. Bij alle maatschappelijk werkers bestaat de indruk dat de informatie welke gegeven wordt aan de patiënt in het ziekenhuis niet klopt. Uitspraken over informatie vanuit het ziekenhuis en de triagering zijn niet concreet, gebaseerd op eigen interpretaties en op gegevens die vanuit de patiënten en familie komen. Patiënten geven allemaal aan niet op de hoogte te zijn, geen informatie

te hebben ontvangen in het ziekenhuis met betrekking tot de revalidatie procedure. Het is mogelijk dat er verbanden bestaan met de beperkingen van de patiënten zoals bijvoorbeeld slechthorendheid en slechthorendheid of door een CVA. Door enkele maatschappelijk werkers wordt gesproken over een folder voor revalidatie zorg bij SVRZ. Echter de folder is niet meer in gebruik. De release van een nieuwe folder heeft niet plaatsgevonden omdat er incorrecte informatie in vermeld stond.

Factoren van invloed

Factoren die van invloed zijn op de terugkeer naar huis van de geriatrische revalidatie patiënt van 80 jaar en ouder kunnen mogelijk een verband hebben met de manier waarop de ontslagkans wordt signaleerd. De levensfase van de patiënten kenmerkt zich door multimorbiditeit en verliezen op meerdere gebieden door interne en externe factoren (RIVM, 2017). Dit komt overeen met de theorie van Rooij. In zijn artikel wordt aangegeven dat oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de geriatrische revalidatie en behandeling van de afzonderlijke ziekten anders kunnen zijn dan verwacht (Rooij, 2007). Uit het onderzoek komt naar voren dat de wet en regelgeving het meest van invloed is voor deze doelgroep kwetsbare ouderen. Hiermee is een onderling verband aan te tonen tussen de kwetsbaarheid van deze categorie patiënten en de productiesnelheid van de GRZ.

Zelfredzaamheid, regie

Tijdens dit onderzoek werd duidelijk dat de patiënten weinig tot geen eigen regie ervaren of er toe in staat zijn deze te voeren. Deze resultaten komen overeen met eerder onderzoek dat uitwees dat deze groep ouderen zelf vaak onvoldoende regie over hun leven kunnen voeren (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014). Hier kan sprake zijn van een beleevingsaspect waarbij de patiënt zich door de mate van hulpbehoefte in een afhankelijkheidspositie terecht is gekomen. Daarnaast lijkt het beeld wat ouderen van 80-plus hebben van “de maatschappelijk werker die alles voor je doet” nog steeds te bestaan, waardoor een afwachtende houding wordt aangenomen. Daarmee kan men zich afvragen of de profilering van de hedendaagse maatschappelijk werker voldoende is ingebed. Maatschappelijk werk geeft aan actief de eigen regie van de patiënt te stimuleren. Wanneer zaken niet snel genoeg geregeld zijn wordt het overgenomen om het ontslag te bevorderen. Overname van zaken kan ook gerelateerd zijn aan de eerder genoemde problematiek die ervaren wordt met familie met als intentie eventuele conflicten te voorkomen. Maatschappelijk werk voelt zich niet altijd prettig bij het stimuleren van de zelfregie van de patiënt. Hiermee lijkt een verband te bestaan tussen de grote betrokkenheid die maatschappelijk werkers voelen met de patiënten. Duidelijk is geworden dat wet en regelgeving en organisatorische factoren een rol spelen in de GRZ. Het kan zijn dat de speelruimte van de maatschappelijk werker om te fluctueren tussen distantie en betrokkenheid beperkt wordt door gebrek aan keuzes die gemaakt kunnen worden. Teveel distantie kan maken dat de patiënt onvoldoende bereikt wordt en het nadelig kan werken op het revalidatie proces. Daarmee wordt de indruk gewekt dat de routine en het strak hanteren van de GRZ regels veel energie kost en minder energie oplevert. Bovenstaande ondersteunt hiermee de uitspraak dat door de jaren heen het maatschappelijk werk binnen SVRZ steeds zakelijker is geworden (Loon & Noordegraaf, 2014).

Werkdruk

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat de maatschappelijk werkers vooral werkdruk ervaren bij problemen in op familie gebaseerde netwerken en de druk van de wet en regelgeving. Door werkdruk ontbreekt het vaak aan tijd. Psychosociale zorg wordt daardoor in beperkte mate gegeven. Vanuit de literatuur wordt gesteld dat psychosociale steun de patiënt en naasten ondersteunt om de eigen kwaliteiten en kracht terug te vinden, zodat zij eigen oplossingen vinden en daarmee verder kunnen (Campen, 2013). Dit is een belangrijk item voor het succes en ontslag van de patiënt. Deze bewering wordt door de maatschappelijk werkers ook zeker ondersteund.

6 Conclusies & Aanbevelingen



In dit hoofdstuk wordt allereerst antwoord gegeven op de deelvragen en wordt de centrale onderzoeksvraag beantwoord. Achtereenvolgens worden er concrete aanbevelingen gedaan.

6.1 Beantwoording van de deelvragen

“Welke aspecten uit de levensfase van patiënten van 80 jaar en ouder zijn van belang bij de terugkeer naar huis?”

Uit het onderzoek blijkt dat de levensfase een belangrijke beïnvloeder is in het revalidatietraject en niet enkel overheerst wordt door gezondheidsproblemen en toename van beperkingen. Het geestelijk welzijn en de woonomgeving zijn eveneens van belang. Het verlies van sociale rollen door verweduwing of overlijden van familie en persoonlijke relaties maakt de kring om de patiënt klein. De mate waarin de patiënten op anderen kunnen rekenen en daarop vertrouwen geeft een gevoel van afhankelijkheid. Het hebben van kinderen blijkt niet altijd toegang tot succes. Oplopende verliezen van mobiliteit en gezondheid op fysiek en geestelijk gebied leiden tot een situatie waarbij meer inspanning nodig is om zelfredzaam te kunnen zijn. Het leren, denken en onthouden is sterk vertraagt. Het ontbreekt patiënten soms aan drijfveren en motivatie. Hierbij moet aangetekend worden dat karakter en persoonlijkheid ook een rol spelen in het geheel. Ieder mens is uniek en gaat daar op eigen wijze mee om. Het beeld bestaat van de kwetsbare oudere, echter deze ouderen blijken ook over krachten te beschikken, opgedaan door levenservaringen. Wat overeenkomt is dat iedere patiënt zijn eigen unieke ervaringen uit zijn leven meeneemt en daarvan geleerd heeft. Er lijkt een soort accommoderende strategie ontwikkeld waarbij men bij veranderingen zich steeds heeft aanpast aan de nieuwe situatie.

“Welke andere factoren zijn er, die bevorderend of belemmerend zijn voor het behalen van het doel van het revalidatietraject bij geriatrische revalidatie patiënten van 80-plus?”

Bevorderend voor het behalen van het doel terugkeer naar huis zijn psychosociale ondersteuning en instrumentele steun. Tevens is een betrokken netwerksamenstelling helpend. Een goede fysieke en mentale conditie van de patiënt voorafgaand aan de opname vergroot de kans op succes. Wat ook helpt is het leren omgaan met de nieuw ontstane situatie en de beperkingen. Door psycho educatie, de kracht van de herhaling van informatie en contacten met andere patiënten. De professionele speelruimte van de maatschappelijk werkers geeft kansen creatief in te spelen op de diversiteit van de patiënten. Daarnaast heeft maatschappelijk werk een groot professioneel netwerk waar gebruik van gemaakt kan worden. Bij dreigende conflicten niet tegen weerstand in gaan voorkomt escalatie. Het vroegtijdig signaleren van problemen maakt het mogelijk de juiste interventies in te zetten.

Belemmerend in de GRZ is o.a de wet en regelgeving en de strakke regels van de DBC. Dit gaat gepaard met organisatorische factoren zoals de gevraagde productie snelheid m.b.t geriatrische revalidatie. Communicatie en informatievoorziening is onvoldoende gebleken op meerdere vlakken zoals naar de patiënt en zijn netwerk, in de triagering van het ziekenhuis naar de revalidatie afdeling en in het multidisciplinair team. Door maatschappelijk werk wordt aangegeven dat door werkdruk en gebrek aan tijd te weinig psychosociale ondersteuning geboden kan worden. De multimorbiditeit van de patiënten maakt dat de revalidatieprognose anders is dan verwacht. Achtereenvolgens zijn verkeerde verwachtingen van zorgvragers en hun kring belemmerend, verstoorde relaties van de patiënt binnen de familie netwerken, overbelasting van de mantelzorg, onveilige woonomgeving en mate van zelfredzaamheid van de patiënt. Aandachtspunt is de bejegening/benadering van de verzorging ten aanzien van de patiënten.

“Welke ondersteuningsbehoeftes hebben patiënten van 80-plus tijdens de geriatrische revalidatie met betrekking tot terugkeer naar de thuissituatie?”

Het onderzoek wijst uit dat de patiënten informatie missen over hoe de revalidatie verloopt, of uitslagen van testen die gedaan zijn. Maculadegeneratie en slechthorendheid is bij alle patiënten een handicap. Veel informatie ontgaat de patiënten hierdoor en ontspannende activiteiten worden er

door belemmerd. De patiënten willen weten wie de hulpverleners zijn en wat ze doen. Als negatief aspect tijdens de revalidatie wordt door alle patiënten aangegeven dat ze erg moe zijn en graag een aangepast tempo zien wat past bij hun conditie en leeftijd, vooral niet gehaast. Geen activiteiten opgedragen krijgen of trainen die voor opname thuis ook niet gedaan werden. Om zich gelukkig te voelen vinden patiënten het belangrijk dingen te doen zoals lezen en televisie kijken, het geloof beleven en humor. Sociale contacten en steun van familie gebaseerde netwerken zoals de kinderen.

Men geeft aan hulp nodig te hebben op verschillende gebieden zoals uitbreiding van thuiszorg, maaltijdvoorzieningen, hulpmiddelen en aanpassingen in hun huis.

De patiënten die niet terugkeren naar huis zeggen een plaats nodig te hebben in een verpleeghuis of een aangepaste woonvoorziening. Aan het eind van ieder interview geven de patiënten aan positief te zijn over de adviezen van de verzorging hoe om te gaan met de opgetreden beperking(en).

Daarnaast vindt men de maaltijden van goede kwaliteit. Overige verbeteringen met betrekking tot geriatrische revalidatie die worden genoemd:

- Sneller reageren op een bel (wordt drie keer genoemd).
- Fysiotherapie en ergotherapie bij afwezigheid laten vervangen door anderen. Therapie gaat vaak niet door, door afwezigheid t.g.v ziekte of vakantie.
- Aanpassen van rolstoel of hulp met af en toe een stukje lopen, men wordt stijf van al het zitten.
- De kamers zijn niet ingericht op mensen met een beperking; geen planchet boven de wastafel om spullen op te zetten, geen haakjes voor de handdoeken enz.
- ADL op de eigen manier doen zoals thuis gewend, vaak was er al thuiszorg ondersteuning, niet alles tegelijk bij aan en uitkleden.
- Gesprekken voeren, hun verhaal kwijt kunnen geeft steun.

“Welke interventies biedt maatschappelijk werk SVRZ locatie Ter Valcke tijdens geriatrische revalidatie bij patiënten van 80-plus?”

Vanaf de eerste dag van aanmelding van de patiënt door het ziekenhuis is alles gericht op revalidatie en herstel met als insteek terugkeer naar huis. Maatschappelijk werk attendeert de SO bij signalering opvallende zaken in de triage zoals slecht instrueerbaar, immobiel, cognitief zwaar aangedaan.

De maatschappelijk werker heeft contact met de patiënt en is de verbindende factor tijdens het hele revalidatieproces. Er wordt vóór opname telefonisch contact opgenomen met de eerste contactpersoon van de patiënt. Informatie wordt gegeven over de locatie, het revalidatieproces, en meteen wordt informatie gevraagd over de huidige situatie en de situatie vóór opname in het ziekenhuis. De onderwerpen worden doorgenomen op woon/leefgebied, cognitieve functies en reeds aanwezige vormen van ondersteuning. Het aanboren van het professionele netwerk gebeurt een week voor ontslag van de patiënt en de mogelijkheden worden met betrokkenen besproken.

Thuiszorgorganisaties geven in toenemende mate aan de zorg niet te kunnen leveren. Vroeg anticiperen hierop maakt dat er tijdig een andere zorgaanbieder benaderd kan worden. Wat niet in het onderzoek is meegenomen maar wel van belang is, is het feit dat de thuiszorg van SVRZ het meest beperkt is in zijn aanbod. Daardoor moet vaker uitgeweken worden naar con-collega's. Bij relatieproblemen wordt met beide partners én afzonderlijk in gesprek gegaan. Praktische steun wordt geboden wanneer het patiënten niet lukt zoals bij aanschaf hulpmiddelen of WMO voorzieningen. De maatschappelijk werker is bij het MDO aanwezig, daarna bij het eerste evaluatiegesprek. Maatschappelijk werk probeert in voorbereiding al in contact te zijn geweest met de patiënt en zijn familie, dit lukt niet altijd door tijdgebrek. Bij patiënt gesprekken is de maatschappelijk werker altijd aanwezig, of diens vervangend collega met als aandachtsgebied geriatrische revalidatie. Indien geen van beiden aanwezig is door vakantie of ziekte wordt het niet vervangen door andere collega maatschappelijk werkers van Ter Valcke. Dit maakt de situatie kwetsbaar.

“Welke mogelijkheden kan maatschappelijk werk SVRZ locatie Ter Valcke aanbieden ten aanzien van de geriatrische revalidatie bij patiënten van 80-plus?”

De patiënten die binnenkomen en weer met ontslag moeten worden steeds ouder en kwetsbaarder en het valgevaar neemt toe. Daarnaast geven nieuwe incidenten ook cognitief achteruitgang. Wat maatschappelijk werk kan doen bij ontslag naar de thuissituatie is zoveel mogelijk thuiszorg inzetten, eventueel met dagbesteding. Bij toename van zorgbehoefte kan een zorgindicatie aangevraagd worden bij het CIZ. Mits terecht en goed onderbouwd wordt deze toegekend. De patiënt kan niet blijven wachten in Ter Valcke. Een overbruggingsplaats wordt dan gezocht, waarbij gestreefd wordt naar een plaats binnen de regio. Een andere overbruggingsmogelijkheid is het Zorghotel. In toenemende mate blijkt het financiële aspect een belemmering te zijn voor de patiënten met betrekking tot vervolgzorg en gaat men soms tegen alle adviezen in toch terug naar huis.

6.2 Beantwoording van de centrale vraag

“Welke interventies kan maatschappelijk werk SVRZ locatie Ter Valcke in Goes, inzetten om in te spelen op factoren van invloed bij patiënten van 80 jaar en ouder, vanuit de geriatrische revalidatie afdeling, met betrekking tot het doel ‘terugkeer naar de thuissituatie’?”

Er zijn verschillende aspecten die spelen waarbij de levensfase van de patiënten een belangrijke rol inneemt. Daarnaast zijn er knelpunten aan de orde gekomen met name op het gebied van wet en regelgeving, organisatorische factoren en capaciteiten van de maatschappelijk werkers. Wat vooral uit het onderzoek naar voren komt is welke factoren helpend of juist belemmerend of storend zijn in het GRZ traject. Aangetoond is dat het geen standaard procedure is maar persoonlijke en omgevingsfactoren het eindresultaat van de revalidatie beïnvloeden. Bij de patiënten is vooral behoefte aan erkenning dat het soms te veel is en op het gebied van duidelijkheid zonder te veel rigiditeit. Met betrekking tot maatschappelijk werk is inzichtelijk geworden wat de revalidatie maatschappelijk werkers nu feitelijk doen. Er is vooral behoefte aan voldoende capaciteit in het GRZ traject om beter proactief te kunnen reageren op signalen die het proces kunnen stagneren.

6.3 Algemene conclusie en uitgangspunt aanbevelingen

De belangrijkste inzichten die uit het onderzoek zijn verkregen zijn de knelpunten op gebied van wet- en regelgeving, organisatieprocessen en de kwalitatieve en kwantitatieve capaciteit van maatschappelijk werkers. Hoewel er enerzijds voldoende disciplines (specialismen) aanwezig zijn en participeren in het revalidatieproces van een patiënt, is dit geen garantie dat er ook daadwerkelijk interdisciplinaire samenwerking plaatsvindt. Uit het onderzoek blijkt dat ondanks de individuele inzet, de gezamenlijke afstemming ontbreekt. Het gebrek aan gestructureerde samenwerking doet af aan de kwaliteit van het gezamenlijk product en beïnvloedt daarom het resultaat. Behalve de interdisciplinaire samenwerking, is ook de samenwerking met stakeholders in praktijk onvoldoende. De belangrijkste stakeholder, de patiënt, ervaart een gebrek aan duidelijkheid, omdat informatie niet of niet duidelijk (denk aan visuele of auditieve beperkingen) wordt gegeven. De contactpersonen uit de persoonlijke omgeving van de patiënt, eveneens belangrijke stakeholders in het proces van revalidatie, worden te weinig betrokken, terwijl daardoor juist de revalidatie kan worden bevorderd en versneld. Zij vormen belangrijke informatiebronnen voor het vaststellen van de prioriteiten in het revalidatieproces. Immers, het voorbeeld van de vrouw die huishoudelijke taken moest oefenen, terwijl in de thuissituatie daar geen sprake van was of zou zijn (externe betaalde hulp), toont aan dat gebrek aan maatwerk het revalidatieproces zelfs tegenwerkte en uiteindelijk deed stagneren. Het verzamelen, delen en vastleggen/vindbaar maken van informatie voor betrokken partijen en de patiënt zelf, kan concluderend gezien worden als efficiëntie bevorderend. Hoewel vastlegging en vindbaar maken van informatie op een centraal punt tijdrovend kan lijken, is het omgekeerde het geval. Het voorkomt dat teamleden naar verschillende anderen moet gaan om een totaalbeeld te

krijgen en er ruis ontstaat of dat informatie incompleet is of te laat wordt doorgegeven omdat iemand er die dag niet is. De bespaarde tijd en de duidelijkheid die worden verkregen, kunnen gebruikt worden om het sociaalpsychologisch aspect van de revalidatie te bevorderen en het persoonlijk contact, wat een kernkwaliteit is van maatschappelijk werkers, ruimte te geven.

Het pragmatisch opstellen van een stappenplan voor het proces, zoals met behulp van een stroomschema, vormt een basis voor het verbeteren van proces en resultaat. Vanwege de werkbaarheid in de uitvoering, is het belangrijk dat de maatschappelijk werkers van de teams betrokken worden bij het ontwerp en invulling geven vanuit praktijkkennis en –ervaringen.

6.4 Praktische aanbevelingen

6.4.1 Interdisciplinaire samenwerking

Maatschappelijk werk is continu actief de patiënt te begeleiden van opname tot ontslag. Alles doen in het kader van het doel terugkeer naar huis zit nog niet in ieders systeem. Uit het onderzoek blijkt dat verzorging geneigd is methodisch te werken volgens zekere patronen, zoals bijvoorbeeld bij ADL zorg. Werken in geriatrische revalidatie vraagt een andere werkwijze waarbij bestaande kennis van zorg creatieve aanpassingen vraagt in de werkwijze. Daarbij kan het helpend zijn rekening te houden met individuele aspecten van de patiënt zoals persoonlijke en omgevingsfactoren. Gebleken is dat bij afwezigheid van disciplines zoals fysiotherapie en ergotherapie geen vervanging is. Dit heeft een belemmerende invloed op de continuïteit van het revalidatieproces. Maatschappelijk werkers in Ter Valcke hebben verschillende aandachtsgebieden. Dit maakt de constructie kwetsbaar wanneer er uitval is door ziekte of vakantie. Door gedeelde kennis en verantwoordelijkheid wordt de positie versterkt. Aanpassing van de huidige taakfunctie omschrijving van maatschappelijk werk kan hierin ondersteunend zijn. Er is veel te zeggen over samenwerking van verschillende disciplines maar als het om het vergroten van de ontslagkans van de GRZ patiënt gaat is het wel een voorwaarde. De omslag van multidisciplinair werken waarbij ieder vanuit zijn eigen vakgebied werkt, naar interdisciplinair waarbij iedereen samenwerkt kan een effect hebben op de ontslagkans van de GRZ patiënt.

6.4.2 Participatie stakeholders

Betrekken Familie

Familie is erg belangrijk zo is gebleken uit de resultaten. Familie kan betrokken worden bij oefeningen en therapie door ze actief uit te nodigen aanwezig te zijn bij de therapie. Ook kan familie geïnformeerd worden hoe de patiënt te stimuleren dingen zelf te doen. Hier kan een oefenboek ondersteunend in zijn.

6.4.3 Informatievastlegging & informatiedeling

Informatiebehoefte

Het onderzoek wijst uit dat informatie m.b.t het revalidatietraject vanuit het ziekenhuis naar familie en patiënt toe onduidelijk is. Het realiseren en verspreiden van een actuele folder over geriatrische revalidatie kan een belangrijke toevoeging zijn.

Het is voor de patiënten en naasten onduidelijk welke gesprekken er plaatsvinden en wanneer. Het visualiseren van een stroomschema kan hierin ondersteunend zijn. Daarnaast is het belangrijk dat iedere betrokken discipline dezelfde terminologie gebruikt.

Maatschappelijk werk is medeverantwoordelijk voor de productie GRZ, de in – door- en uitstroom van patiënten. Om hierop te kunnen anticiperen is frequent actuele sturingsinformatie noodzakelijk.

Praktische ondersteuning

Uit het onderzoek kwam naar voren dat patiënten beperkingen hebben op zintuiglijk gebied zoals visuele beperkingen en gehoorverlies. Daardoor bestaat het risico dat informatie niet binnenkomt. Daarnaast moet zintuiglijke informatie ook verwerkt worden. Het kan mogelijk helpen gemaakte afspraken duidelijk leesbaar op een gekleurd papier te zetten en op de kamer van de patiënt te hangen of leggen. Daarbij is de familie beter geïnformeerd.

Patiënten geven aan niet te weten wie de behandelaars zijn en wat ze doen. Het dragen van een naambadge kan hierin helpend zijn.

Uit het onderzoek blijkt dat sommige patiënten graag iets te doen willen hebben maar ook willen werken aan hun herstel door oefeningen te doen. Het is niet duidelijk wat de mogelijkheden zijn. Een oefenboek (met afbeeldingen) op de kamer kan duidelijkheid geven. Ook kan het gebruik van een stappenteller een stimulerend effect hebben. Motivatie kan vergroot worden door te kijken wat helpt en wat niet. Patiënten kunnen oefenen hoe zich aan te passen aan de nieuwe situatie.

6.4.4 Vervolgonderzoek

Als mogelijkheden voor het doen van vervolgonderzoek wordt gezien een kwantitatief klanttevredenheidsonderzoek op grote schaal onder geriatrische revalidatiepatiënten en medewerkers van betreffende afdelingen in Nederland, waarbij de locatie als onderdeel wordt opgenomen. Hierdoor worden verschillen tussen locaties inzichtelijk en kunnen geriatrische teams in Nederland van elkaar leren. De wet- en regelgeving is algemeen geldend, dus de taken en protocollen die hieruit voortkomen zijn overal van toepassing. Hoe de werkdruk ervaren wordt en hoe de taakinfilling exact wordt gedaan zijn vermoedelijk verschillend. Door de ervaringen te vergelijken met de manier waarop wordt gewerkt (zoals waar prioriteit aan wordt gesteld) per locatie, kunnen teams maatschappelijk werkers misschien tot betere inzichten komen om de balans tussen verplichtingen in procedures en wensen en behoeften van zowel patiënt als maatschappelijk werker te verbeteren.

7 Evaluatie



In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoeksproces is verlopen. Daarin wordt de betrouwbaarheid en validiteit meegenomen en tevens het eigen onderzoeksgedrag.

7.1 Evaluatie van het onderzoeksproces

Dit onderzoek is in opdracht gestart van SVRZ, locatie Ter Valcke te Goes. Het onderwerp is gekozen in overleg met mijn praktijkbegeleider. Als stagiaire ben ik werkzaam op de geriatrische revalidatie, daarmee lag het onderwerp redelijk voor de hand. Met enige regelmaat komt het voor dat geriatrische revalidanten niet hun doel behalen, namelijk terugkeer naar de thuissituatie. Over de mogelijke oorzaken bestaan verschillende opvattingen en theorieën. Dat maakte het extra interessant voor mij om te onderzoeken wat nu de daadwerkelijke redenen konden zijn. In opvolging van feedback van mijn onderzoeksbegeleider is de onderzoeksvraag een paar keer aangepast. Er was voldoende literatuur en informatie te vinden over het onderwerp, ik vond het soms lastig een keuze te maken omdat alles me interessant leek. Het was voor mij verrassend dat het onderzoeksvoorstel bij de eerste poging akkoord was. De gegeven feedback heb ik verwerkt. Zelfs bij de afbeelding op de voorkant. De interviews met de patiënten waren zeer waardevol op meerdere vlakken. Ik heb gemerkt dat deze mensen het fijn vonden hun verhaal te doen en te vertellen over hun leven van begin tot nu. Door die ruimte te bieden duurden de interviews langer dan de bedoeling was. De interviews met de maatschappelijk werkers duurden bij enkelen ook langer doordat er veel praktijkvoorbeelden werden aangedragen. Bij de patiënten heb ik een proefinterview gehouden in aanwezigheid van mijn praktijkbegeleider. De vraagstelling heb ik daarna aangepast omdat ik te moeilijk taalgebruik hanteerde waardoor de vraag niet begrepen werd. Het verwerken van de gegevens vroeg veel tijd maar gaf gaandeweg het proces steeds meer inzicht. Ik merkte dat wanneer ik een aantal dagen niet met het onderzoek bezig was het lastiger werd weer in de materie te komen. Daarom heb ik er iedere dag aan gewerkt. Ik heb regelmatig adviesgesprekken gevraagd met mijn onderzoeksbegeleider. Ook heb ik regelmatig met mijn praktijkbegeleider gesproken zodat ze me van adviezen en feedback kon voorzien en ze het proces kon volgen. Haar belangstelling en enthousiasme waren voor mij motiverend.

7.2 Evaluatie van het onderzoeksresultaat

Bij dit kwalitatief onderzoek is gebruik gemaakt van voldoende respondenten. De externe validiteit van de interviews is ondersteund door de verhouding van 9 (8 + 1 bruikbaar proef interview) patiënten ten opzichte van 6 maatschappelijk werkers. Revalidanten hebben soms cognitieve en communicatieve beperkingen ten gevolge van CVA. Daarom is hierin een selectie gemaakt. Mede om sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk uit te sluiten is tijdens interviews doorgevraagd. Het structureel gebruik van de vooraf opgestelde topics liep bij de patiënten soms iets anders dan gepland doordat regelmatig gerefereerd werd naar eerder vertelde ervaringen. De open vraagstelling maakt dat het bruikbare informatie opleverde. De interviews zijn onder dezelfde omstandigheden afgenomen dat wil zeggen, bij de patiënten op de kamer. Het bleek onmogelijk om alle factoren die de uitkomst bepalen mee te nemen in het onderzoek. Gestreefd is naar een zo groot mogelijk percentage betrouwbaarheid en validiteit. Rekening wordt gehouden met het feit dat er toch een mogelijkheid is dat andere factoren een rol spelen in de uitkomst zoals interne factoren en de persoonlijkheid van de respondenten. Daarnaast heb ik regelmatig de eigen opvattingen, gedachten en conclusies voorgelegd aan de onderzoeksbegeleider van HZ om de eigen invloed op het proces zoveel mogelijk zuiver te houden.

Uiteindelijk hebben de interviews naast de resultaten voor het onderzoek nog wat punten naar voren gebracht waar een vervolg aan gegeven kan worden in de praktijk.

7.3 Bespreking van het eigen onderzoeksgedrag

De gesprekken zijn met toestemming opgenomen, geen enkele respondent had bezwaren. De garantie is gegeven dat deze na afronding van het onderzoek verwijderd zullen worden. De interviews hebben veel informatie opgeleverd. Tijdens de interviews vond ik het soms moeilijk een

neutrale houding aan te nemen. Ik voel me emotioneel verbonden met mijn vak en met de patiënten. Dat kleurt soms mijn waarnemingsvermogen. Ik ben snel geneigd die dingen te benadrukken die mijn vooringenomen standpunt bevestigen zoals op voorhand er vanuit gaan dat maatschappelijk werk Ter Valcke het heel goed doet qua aantal ligdagen. Daarom heb ik bijvoorbeeld een cijfermatig overzicht opgevraagd bij de administratie. Het oordelen op basis van wat de respondenten mij vertelden in de interviews, vergrootte de kans dat ik effecten zou onderschatten, zoals de familieconflicten en het ervaren van de nadelige effecten op maatschappelijk werk. Het zou ook kunnen dat de ervaring beïnvloed wordt door de werkdruk of vermoeidheid. In mijn waarneming en verbale uiting van de respondenten was ik geneigd deze oorzakelijk met elkaar te verbinden. Zoals de respondent die er ogenschijnlijk zwak en kwetsbaar uitzag dus niet in staat zou zijn tot zelfregie. Kritieke tekststukken vond ik lastig omdat het voor de opdrachtgever negatief klinkt. Samenwerking en eenduidigheid in werkwijzen bleek niet positief uit het onderzoek te komen. Ik probeerde het dan anders neer te zetten omdat ik niet 'tegen heilige huisjes aan wil schoppen'. Met name bij de maatschappelijk werkers omdat ik ervaringen herkende. Met dit onderzoek heb ik wel duidelijk gekregen hoe intensief het werk is wat gedaan wordt. Ik was in het begin geneigd iets toe te voegen aan het verhaal van respondenten of te bevestigingen. Het is van belang de respondenten hun eigen verhaal te laten vertellen. Bij de patiënten waren soms momenten waarbij de emoties hoog opliepen. Ik was bijna geneigd dit uit de resultaten te laten maar ben blij dat ik dit achteraf niet gedaan heb, want dit is waar het om gaat. Om deze groep patiënten zich niet hulpeloos te laten voelen in hun kwetsbaarheid is het nodig de feiten onder ogen te zien. Daarom ben ik trots op wat dit onderzoek heeft gebracht.

Bibliografie

- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V. Geraadpleegd op oktober 30, 2017
- Bil, P. d. (2011). *Onderzoek in 15 stappen*. Amsterdam: Uitgeverij Nelissen. Geraadpleegd op oktober 30, 2017
- Bolt, A. (2013, Januari 1). Wat is het effect? Veranderende bekostiging van de revalidatiezorg. *Revalidatiemagazine, juni 2013*, 4-6. Opgeroepen op oktober 29, 2017, van http://revalidatiemagazine.nl/article/49417/wat_is_het_effect
- BPSW. (2010). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk. Geraadpleegd op oktober 30, 2017
- BPSW. (2010). *Competentieprofiel Revalidatie Maatschappelijk Werk*. Opgeroepen op november 5, 2017, van Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk: <https://www.bpsw.nl/publicaties/competentieprofiel-revalidatie-maatschappelijk-werk/>
- Bruyninckx, E., & Mortelmans, D. (1999). Kwaliteit van leven en gezondheidszorg. *Tijdschrift voor sociologie*, 50-62. Opgeroepen op november 5, 2017
- Campen, C. v. (2013). *Met zorg ouder worden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Opgeroepen op september 21, 2017
- Centrum Indicatiestelling Zorg. (2017, 01 01). *Hoe de Wlz werkt*. Opgeroepen op november 2, 2017, van www.ciz.nl: <https://www.longfonds.nl/copd/alles-over-copd/wat-is-copd>
- Doekhie, K., Veer, A. d., Rademakers, J., Schellevis, F., & Francke, A. (2014). *Ouderen van de toekomst: Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: Nivel. Opgeroepen op oktober 29, 2017
- Erikson, E. H. (1977). *Het kind en de samenleving* (8 ed.). Utrecht: Het Spectrum. Geraadpleegd op oktober 1, 2017
- Feldman, R. (2014). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux. Geraadpleegd op 30 oktober, 2017
- Ferrucci, L. (2004, april 1). Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons. *General of the American Geriatrics Society*. Opgeroepen op november 2, 2017, van <http://onlinelibrary.wiley.com>
- Fried, L., Ferrucci, L., & Darer, J. (2004, maart 1). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity. *The Journals of Gerontology*, 2004(3), 255-263. Opgeroepen op november 2, 2017, van <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/59/3/M255/579713>

- Groof, F., & Elchardus, M. (2005, april). Een empirische analyse van de welzijnservaring van 75-jarige Vlamingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 55-67. Opgeroepen op november 1, 2017
- Holstvoogd, R. (2006). *Maatschappelijk werk in kerntaken*. Bohn Stafleu van Loghum. Geraadpleegd op november 3, 2017
- Janssen, F. &. (2016). Opgeroepen op oktober 12, 2017, van <http://www.rug.nl>
- Keesom, J., & Witteveen, E. (2012). *Voor een goed leven na hersenletsel*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie. Opgeroepen op november 2, 2017
- Kersbergen, K. v. (2016). *De verzorgingsstaat*. Amsterdam: Amsterdam University Press. Opgeroepen op oktober 1, 2017
- Levinson, D. J. (1986, januari 1). A conception of adult development. *American Psychologist*, pp. 3-13. Opgeroepen op oktober 1, 2017, van google scholar.
- Liefbroer, A., & Dijkstra, P. (2000). *Levenslopen in verandering*. Den Haag: Sdu Uitgevers. Geraadpleegd op november 5, 2017
- Loon, M. v., & Noordegraaf, M. (2014). *Professionals onder druk of professionele tegendruk?* Utrecht: Boom Lemma. Opgeroepen op september 21, 2017
- Maat, J. W., Xanten, H. v., & With, J. d. (2015). *Sluitende verzorgingshuizen, wie vangt de sociale functie op in de wijk?* Utrecht: Movisie, kennis en aanpak sociale vraagstukken. Opgeroepen op september 21, 2017
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2017, januari 1). *geriatrische revalidatiezorg*. Opgeroepen op oktober 1, 2017, van werken met DBC's: <https://werkenmetdbcs.nza.nl/geriatriescherevalidatiezorg>
- Nivel. (2014, april). Opgeroepen op november 5, 2017, van <https://www.nivel.nl>
- Peters, L., Boter, H., Slaets, J., & Buskens, E. (2013). Development and measurement properties of the self assessment version of the. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 518-522. Opgeroepen op november 5, 2017
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). *Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life*. Washington: American Psychology Association. Opgeroepen op november 5, 2017, van <http://psycnet.apa.org>
- RIVM. (2017, maart 25). *Determinanten van (on)gezondheid*. (RIVM) Opgeroepen op oktober 14, 2017, van Volksgezondheidszorg.info: <https://www.volksgezondheidszorg.info>
- Rooij, S. d. (2007, juli 31). Dubbel kwetsbaar. *Medisch contact*, 13. Opgeroepen op oktober 15, 2017
- Schim van Loeff, R. (2012). *Geriatrie, basiswerken verpleging en verzorging*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Geraadpleegd op oktober 15, 2017
- Stichting Longfonds. (2017). *wat is COPD?* Opgeroepen op november 3, 2017, van Longfonds: <https://www.longfonds.nl/copd/alles-over-copd/wat-is-copd>

SVRZ. (2017, januari 1). *Over SVRZ*. Opgeroepen op oktober 30, 2017, van SVRZ:

<https://www.svrz.nl/over-ons/over-svrz>

Swaab, D. (2016). *Het creatieve brein*. Atlas Contact Uitgeverij. Geraadpleegd op oktober 2, 2017

Verenso. (2017, 01 01). *Geriatrische Revalidatie*. Opgeroepen op november 1, 2017, van Verenso:

<http://www.verenso.nl/geriatrische-revalidatie/>

Zimbardo, P., Johnson, R., & McCann, V. (2009). *Psychologie een inleiding* (2 ed.). Amsterdam:

Pearson Education Benelux bv. Opgeroepen op oktober 10, 2017

Zorginstituut Nederland. (2017, Oktober 29). Opgehaald van Website van Zorginstituut Nederland:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/.../geriatrische-revalidatie-zvw>

Bijlage 1. Feedbackverslag opdrachtgever

Middelburg/Goes, 24 april 2018

Beste Monique,

Vanaf de eerste dag ben je op zeer gedreven en gestructureerde wijze gestart met je onderzoek. De vragen die je gesteld hebt aan ons als begeleiders waren helder en concreet. Dit was voor ons prettig in de samenwerking. Daarnaast stond je open voor feedback, reflectie en was je in staat om ook je valkuilen te benoemen.

Gaandeweg in het onderzoeksproces en de toename van informatie verkregen vanuit literatuur en je interviews zagen we even een vertroebeling van de onderzoeksvraag ontstaan. Door de consequente samenkomsten, locatiebezoek en email contact met ons kon je de lijn vasthouden. Dit resulteerde in het eindproduct, het uiteindelijke onderzoeksrapport!!

Uit het onderzoek kunnen we opmaken dat je tot heldere conclusies bent gekomen en daarvoor concrete aanbevelingen hebt kunnen formuleren die de organisatie SVRZ verder kunnen brengen in het verbeteren van het zorgproduct geriatrische revalidatie. Daarbij benoem je concreet; informatie naar cliënten en omgeving, het beter inspelen op cliënten met een visuele en auditieve problemen en last but not least voor de maatschappelijk werker de behoefte aan samenwerking, uniformiteit en de vraag om erkenning (functieomschrijving) van de werkzaamheden en complexiteit binnen de geriatrische revalidatie zorg. Voor de organisatie zijn deze aanbevelingen heel waardevol en kunnen meegenomen worden in de huidige ontwikkelingen van de geriatrische revalidatie en de herpositionering maatschappelijk werk. In eerste instantie hield je de aanbevelingen wat globaal, maar je hebt met de feedback van Marjan deze concreter kunnen beschrijven en dus steviger neer kunnen zetten.

Wij geven dan ook het advies om dit rapport in de organisatie bij meerdere disciplines te presenteren om te komen tot een brede verspreiding van de opgedane kennis, conclusies en aanbevelingen.

We wensen je veel succes met de afronding van je studie en de start als maatschappelijk werker.

Marjan Saija, maatschappelijk werker SVRZ
Jeanine Smith, maatschappelijk werker SVRZ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Smith', with a long horizontal line extending from the bottom of the signature.

Bijlage 2. Transcriptie patiënt

Transcript	
Naam interviewer:	Monique Rijk
Geïnterviewde:	Patiënt heeft revalidatie doorlopen zonder eindresultaat terugkeer naar huis
Datum van het interview:	6-12-2017
Tijdstip van het interview:	16.00 uur
Lengte interview in minuten:	48.56: minuten
Geslacht van geïnterviewde:	V
Leeftijd:	84 jaar
Onderwerp:	Een kwalitatief onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de terugkeer naar huis van de geriatrische revalidatie patiënt van 80 jaar en ouder.

Gesproken tekst	
Interviewer: welk jaar bent u geboren?	
Geïnterviewde: 1933	
Interviewer: 1933, en u bent geboren in?	
Geïnterviewde: Rotterdam	
Interviewer: kunt u kort vertellen hoe het gezin er toen uitzag?	
Geïnterviewde: dat is een moeilijke zaak om dat kort te vertellen maar ik zal het proberen zo kort mogelijk te houden. Mijn moeder is bij mijn vader weggegaan toen ik 1 jaar was. Omdat hij had een schoenenzaak voor orthopedische schoenen en die heeft hij verdronken door dronkenschap. En toen is mijn moeders bij hem weggegaan omdat ze ook nog slaag kon krijgen. En is ze terug naar haar moeder gegaan in die woonde in Vlissingen.	
Interviewer: hm hm	
Geïnterviewde: en daar kwam ik terecht bij mijn oma die ik mams noemde omdat zij pas 40 was en ze geen oma wou zijn	
Interviewer: hm ja	
Geïnterviewde: daar heb ik dus 7 jaar bij gewoond	
Interviewer: ja	
Geïnterviewde: en toen is mijn moeder hertrouwd. Dan had ik een tweede vader en daar ben ik gebleven tot mijn 15 de en toen kreeg ik een derde vader	
Interviewer: o	
Geïnterviewde: toen ben ik met mijn vijftiende alleen op pad gegaan, en dat heb ik gedaan tot mijn 22 ^e , tot ik trouwde, toen was ik 4 jaar verloofd	
Interviewer: ja	
Geïnterviewde: en toen ben ik getrouwd dus. Toen hebben we eerst in een gemeubileerde flat gewoond en daarna op de Veerseweg. Nou en daar hebben wij als paar gewoond, 2 zoons	

gekregen, 1 in het ziekenhuis de andere thuis. Wat nog meer, wil je nog meer weten?
Interviewer: bent u naar school geweest, of heeft u een baan gehad?
Geïnterviewde: ik ben naar school geweest gewoon de lagere school, daar heb ik een paar jaar avondschoon gehad, maar voor de rest ben ik een autodidact. Ik 3300 boeken thuis staan, en ik heb veel geleerd, mezelf aangeleerd
Interviewer: hm hm
Geïnterviewde: ja dus ik kan niet zeggen dat ik een studie heb gevolgd omdat ik daar de kans niet voor heb gekregen
Interviewer: nee
Geïnterviewde: ik heb mezelf alles aangeleerd. Nou daarbij ben ik in de verpleging geweest, in een zwakzinnigen verpleging. En dat heb ik twee jaar gevolgd en toen ben ik in de huishouding gegaan, ben ik als huishoudster bij een dominee terecht gekomen in een huis van 25 vertrekken, en daar heb ik mijn werk gedaan
Interviewer: alleen? moest u dat alleen doen?
Geïnterviewde: nee met 3 dagen een meisje, en met 3 dagen een werkster, dat was het werk
Interviewer: ja, en wat deed uw man voor werk?
Geïnterviewde: mijn man was constructeur, die oude gasovens voor Philips. Daarbij werkte ik met mijn man samen want als we op visite geweest waren dan gingen we s 'avonds nog even naar de fabriek, naar 'zijn kinderen' kijken
Interviewer: waar woonde u toen?
Geïnterviewde: toen woonde ik al op de Veerseweg
Interviewer: wat voor soort huis was dat?
Geïnterviewde: een gewone eengezinswoning, en die had Philips gebouwd voor de Vitrite. Daar woonden dus allemaal Vitrite mensen en 5 woningen waren er in de Beatrixstraat
Interviewer: had u contact met die mensen om u heen?
Geïnterviewde: jaah altijd gehad, want ik ben een sociaal mens. Geen socialist maar sociaal mens. Dat is wat anders
Interviewer: ja
Geïnterviewde: dus daar heb ik altijd die 62 jaar gewoond, dat is tot nu toe
Interviewer: hoe zagen die contacten eruit?
Geïnterviewde: een verjaardagje bij een buurvrouw een verjaardagje bij een collega, geen overhuislopend
Interviewer: hielpen jullie elkaar als er wat was?
Geïnterviewde: ja we zagen elkaar regelmatig. We waren sociaal, dat betekent dat je mekaar helpt. Anders is dat voor ons geen betekenis, dan heeft het ook geen betekenis
Interviewer: nee nee
Geïnterviewde: en dat is een kwestie van mekaar helpen en onderling was er wat dan hielp je, dat was niet iets abnormaals
Interviewer: nee nee, hoe woont u nu?
Geïnterviewde: nog steeds op de Veerseweg
Interviewer: heeft u daar hulp in huis?
Geïnterviewde: de zorg
Interviewer: die komt bij u thuis?
Geïnterviewde: die komt s 'morgens mijn kousen aantrekken s 'avonds mijn kousen uittrekken en dat is alles
interviewer ja ja
Geïnterviewde: en 3 keer in de week huishoudelijke hulp
Interviewer: ja ja, en wie zijn er nog meer in uw omgeving die u ondersteunen of helpen met dingen zoals boodschappen doen?
Geïnterviewde: dat deed ik allemaal zelf, koken boodschappen doen. Alleen is er nu een

mantelmoeder zeg ik altijd. Ik weet niet hoe ik dat moet zeggen he, dat is een vriendin die iets verderop woont
Interviewer: ja
Geïnterviewde: die hebben een eigen zaak dus dat heeft niets met de Vitrite te maken, die zorgt nu voor mijn banktoestanden die doet zij, ik moet alleen mijn code invullen en dergelijke meer. Maar dat zijn dingen die ik zelf kan alleen niet meer zien
Interviewer: nee?
Geïnterviewde: ik heb nog 20% om te zien
Interviewer: ja
Geïnterviewde: dus kan ik zelf uh geen toestanden doen, dat doet zij
Interviewer: u had het erover dat u 2 kinderen had
Geïnterviewde: ja de ene is gestorven aan longkanker, en de andere die zit in Costa Rica.
Interviewer: dus niet in de buurt
Geïnterviewde: die werkt daar, die heeft daar een gezin
Interviewer: ja
Geïnterviewde: en die is daar gelukkig. En mijn kinderen die zijn zo geweest dat ze uh. 9 maanden zijn ze een bezit, na 9 maanden zijn ze geen bezit meer dan zijn het personen, en dan heb ik daar niks meer over te zeggen. Ik mag ze opvoeden, en daarmee basta. Voor de rest niet meer. Vind je dat gek dat ik zo denk
Geïnterviewde: tja ik weet het niet
Geïnterviewde: het komt op hetzelfde neer natuurlijk, maar je mag er nooit meer... Mijn man was enigst kind en mijn schoonmoeder zei altijd: het is MIJN zoon. Ik zeg het heeft niks met mijn te maken, dat heb ik ze niet af kunnen leren
Interviewer: nee. Kunt u zeggen hoe uw gezondheid er nu uit ziet?
Geïnterviewde: mijn gezondheid dat is prima behalve dat ik op mijn achtste kinderreuma kreeg
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: en daar mijn hele leven mee heb moeten doen
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: dus ik heb veel pijn gehad, mijn hele leven, maar ik ben zo gezond als een vis. Want ik een homeopaat die mij van mijn reumaknobbels heeft afgeholpen en die mij iedere 2 maanden gezond verklaard. Dan meet hij mijn hart mijn longen mijn edele delen, die meet hij. En ik heb wat korrels die ik van hem slik, maar voor de rest ben ik zo gezond als een vis.
Interviewer: ja, en nu bent u hier opgenomen voor revalidatie he
Geïnterviewde: ja voor die herseninfarct die ik heb gehad. Dat wist ik eerst niet want ik ben eerst in Vlissingen geweest in het zeevaart hotel heet dat zo? Zorghotel dat is de oude zeevaartschool dus daar ben ik geweest, en na 2 dagen dan wilde mijn hand niet meer. Dat was niet van het vallen, want ik was gevallen met mijn Lamborghini, daar ben ik in huis mee gevallen, maar daar heb ik die infarct niet van gekregen want het was niet direct dat dat lam was.
Interviewer: nee?
Geïnterviewde: het is pas gekomen na 2 dagen, dat gebeurde in Goes want ik was ook nog naar Goes gebracht om die dingen, om die hand. Toen is er een dokter uit Vlissingen geweest en die heeft naar Goes gestuurd. Dus daar heb ik een week doorgebracht. Daar konden ze alleen maar constateren dat ik niet kon lopen niet kon staan niet kon, niks kon. Dus moest ik hier naar toe
Interviewer: ja. Want hoe lang bent u nu hier?
Geïnterviewde: nou ze vroegen waar ik naar toe wou, dat vroegen ze. Ik zeg mijn vrienden wonen op de Veerseweg
Interviewer: ja
Geïnterviewde: als je daar zo lang naast woont is dat familie geworden
Interviewer: ja
Geïnterviewde: ik zeg breng me maar naar Middelburg, dan kan ik zeggen Ter Reede maar anders

moet de familie maar voor eventjes naar Vlissingen komen. Dus dat vond ik waanzin. Nu hebben ze me hier naar toe gebracht
Interviewer: nu werkt er een heel team aan uw revalidatie
Geïnterviewde: eventjes, ik ben niet alleen blind, ik heb ook nog 2 hoorapparaten
Interviewer: juist, nu werkt er een heel team aan uw revalidatie, kunt u zeggen wie er allemaal bij uw behandeling betrokken zijn?
Geïnterviewde: ja dat zijn de therapeuten die op de revalidatie zitten, vraag me niet naar namen, want ik heb 6..
Interviewer: namen dat hoeft niet, maar een fysiotherapeut
Geïnterviewde: dat is een fysiotherapeut en een ergotherapeut. Die ergo dat zegt mij niets, dat is die ergo klopt van geen kanten. Dat heb ik gezien in het ziekenhuis, ergo houdt geen rekening met korte of lange mensen. Want alle wc's zijn even hoog, alle liften zit een touw onder je oksels en daar liften ze je mee als je naar de wc moet. He, en als ze je moeten wassen enz. he Dus ergo hoera, kijk dat ding daar, dat is ook ontwikkeld door zo een ergo constructeur
Interviewer: een sta lift
Geïnterviewde: dat is een ideaal ding. Want ik moet natuurlijk ook het goeie zeggen hé
Interviewer: ja, ja
Geïnterviewde: aan de andere kant moet ik zeggen dat het een rot ding is want als je aan 1 kant verlamd bent dan moet je je optrekken, wat betekend da tik die niet kan gebruiken(wijst naar hand)
Interviewer: nee?
Geïnterviewde: maar er dan hier mee gebeurt, die gaat ook mee in de slijtage, en als je dat dan hier al hebt dat je dat moet met dat op en neer komen
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: dat zit die in de vernieling, want deze heb ik hier een pleister zitten
Interviewer: o ja
Geïnterviewde: dat krijg ik dus wel van de uh uh ja dat ik geen ergo
Interviewer: fysiotherapie?
Geïnterviewde: nu is de fysio bij u berokken he, de ergo de arts
Interviewer: een arts?
Geïnterviewde: een arts, want hiervoor ben ik bij een homeopaat, dat is een bot arts toch hé, en dat was voor mij, wat moet ik zeggen om het netjes te houden. Om het netjes te zeggen niets, anders ga ik lelijke dingen zeggen
Interviewer: ha ha
Geïnterviewde: die heeft foto's genomen en die zei: ja u bent oud. Ik zeg ja dat weet ik zelf ook, ik zeg maar. En hij zei en dan slijt u. Ja ook dat is niets nieuws want dat voel ik zelf. Hij zegt ja ik wil nog wel even een kompaan, hoe noemen ze dat?
Interviewer: een college?
Geïnterviewde: een collega sturen om het net nog, om die nog eens te laten kijken, nou ik zeg dat hoeft niet meer want ik dacht dat, en dat heb ik ook niet gezegd, ik dacht als jij niet zeker bent van jezelf wat moet ik dan met een ander doen? Dat zag ik niet zitten, nu ben ik geen dokter, en hij had hier een slijmbeursontsteking moeten ontdekken en daar zie hij niks over. Dus ik dacht naar huis, want wat moest ik er anders mee doen. Want dat was een dokter die zichzelf niet vertrouwde, die zichzelf niet vertrouwde en het door een ander ging laten zeggen dat ik die arm vernield had met een overbelasting
Interviewer: nu kwam u hier om te revalideren hé, kunt u uitleggen hoe zo een revalidatie periode verloopt? Is u dat vertelt? Van te voren?
Geïnterviewde: ik wist niks!
Interviewer: u bent niet van tevoren geïnformeerd van tevoren hoe het eruit ging zien?
Geïnterviewde: ik zat hier, als een willoos mens. Ik had niks te willen anders

Interviewer: wat had u gewild anders?
Geïnterviewde: ik had geen wil
Interviewer: nee?
Geïnterviewde: ik heb mijn hele leven wil gehad, ik heet Wilhelmina, dus Wil. Ik wilde niks ik wilde naar huis
Interviewer: was dat een reële gedachte?
Geïnterviewde: nee! Het was niet reel, als je half lam bent. Dat is echt geen reële gedachte (barst in tranen uit)
Interviewer: u wordt er helemaal emotioneel van zie ik
Geïnterviewde: het is zo cru, om als gezond mens, dat je dan behandeld wordt als een nul! Als een Nul! Zo wordt je behandeld. Want die tante die hier net was (bedoelt de verzorgende) heeft me zo zeer gedaan met te doen alsof ik alles kon, en ik kon niks. Terwijl mijn moeder altijd zei: ik kan niet zegt de trage
Interviewer: hm
Geïnterviewde: daarom niet. Dus ik had geleerd wel alles te kunnen. En dat heb ik ook bewezen want ik ben wel in al die tijd 85 geworden door mezelf groot te brengen
Interviewer: ja
Geïnterviewde: en dan kom je hier, sorry (snikt het uit) je weet niet half hoe zeer dat doet
Interviewer: ik zie het, ja u bent er helemaal verdrietig van
Geïnterviewde: behandelen als een nul
Interviewer: tja, goh
Geïnterviewde: ja lieve schat, ik kan er lang over vertellen, maar op een gegeven moment is het op
Interviewer: ja. Ja
Geïnterviewde: en dat wil ik niet, ik wil sterk zijn, ik wil met de mensen meezingen, ik probeer de huiskamer te veraangename. Met een grap op zijn tijd
Interviewer: hm
Geïnterviewde: want ik ben in wezen een heel positief mens
Interviewer: ja, want kunt u zeggen hoe de contacten met de andere patiënten eruit zien, want er zijn er hier meer op de afdeling revalidatie?
Geïnterviewde: ik ben vanmorgen naar de uh de dementen geweest. Want ze meende, dat zegt de dokter uit Domburg, die zegt: u bent te kien. Ze stoppen je wel ergens waar hun willen, niet waar ik wil. Want waar hou ik rekening mee? Met die vrienden op de Veerseweg
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: dat als ze naar de stad gaan, dicht bij de stad zitten
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: en zeggen: oh, ik ben toch in de buurt, we kunnen wel even naar Wil
Interviewer: ja
Geïnterviewde: en als ik verder buiten de stad zit, of in Goes zit of Vlissingen of Veere kan me niet schelen waar, dan zie je ze nooit meer. Nu weet ik wel als het goede vrienden zijn dan komen ze toch wel maar dat zal dan eens in een jaar zijn
Interviewer: hm hm ja ja
Geïnterviewde: dit zijn..
Interviewer: er zijn nog meer mensen op de revalidatie afdeling hier, heeft u daar ook contact mee? Want ik zag een huiskamer hier hé?
Geïnterviewde: een huiskamer, er hebben er steeds 8 gezeten
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: maar er zijn er nog maar 2 van over
Interviewer: ja, maar komen weer steeds nieuwe
Geïnterviewde: maar dat was grapjes onderling, en ja grapjes onderling waar ik ook van kan huilen van het lachen

Interviewer: hmhm
Geïnterviewde: ik heb een humor die is ideaal, ook die heb ik me zelf aangemeten
Interviewer: want de mensen die hier komen die gaan ook weer weg, he?
Geïnterviewde: ja
Interviewer: dus het is een wisseling van patiënten iedere keer
Geïnterviewde: ja
Interviewer: ervaart u ook steun aan elkaar?
Geïnterviewde: daar probeer ik contact mee te zoeken, ik heb een paar mannen gehad die in die tussentijd gekomen zijn en die sleepte ik wel mee naar een biljart gaan kijken. Ze kunnen helemaal niet biljarten, zijn zelf half verlamd, ik kan wel biljarten uit zicht, maar niet met mijn handen, maar die sleepte ik wel mee. En ik sleepte ze naar een zangavond, en dat waren dan de mannen waar ik niks mee van doen heeft want ik ben 62 jaar getrouwd vandaag he, bijvoorbeeld
Interviewer: ja
Geïnterviewde: dus ik heb niks met mannen ja ik kan een gesprek voeren met mannen. Ik heb liever mannen dan vrouwen om me heen. Alleen al om een technisch gesprek of iets dergelijks, te voeren. Want we hebben in die tussentijd dat ik getrouwd ben hebben wij een Hoogaars gebouwd, een Thoolse Hoogaars heeft mijn man gebouwd. Met mij onder de boot liggend en timmerend en schroevend en alles wat eraan moet gebeuren. Dat hebben wij allemaal gedaan in die tijd, we hebben ons hele huis verbouwd, en ik heb vandaag tegen een van die vrijwilligers gezegd: kan ik ook niet zo een plaatje krijgen vrijwilliger? Wat?
Interviewer: ha ha
Geïnterviewde: het is zo! Ik zat vanmorgen tussen die demente mensen en daar kwam gewoon goeie morgen zeggen en zo, En dan kijken ze oh dat is een nieuwe, ik der ook naar toe om het nieuws aan hun te laten zien. Dat er ook nog wel eens andere mensen zijn, dus ik ben daar naar toe gegaan en ze waren net aan een liedje bezig, nou. Daar ben ik gelijk bij mee gaan zingen en toen kwam ik gelijk op nog een paar liedjes en toen zeiden er een paar: oh dat is een ouwetje zeg. Die wisten het ineens! Daarom ga ik ook, om mensen als het kan, te vermaken. En wat ze dan ook zijn dat maakt niet uit. Zo ben ik ook altijd met de bakker en de melkboer omgegaan. Die hebben nooit gezien dat ik de pest in had. Waarom laat je dat niet zien? Die bakker en die melkboer kunnen het niet helpen dat ik de pest in heb.
Interviewer: nee
Geïnterviewde: en dat is voor mij sociaal leven
Interviewer: ja ja
Geïnterviewde: en dat heb ik hier ook, ik heb nog steeds mijn sociale leven met de mensen die om me zijn, zo probeer ik de verpleegsters ook te behandelen. Die behandel ik ook sociaal, dat ze soms naar doen is hun werk. Dat kan ik me voorstellen
Interviewer: Ja?
Geïnterviewde: ja, als iemand nou ja als iemand echt niet kan begrijpen ze niet altijd, ze willen je helpen. Ze willen je graag lopend de tent uit zien gaan.
Interviewer: hm hm
Geïnterviewde: toch? Maar het moet wel kunnen maar dat begrijpen ze niet altijd
Interviewer: gaat u wel eens uit?
Geïnterviewde: Ik ging altijd naar concerten toneelstukken
Interviewer: voordat u hier kwam?
Geïnterviewde: naar concerten en de schouwburg, ja ik ging niet naar een uh een groot zangfeest op de boulevard of iets. Ik ben een klassiek mens
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: niet alleen in leeftijd maar helemaal klassiek
Interviewer: ha ha
Geïnterviewde: je kunt nou..bij mij een aantal green sleeves bedenken maar geen Bouwer geen uh, hoe heet ze nou ja,

Interviewer: Hollandse zangers
Geïnterviewde: blaah walgelijk. Maar mijn moeder zong die altijd
Interviewer: uw moeder vond ze wel mooi?
Geïnterviewde: die zong altijd mee met s 'morgens Arbeidsvitaminen
Interviewer: o ja
Geïnterviewde: en die jammerde ze altijd mee en als ik s 'middags de radio op een viool concert zette zei ze: dat kattengejank altijd van jouw. Dus, maar ik had altijd bij mijn oma die 7 jaar, had ik klassiek geleerd.
Interviewer: van uw oma?
Geïnterviewde: ja want daar woonden 2 tantes een oom en mijn moeder en ik, dat was een hele familie. En mijn opa was in de Marine dus die zaten allemaal in 1 huis. Maar zondags was altijd de grammofoon aan, muziek, opera operette, mijn oma en tantes waren op operette les of uitvoering of hoe noem je dat. En ik werd als driejarig naar de operette gestuurd. Dus als kind van drie, zong ik al kinder operettes
Interviewer: en nu?
Geïnterviewde: ik ben al een eeuw niet buiten geweest. Vroeger wel, ik was lid van de schouwburg dus uh..ging ik daar naar toe. En de laatste jaren dan maakte ik mijn vakantiegeld niet meer op en dan nodigde ik een stel vrienden uit om naar de schouwburg te gaan en dan was het ook op. Dus dat deed ik wel.
Interviewer: ja ja, ik hoor verschillende dingen wat u blij en gelukkig maakt. Wat is belangrijk voor u?
Geïnterviewde: als ik maar gezond ben, maar ik kan zo goed alleen zijn. Ik heb eigenlijk niemand nodig. Zolang ik maar kan lezen, dat(TV) is mijn ideale apparaat. Omdat daar films natuur puur natuur zoals sir Attenborough kent u die?
Interviewer: ja
Geïnterviewde: sir Attenborough is een van mijn ideale biologen dat is geweldig daar kan ik de hele dag naar kijken
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: en ik zeg humor! Ik kan zelfs uit kranten humor halen. Dat zal je niet geloven daar staan zoveel domme dingen in echt belachelijk. En daar kan ik mijn humor uit halen
Interviewer: kunt u zeggen hoe u nachtrust is?
Geïnterviewde: ik heb een slechte nachtrust want ik moet 4-5 keer plassen op een nacht dus ik ga om 12 uur naar bed. Dan plas ik pas om..dat is niet altijd het zelfde en nog en nog. Ik heb zo een slechte nacht altijd
Interviewer: komt dat door het piekeren? Of dat u zich zorgen maakt?
Geïnterviewde: nee direct als ik in bed licht ben ik dood
Interviewer: ha ha, maakt u zich wel eens zorgen?
Geïnterviewde: ja natuurlijk, dat heb ik hier nog. Ik ben op het ogenblik bezig met mijn testament. Ik had voordat ik die attack kreeg ben ik was ik op het punt om naar een notaris te gaan. Daar ben ik een keer geweest met een vriend van mijn zoon. En ik kwam nu tot de ontdekking dat hij, als mijn zoon zal sterven, dat hij de..maar dat wil ik helemaal niet. Dat hij de testamenteur was.
Interviewer: nee dus daar maakt u zich zorgen over
Geïnterviewde: nou, stel je voor dat ik dement wordt, dan wordt ik niet eens meer geaccepteerd door de notaris. Nu wel, want de dokter zegt zelfs: u bent veels te goed
Interviewer: ja ja
Geïnterviewde: en dat zeiden de mensen van de zorg ook altijd. Ik ben er ook niet bang voor want ik heb mezelf mijn hele leven goed te eten gegeven, dat ten eerste. Ik heb mezelf nooit onder narcose laten gaan, ja toen ik als kind mijn tonsillitis een keer kwijt moest. Ik heb mezelf ook nooit uh, de kanker die ik in mijn vergezel die laat ik mooi zitten want alles wat ik open maak, dat rot. En dat moet ik niet. En ik heb altijd tegen de kinderen gezegd aaah je moeder wordt 100. Nu zegt mijn jongste zoon: ma je hebt beloofd dat je 100 wordt

Interviewer: hmhm ja ja
Geïnterviewde: dat hoef ik niet, want als ik altijd zoveel pijn blijf houden dan hoeft het voor mij niet meer
Interviewer: stelt u voor dat u een aantal hulpmiddelen nodig heeft, nu heeft u ook al hulpmiddelen. Regelt u die zelf? Weet u waar u zijn moet?
Geïnterviewde: daar heb ik geen moeite mee. Ik ben een keer 3 keer gevallen met de fiets. Nou die fiets heb ik in de schuur gemikt. Ik dacht 3 keer is scheepsrecht de vierde keer is het heupen breken
Interviewer: ja ja
Geïnterviewde: dus en heupen breken betekend. ..wel inslapen en ik moet hier(wijst op voorhoofd) dat niet kwijt
Interviewer: narcose bedoelt u?
Geïnterviewde: ja dus ik moet geen narcose hebben
Interviewer: maar weet u de weg naar instanties? Belt u zelf bijvoorbeeld de gemeente of uh thuiszorg regelen?
Geïnterviewde: nou ik heb wel eens 55 minuten aan Den Haag gehangen
Interviewer: maar u weet wel waar u zijn moet?
Geïnterviewde: ja en anders vraag ik het
Interviewer: aan wie vraagt u dat ?
Geïnterviewde: ja mensen die het weten kunnen
Interviewer: zijn dat mensen in uw omgeving?
Geïnterviewde: op een gegeven moment kom je met het GAK in aanraking, zo heet dat toch?
Interviewer: het CAK voor het geld?
Geïnterviewde: nee voor een lift?
Interviewer: de WMO?
Geïnterviewde: het GAK ofzo
Interviewer: nee dat was vroeger
Geïnterviewde: o o dus het als alweer verandert, nee ik belde met den Haag, want voor die lift moest ik wel iedere maand 63 euro betalen
Interviewer: heeft dat allemaal zelf geregeld?
Geïnterviewde: ja wie moet dat anders
Interviewer: hoe pakt u dat aan? Want ik zie ook een tablet liggen
Geïnterviewde: ja dat zeg ik, je lost dat op door te bellen
Interviewer: ja
Geïnterviewde: nou daar kom je terecht: er is nog 1 wachtende voor u, tot de zevende wachtende zeggen en zeggen en als ze zeggen als 7 moet hebben moet je weet terug naar 1. Stelletje hufters zijn het. Zeg dat dan bij de eerste, nee dan moet je eerst door tot 7. Ze g dat dan meteen, dan moet je eerst al die instanties aanhoren en dan gaan ze pas aanleiden. Nou dat vind ik zo dom, zo om dom, dat ik dar eigenlijk geen aandacht aan kan besteden. Maar het is zo, dat ik was toen zo boos omdat ik naar den Haag al meer had gebeld, ik was zo boos. Ik heb op mijn horloge gekeken en ik dacht; nou blijf ik aan de lijn totdat ze eindelijk antwoord geven. En toen hing ik 55 minuten aan de lijn en toen zei dat knulletje, want die had nog een buitenlands accent ook, die zei: jah, maar dat kan niet ik heb u maar 5 minuten laten wachten. Ik zeg dus je maakt me nog uit voor leugenaar ook. Ik zeg geef dan je baas maar even. Nou toen kreeg ik een andere heer en toen heb ik mijn gal even losgelaten.
Interviewer: ja, nu bent u hier voor revalidatie he, met het doel om terug te keren naar huis
Geïnterviewde: nee dat kan niet
Interviewer: dat was de bedoeling het begin van de opname, dat weet u misschien nog?
Geïnterviewde: ja uh nou niet zo direct, maar ik wist wat ik zelf kon. Ik ben een mens wat naar haar lichaam heeft leren luisteren

Interviewer: ja ja
Geïnterviewde: en ik eet wat goed voor me is en ik doe wat goed voor me is, ik maak iedere morgen om 5 uur, dan kom ik uit bed, en dan doe ik mijn bovendeur open en dan haal ik 20 keer adem, frisse lucht. Das ook om mijn hersens in werking te houden. En dat ja zijn gewoon dingen die niemand geloofd
Interviewer: hoe ziet u het nu verder gaan?
Geïnterviewde: hoe nu verder gaan? Nou ik moet in een of ander appartementje waar ik mezelf kan helpen
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: en waar ik toezicht heb, en waar ik terecht kan met een zangnummertje en prettige compagnons die het, ik hoef niet terecht te komen in een demente toestand
Interviewer: nee maar wel in een verzorgingssetting?
Geïnterviewde: jah dat is niet anders. Hoe kan ik anders willen?
Interviewer: hoe vindt u dat?
Geïnterviewde: belabberd, natuurlijk. Je zal van mij niet horen hoera hoera ik naar een centrum
Interviewer: had u liever terug naar huis gegaan?
Geïnterviewde: nee
Interviewer: terug naar uw eigen huis?
Geïnterviewde: mijn zoon zegt: ma, maak je niet druk, metterom doe ik alles verbouwen. Jah gaan ze mijn kot verbouwen, kost net zoveel als nieuw
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: want vanaf de stoep moet een oprijlaan komen, dan moet ik een extra lange sleutel hebben mijn armen zijn niet lang genoeg, ik ben maar een kleintje, dan moet de stoep die ik naar binnen moet is wel zo hoog, dan is mijn deur niet breed genoeg, het gaat niet. Dus dat moet verbouwd worden. Vanaf de kamer naar de keuken uh moet verbouwd worden want dat is te smal. Mijn zoon had gezegd: mam we halen wel gewoon een stuk van de bar af. Ik zie het al gebeuren, dat kan helemaal niet.
Interviewer: nee
Geïnterviewde: dus dan moet je alleen maar reëel zijn, en zeggen dat gaat niet jongen, doe dat verbouwen niet als je nog iets wil hebben dan verkoop je het zo. Maar niet met halve verbouwingen voor een jong stel
Interviewer: nee, u heeft best wel veel hulp nodig he nu
Geïnterviewde: maar in mijn douche, die hebben we ook zelf gemaakt, in de douche zou ik nog wel kunnen komen
Interviewer: daar heeft u dan ook hulp bij nodig?
Geïnterviewde: dat kwamen ze doen dan vroeg ik of iemand mij kwam helpen mij rug te wassen want daar kon ik niet bij met een borstel
Interviewer: en dan kwam er de thuis zorg?
Geïnterviewde: ja dan kwam de thuiszorg ik bedoel dat uh
Interviewer: ja ja
Geïnterviewde: dat was geen punt
Interviewer: nou
Geïnterviewde: die zouden dus ook 4 tot 6 keer kunnen komen, geloof ik dat ze zeggen. Maar dat kunnen ze allemaal zeggen maar mijn mantelmoeder zo noem ik haar maar, die zegt Wil je bent gewoon reëel. Want die woont wel 5 huizen verder maar die heeft een baan en die heeft zelf 3 kinderen uh, weliswaar al getrouwd maar, dat kan ik toch niet vergen van iemand
Interviewer: want hoe oud is die mantelmoeder?
Geïnterviewde: oh daar vraag je wat, ik denk dat ze wel Sara heeft gezien maar voor de rest exact weet ik het niet. Ik ben wel naar verschillende verjaardagen geweest maar ik ga dat niet gokken
Interviewer: nee nee. Ik ben aan het eind van mijn vragen

Geïnterviewde: nou wat wil je nog meer weten?
Interviewer: wilt u nog wat weten van mij?
Geïnterviewde: wil ik wat weten?
Interviewer: Ja, heeft u nog vragen?
Geïnterviewde: nee, ik heb zo mijn hele levensloop vertelt, als ik nou, nee. Ik kan nog veel meer vertellen wat ik allemaal heb meegemaakt maar dan moet ik een trilogie gaan schrijven.
Interviewer: dan kom ik nog wel een keertje bij u
Geïnterviewde: ja mijn kind, je mag altijd
Interviewer: voor zover nu wil ik u hartelijk bedanken voor dit interview
Geïnterviewde: tot je dienst, ik hoop dat je der een cum laude ding van gaat maken
Interviewer: ha ha dat zou prachtig zijn
Geïnterviewde: ja zeker
Interviewer: dan kom ik u trakteren hoor
Geïnterviewde: ja dat zal best
Interviewer: dat heb ik hier ook gezegd dat ik op Bosse bollen wil trakteren, ik wordt bijna Bosse bol genoemd
Geïnterviewde: ja, nou. Dan gaan we nu de opname stoppen

Bijlage 3. Transcriptie maatschappelijk werker

Transcript	
Naam interviewer:	Monique Rijk
Geïnterviewde:	Maatschappelijk werker
Datum van het interview:	14-12-2017
Tijdstip van het interview:	9.30 uur
Lengte interview in minuten:	51:22 minuten
Geslacht van geïnterviewde:	V
Onderwerp:	Een kwalitatief onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op de terugkeer naar huis van de geriatrische revalidatie patiënt van 80 jaar en ouder.

Gesproken tekst	
Interviewer:	kun je kort iets vertellen over je achtergrond?
Geïnterviewde:	werktechnisch?
Interviewer:	ja, over je opleiding of hoe je bent begonnen
Geïnterviewde:	uh, ik ben van huis uit verpleegkundige A, B en Z. en dan heb ik me daarna gespecialiseerd in de psychiatrie daar heb ik ook een speciale opleiding voor gedaan, dan heb ik gewerkt in de psychiatrie als verpleegkundige. Uhm, heb vanuit daaruit de overstap gemaakt van het ziekenhuis naar de psychiatrie, van psychiatrie naar de verstandelijk gehandicaptenzorg, en van de verstandelijk gehandicaptenzorg naar het verpleeghuis. Dus ik heb alle werkelden wel een beetje gezien en dan uh na mijn opleiding in de psychiatrie ben ik gestart met mijn opleiding management in de gezondheidszorg bij Avance in Breda, dat heb ik drie jaar gedaan en daar ben ik gestart met de opleiding Social Work. Die heb ik in 2014 afgerond heb, met de zijdifferentiatie GGZ agoog.
interviewer:	oké, ja, en hoe lang ben je dan al werkzaam in de functie als maatschappelijk werker?
Geïnterviewde:	sinds 2013, 2014
Interviewer:	dus zeg maar ongeveer 4 jaar?
Geïnterviewde:	ja
Interviewer:	hoe zie jouw rol eruit als maatschappelijk werker in de geriatrische revalidatie?
Geïnterviewde:	nou, wel een spil functie, want je bent het eerste portaal vanuit het ziekenhuis en je bent meteen het doorgeeft portaal naar de artsen dus je staat eigenlijk in het hele proces er middenin. Want alles wat met de cliënt te maken heeft komt uiteindelijk bij jouw. De instroom, de doorstroom op de afdeling naar de afdeling toe, dan ben je betrokken bij het MDO en dan vaak tijdens het traject maar vooral dan vaak ook met de uitstroom kwa; ga je naar huis, WLZ of uh moeten we zoeken naar andere huisvesting
Interviewer:	hoe ziet de multi disciplinaire samenwerking er dan uit?
Geïnterviewde:	divers want je werkt met iedereen. Je werkt eigenlijk het meest intensief met de twee artsen. Maar je werkt ook met de pb'ers en je werkt ook met de ergo want de ergo doen natuurlijk ook gewoon de intake op de dag van opname of de dag erna dus je werkt met de ergo heel erg veel samen
Interviewer:	en zit je er dan zelf bij?

Geïnterviewde: ja dat doe je samen. Dat is een gecombineerde opname intake
Interviewer: oké
Geïnterviewde: dus dat doe je samen omdat de beide disciplines evenveel uit dat intake kunnen halen. Dus zodat je niet een intake maatschappelijk werk en een intake ergo hoeven te doen. Dat scheelt ook gewoon heel veel tijd. Uhm ja, je bent met iedereen betrokken; met de pb'er met de fysio, met uhm uhm met de familie het netwerk, en extern dan met je collega maatschappelijk werkers of andere consulenten. Dus je werkt intern multi disciplinair maar je werkt ook extern multi disciplinair
Interviewer: ja ja, want hebben jullie dan ook gezamenlijke overleggen, waar iedereen bij zit?
Geïnterviewde: ja hier in het Gasthuis hebben we gezamenlijke overleggen op dinsdagmiddag van 1 tot 2, multidisciplinair overleg van alle cliënten niet van allen. Wij plannen ze allemaal voor de dinsdag en de week daarna volgt het gesprek met de cliënt. En dan hebben we een keer in de 2 weken op de donderdagochtend om kwart over 9 GRZ overleg dat is meer, ja, op onze eigen werktaken gericht. En die dinsdagmiddag is echt cliëntgericht. En er is hier in het Gasthuis heel veel in en uitloop bij elkaar, dus je zoekt elkaar eigenlijk wel gewoon continu op
Interviewer: informeel zeg maar
Geïnterviewde: ja informeel
Interviewer: en wat is jouw aandeel dan binnen dat multidisciplinaire team?
Geïnterviewde: niet alleen het medische gedeelte maar je hebt ook cliënten waarvan je al weet als ze binnenkomen, oh dat moet ik even in de gaten houden of zo. Dus daar ben je dan al bij betrokken.
Interviewer: als maatschappelijk werker
Geïnterviewde: als maatschappelijk werker. Je bent ook een spil functie tussen arts en familie. Je bent bij alle familiegesprekken, in principe ben je bij alle familie gesprekken waar je dus ook een soort bemiddelingsfunctie hebt he. En dat je ook heel goed in de gaten hebt dat er een spanningsveld is, van iemand moet naar huis, en familie weet dat niet of wil dat niet en dan ga je de gesprekken aan. Dat doe je als maatschappelijk werker, dat je toch gaat proberen om familie zover te krijgen of dat je gaat kijken ja wat zijn de bezwaren. Wat zorgt er nou voor dat er zoveel verzet is
Interviewer: ja
Geïnterviewde: dus je functie is heel divers, enerzijds ben je soms een makelaar anderzijds ben je een soort relatiebemiddelaar, he want soms tussen de cliënt die opgenomen is en het thuisfront is het al een tijd niet goed gegaan. Dus dan ga je proberen om dat een beetje op de rails kan krijgen, niet teveel want anders dan wordt echt een soort van relatietherapeut. Dat moet je proberen te voorkomen. Maar je gaat overal proberen lijntjes te leggen
Interviewer: ja ja. Hoe ziet nou de ondersteuning eruit die de maatschappelijk werker biedt in relatie tot de geriatrische revalidatie, wat doen jullie daar precies aan?
Geïnterviewde: bedoel je in het totale beeld, of rechtstreeks met de cliënt?
Interviewer: ja de cliënt. Het onderzoek gaat over dat een bepaald deel van de geriatrische revalidatie met name 80- plussers hun doel niet bereikt om terug te keren naar huis he. Dus daar draaien de vragen allemaal een beetje om. Hoe komt het nou, maar hoe ziet die ondersteuning er uit. Is dat informatief of helpen jullie met bepaalde voorzieningen die nodig zijn?
Geïnterviewde: toen ik 2 jaar geleden begon met die nieuwe rol he, van casemanager c.q. maatschappelijk werker, toen zijn we daar wel heel enthousiast ingesprongen. Van nou, we lopen wel het hele traject met de cliënt mee, dus die zie je ook heel vaak. Je gaat inderdaad alle voorzieningen regelen, alles. De ervaring heeft wel een beetje geleerd dat op het moment dat je heel veel ondersteunt de familie en de cliënt heel erg achteruit gaat hangen. Zo van oh, het wordt allemaal wel geregeld. Terwijl het ook een stukje revalidatie is, dat je het zelf gaat doen. En dat je het zelf gaat regelen, en dat de familie zelf in actie moet komen. Want we hebben wel gemerkt dat, wanneer je die rol aanneemt dat je, en dat heb ik al een paar keer gehad, dat je eigenlijk wanneer je bij het eindtraject bent dat de familie dan zegt van: ja maar hallo, dat zou jij doen, dat

zou jij toch regelen? En dat je dan in een heel stagnatie traject terecht komt. Dus om een concreet voorbeeld daarvan te geven; als mensen moeten verhuizen naar een andere woning dan wijs ik ze de weg, geef ik email adressen, en geef ik de websites en dan vertel ik hoe de procedure werkt, maar ik ga niet meer zelf huizen zoeken. En ik ga niet meer zelf makelaars bellen ik ga niet een inschrijving doen bij een woningbouwvereniging. Op het moment dat ik dat doe is het probleem van mij. En dan krijg je iemand niet meer weg
Interviewer: stel dat iemand geen familie of relaties heeft die dat voor ze kunnen doen wat doe je dan?
Geïnterviewde: uhm dan proberen we om te kijken ja wat is er dan nog wel mogelijk, maar we schuiven nu nog wel iets vaker door naar de gemeente dus dat we Porthos inschakelen om te zeggen van; kunnen jullie komen en dat je eigenlijk met behulp van Porthos probeert het netwerk van de cliënt te versterken. Nu kan het iets makkelijker omdat de contacten met Porthos beter zijn en dat Porthos beter functioneert maar dat was 2 jaar geleden echt een heel groot probleem
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: dan ging dat niet en moest je zelf wel aan de gang
Interviewer: ja, en die komen dan naar hier naar de revalidatieafdeling?
Geïnterviewde: ja
Interviewer: want 80-plussers zijn ja, blijken toch minder zelfredzaam te zijn dan gedacht, dat is een aparte kwetsbare groep
Geïnterviewde: ja ja
Interviewer: die eigenlijk geen ervaring heeft met internetgebruik en dat soort dingen
Geïnterviewde: nee, en die ook heel erg zijn van; ja maar de overheid zorgt voor mij. De verzorgingsstaat, ik heb recht op..wij zijn na de oorlog Nederland gaan opbouwen, om het maar zo te zeggen. En dan ook vaak zeggen van; ja maar daar heb ik toch recht op? Ik heb altijd hard gewerkt en nu moet er voor mij gezorgd worden. En dat is de samenleving nu niet. Het is nu de participatie samenleving. Dus dat hoor je wel heel vaak terug
Interviewer: ja, duidelijk. Kun je vertellen, ja heb je al een beetje vertelt he, hoe je kerntaken eruit zien, hulp bij praktische middelen psychosociale hulpverlening, informatieve daar heb je al iets over vertelt en organisatorische. Hoe ziet de psychosociale hulpverlening eruit om er maar iets uit te pakken?
Geïnterviewde: jah, matig! Je komt niet echt toe aan een heel traject wat je uit kunt zetten van wekelijkse gesprekjes of 2 wekelijks of uh, dagelijks even binnenlopen, dat is, ik wil niet zeggen dat het niet gebeurt maar het is wel ontzettend lastig.
Interviewer: hoe komt dat?
Geïnterviewde: omdat je in een split zit, omdat je niet alleen voor GRZ bent maar ook voor WLZ. Dus je bent ook voor de pg afdelingen, je bent ook voor somatiek afdelingen. Je zit in een spanningsveld van twee snelheden en dat is, op de geriatrische revalidatie afdeling gaat dat allemaal heeeel snel. En moet je heel snel doorstromen naar je doelen en naar uitstroom. En de WLZ, of tenminste, de pg en somatiek, zijn mensen die vanuit huis binnen gaan komen en een lang traject wordt ingezet. Dus je hebt met 2 snelheden te maken, enerzijds moet je snel schakelen en anderzijds heb je trajecten van veel langer. Dus ook in die 2 sectoren, pg en somatiek, moet je heel veel tijd investeren. Uhm, en heb je dus ook te maken met heel veel mensen die je aan de telefoon hebt die bellen en zeggen van; ja ik wil een afspraak maken voor mijn moeder, want we willen eens komen kijken, en dan ondertussen ben je 24 minuten verder omdat je een heel levensverhaal aan het beluisteren bent omdat mensen aan de telefoon, dat is grappig, gewoon alles meteen kwijt willen
Interviewer: ja ja
Geïnterviewde: dat slokt veel tijd op. Dan heb je een rondleiding, dat is 1 uur, anderhalf. Dan ga je mensen voorlichten, in het nieuwe concept willen ze dat we ook op huisbezoek gaan. Dus je zit altijd vast in 2 werelden
Interviewer: ga ik er hierbij vanuit dat jij allebei doet?

Geïnterviewde: ja,
Interviewer: en geriatrische revalidatie en alle andere? Maatschappelijk werkers hebben gebieden verdeeld he
Geïnterviewde: ja
Interviewer: die hebben verdeling in taakgebieden maar dat is bij jouw niet zo, jij doet alles?
Geïnterviewde: ja
Interviewer: oké. Hoe ziet de samenwerking met externe partners eruit zoals het ziekenhuis, thuiszorg of andere zorgaanbieders?
Geïnterviewde: mmm, bedoel je functioneel of inhoudelijk?
Interviewer: allebei eigenlijk
Geïnterviewde: ja met het ziekenhuis is elke dag, of meerdere malen per dag. En met andere zorgaanbieders is 2, 3 wekelijks eigenlijk doorlopend de hele week. Want die andere zorgaanbieders heb je ook weer nodig voor je in en uitstroom van je pg en somatiek
Interviewer: en neem je daar contact mee op incidenteel of situationeel. Of heb je een structureel overleg?
Geïnterviewde: dat is ad hoc gewoon de hele week door
Interviewer: ja duidelijk. Hoe lopen de informatiestromen voor de geriatrische revalidatie patiënt als die opgenomen wordt, hoe wordt die geïnformeerd?
Geïnterviewde: uhm als die binnen komt, tenminste hij wordt in het ziekenhuis geïnformeerd dat hij naar ons toekomt. Dan krijgen wij de informatie door, die wordt gestuurd met een opname mail. Dan wordt de cliënt opgenomen en dan is er een opname gesprek met de pb ér en dan is er een gesprek met de arts die vertelt heel erg veel en dan komen de maatschappelijke gecombineerd, of op de dag van opname of de dag erna. En wij gaan dan veel meer vertellen over hulpmiddelen, het verblijf dat soort zaken. Gewoon een hele inventarisatie van het verblijf
Interviewer: ja ja. Is er dan ook een folder in het ziekenhuis van de revalidatie afdelingen hier wat gegeven wordt?
Geïnterviewde: nee, die is er vroeger wel geweest. Ook hadden we informatiemappen liggen in het ziekenhuis maar dat waren oude opname mappen en daar stond dan in dat je dan uh, 3 maanden of langer kon revalideren en dat leidde altijd tot problemen. Want dat mensen lezen en zeiden maar dat is zo. Terwijl je revalideert op doelen en niet op tijd. En daarna zijn ze begonnen met een nieuwe folder te ontwikkelen. Daar hebben we heel vaak om gevraagd, en wanneer is die er nou en dergelijke. Blijkbaar schijnt die er nu te zijn, maar uh, klopt daar de informatie niet in het geheel
Interviewer: dus het is nog niet?
Geïnterviewde: nee
Interviewer: maar daar wordt wel aan gewerkt?
Geïnterviewde: blijkbaar
Interviewer: ja ja. Wat is naar jouw mening de kwaliteit over de gegeven informatie met betrekking tot de cliënt die opgenomen wordt?
Geïnterviewde: dat iedereen heb anders interpreteert, dat iedereen hem naar zijn eigen perspectief indeelt
Interviewer: kun je daar iets meer over vertellen?
Geïnterviewde: dat je kunt uitleggen aan de cliënt uhm nou u komt hier revalideren en u gaat werken aan uw doelen, en als die behaalt zijn dan gaat u weer naar huis en we kijken naar het traject en denken dat uw ontslagdatum, bijvoorbeeld over 2 weken is ofzo. Op een of andere manier is het woord "revalideren" is een soort magisch woord in het hoofd van ouderen, en ik koppel dat maar altijd aan die tijden van TBC en al dat soort dingen, dat mensen toen maanden in buitenpaviljoens moesten revalideren, en die denken echt dat dat maanden is. Die zien dat als een traject aankomen van maanden. En wat ik bedoel met; iedereen ziet het binnen zijn eigen perspectief; dat als iemand hier dan is dat mensen zeggen van ja ja dat snappen we allemaal wel en zo. En dat je dan gaandeweg het traject merkt hé wacht even, nou gebeurt er wat. Ja zegt de

familie dan, maar ze is nog zo moe, zo kunnen we niet naar huis. Dan zie je ineens dat die angst weer gaat groeien bij die familie om die persoon weer thuis te hebben. Omdat die mensen het zelf heel leuk vinden en hebben, en denken van, ja maar ik ga nog niet naar huis. En mensen denken echt dat ze hier gewoon als een soort van herboren weer buiten komen, dat alles wat ze ooit hadden niet meer bestaat. Omdat je hier maanden hebt gerevalideerd. Dus die hebben een heel ander perspectief in hun hoofd van dat revalideren. Dat is denk ik ook wel het leeftijds-gat, ofte wel de leeftijd.
Interviewer: de generatie?
Geïnterviewde: de generatie, ik heb recht op. En revalideren is maanden.
Interviewer: heeft dat dan te maken met verwachtingen die mensen hebben, of verwachtingen die gesteld zijn?
Geïnterviewde: nee de verwachtingen die mensen hebben
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: Ik heb toen met bewondering zitten kijken naar de televisie naar de situatie rondom Martine Bijl. Zij heeft toen een ernstig CVA gehad. En men bleef maar maanden daarna op televisie zeggen; ze is nog aan het revalideren! Dat is hetzelfde iets. Ik denk dan, jongens dat is al lang voorbij. Dat heeft dus met de generatie te maken. En wat we ook regelmatig zien is dat partners zeggen, en dat zijn vooral de vrouwelijke partners, die zeggen ja dit ga ik niet doen thuis. Ook al kan iemand best wel wat, dat vrouwen er gewoon geen zin meer in hebben.
Interviewer: die willen niet meer dat ie thuis komt?
Geïnterviewde: nee, die willen niet meer dat ie thuis komt. Dan merk al wel dat dat dan misschien wel een beetje een moeilijk huwelijk is geweest. Of waarin de man de dominante partner is geweest. Die vrouwen zijn dan ineens weken alleen, die leiden ineens hun eigen leven. En die merken dan van hé, ik ben nu uh, en ik heb ook wel letterlijk uitspraken gehad van vrouwen die hebben gezegd van; ja hallo, ik ben over de 80, als ik nog een eigen leven wil dan moet ik dat nu doen
Interviewer: ja, bijzonder
Geïnterviewde: ja heel bijzonder, best confronterend
Interviewer: ja ja. Eens kijken hoor, je benoemde net dan wil die vrouw niet meer dat hij terug naar huis komt, of met situaties met CVA die zijn ernstig aangedaan, die kunnen echt niet meer naar huis he het is toch niet gelukt. Welke informatie heb je tot je beschikking, alternatieven die je kan bieden dan?
Geïnterviewde: je bedoelt als het thuis niet meer zou gaan?
Interviewer: als ze niet meer naar huis kunnen
Geïnterviewde: als de situatie dusdanig is dat er een 24 uren zorgkader is dan wordt het WLZ, dan gaan we kijken wat de beste optie is
Interviewer: zzp?
Geïnterviewde: ja zzp, wat de beste optie is voor man of vrouw om te verblijven. Daar gaan we naar toe ja als het huis niet is aangepast en we gaan kijken waar die angsten zitten we gaan proberen om de rest van de familie erbij te betrekken dat je een soort van cordon maakt hé. Van hoe kan je dat nou opvangen hé. Dagbesteding zetten we vaak in als de situatie lastig is thuis, om de dagen uh de partner en mantelzorg te ontlasten. En je gaat kijken ja is de woning dan wel geschikt. En dan ga je wel in overleg van ja moet je dan niet verhuizen, zou je niet dit kunnen doen, zou je niet dat kunnen doen. Maar het daadwerkelijk komen tot jullie kunnen niet meer samenwonen, die uitspraak zullen wij nooit doen vanuit hier. Want is dan toch echt een persoonlijke keus
Interviewer: stel nou dat iemand die is alleenstaand en die kan niet terug naar huis?
Geïnterviewde: nou dan neem ik contact op met Porthos en dan leg ik alle contacten die ik heb binnen woningbouwverenigingen en woonzorg Nederland bijvoorbeeld, of collega zorginstellingen die dus VPT woningen hebben of dergelijke. Dan ga ik dat hele netwerk aanboren, de situatie uitleggen en als het dan echt iemand is zonder netwerk zonder contactpersonen dan gaan we

gewoon kijken van, wat kunnen we dan uh op touw zetten. En wie zou contactpersoon kunnen zijn. Nou is dat bijvoorbeeld iemand van Porthos of iemand van Weerwerk of uh dat je in ieder geval iets creëert om iemand heen
Interviewer: belemmert dat de doorstroom op de revalidatie?
Geïnterviewde: ja soms wel, want je kan iemand die helemaal niets heeft, en hulp nodig heeft, uhm daar kan je dan misschien wel van verwachten van over 2 weken is het einddoel maar wat ga je doen? Ga je iemand uhm terug zijn huisje inzetten met alle trappetjes en dingetjes waarvan je weet dat het over een week het letsel 3 keer zo erg is
Interviewer: nee, dat gebeurt niet?
Geïnterviewde: nee, je hebt wel zorgplicht hé
Interviewer: ja. Zie je ook wel recidiverende revalidanten?
Geïnterviewde: ja die zien we wel. Maar dat zijn vaak wel mensen die op eigen initiatief toch naar huis zijn gegaan
Interviewer: die willen persé?
Geïnterviewde: ja, waarvan wij zeggen, niet doen, het is niet haalbaar in deze situatie, maar die toch gaan, met alle respect. Die toch proberen maar dan na een paar maanden of vallen of achteruit gaan en dan terug komen
Interviewer: ja. Nu heb ik begrepen he, zzp 4, dat is een lage indicatie die vroeger in het verzorgingshuis terecht kwamen, die worden niet meer opgenomen? Stel iemand heeft een zzp 4 en heb je dan ergens
Geïnterviewde: zzp 4 wordt wel opgenomen, we hebben een opnameplicht binnen de SVRZ
Interviewer: ja ja
Geïnterviewde: je mag niet zeggen liever niet maar dat het budgettair drukt dat is wel duidelijk. Maar als je 4 lege kamers hebt en uh je hebt 2 zzp 6 en 2/ 4. En het zijn goeie kandidaten en ze staan bij jouw op de wachtlijst dan heb je gewoon een opnameplicht
Interviewer: van de 4, dan gaat de 4 toch opgenomen worden boven de 6?
Geïnterviewde: nee, en en
Interviewer: degene die aan de beurt is wordt opgenomen?
Geïnterviewde: ja. Ik heb vorige week ook weer iemand met een 4 opgenomen
Interviewer: hoe overleg je dat dan met iemand?
Geïnterviewde: met de teamleider, kijk budgettair brengt het gewoon heel weinig binnen. Het is ook zo dat een cliënt met zzp 4 wel minder zorg heeft dan een 6. Dus je kan ook heel erg fluctueren in je zorgzwaarte op je afdeling
Interviewer: ja ja. Vind je dat je voldoende mogelijkheden hebt om alternatieven te bieden?
Geïnterviewde: je zit wel eens klem maar dat heeft gewoon met de regelgeving te maken
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: ja, voor de ene woning mag je maar tot 30.000 inkomen hebben, voor de andere woning mag je vanaf 30.000 inkomen hebben. De meeste inkomens zijn allemaal onder de 30.000 per jaar. Dus die vallen dan buiten de boot
Interviewer: inkomens vanuit de zzp
Geïnterviewde: ja, nee. Inkomens van als je doorstroomt van de revalidatie naar de zzp, of een andere mogelijkheid
Interviewer: oké
Geïnterviewde: dus je hebt met inkomensgegevens te maken. Dus de een komt er wel voor in aanmerking en de ander komt er niet voor in aanmerking. En dan heb je een passende woning gevonden en dan hebben ze 10.000 euro tekort. Dan heb je een woning gevonden en dan hebben ze weer 500 euro te veel. Dat is allemaal regelgeving dus dat is niet fijn
Interviewer: nee. Op welke manier signaleer jij de ontslagkans?
Geïnterviewde: ja je probeert aan het begin naar beste eer en geweten een bepaalde inschatting te maken met de artsen want die moeten natuurlijk ook zo een P traject inzetten. Uhm

Interviewer: is dat je werkervaring of het fingerspitzengefühl?
Geïnterviewde: ik kijk gewoon mee, van hoe oud ben je en wat is er aan de hand. Wat kun je daar van vertellen. Wat ook niet alles zegt want de ene 80-plusser en die heeft een heupoperatie en die staat een week later weer naast zijn bed. En de andere 80-plusser ligt in bed en beweegt zich niet
Interviewer: breng je ook de sociale kring in kaart, van wie zijn er in de buurt om ondersteuning te bieden als die weer thuis is?
Geïnterviewde: ja, aan het begin maar ik ga niet een hele kring netwerkberaad en zo, nee daar hebben we geen tijd voor. Wel als er medisch meer aan de hand is dan pakken we dat samen met de artsen op, dan nodigen wie die uit desnoods voor een extra gesprek. Maar ik ga niet iedereen uitnodigen zoals een buurvrouw en al dat soort dingen, ik probeer wel de lijntjes te leggen. Maar ook daarin moet je niet teveel de regie nemen want op het moment dat mensen in de gaten hebben dat jij die regie pakt laat de ander vaak los
Interviewer: ja?
Geïnterviewde: en dan hangt het netwerk achteruit, maar ja je hebt natuurlijk ook netwerken, en die zie je vooral vind ik binnen de gereformeerde gemeenschap. Daar hangt een heel cordon aan mensen om heen. En dan hoeft je niks te bedenken die gaan er gewoon voor en die doen het gewoon. En uhm ik vind dat altijd wel heel mooi om te zien
Interviewer: dus het lid zijn van een kerkgenootschap kan heel nuttig zijn voor je netwerk?
Geïnterviewde: dat doet heel veel. Er komt eens een pastoor of een dominee of ze krijgen bezoek vanuit de kerk
Interviewer: zie je ook verschil met mensen die wel of geen kinderen hebben?
Geïnterviewde: neen niet echt want dan is er altijd wel een neefje of een nichtje of een leuke buurvrouw of uh vrienden. Nee de kans op succes als je kinderen hebt die is er niet, of een groter succes
Interviewer: het wordt wel eens gezegd he
Geïnterviewde: nee vind ik absoluut niet want we hebben hier ook situaties waarbij je een gezin hebt van 7 en die hebben allemaal ruzie met elkaar, dan worden pa en moe alleen maar onrustiger en verdrietiger van en dat draagt gewoon niet bij aan een herstel. Dus we hebben ook wel eens netwerk gesprekken gehad met families en dan zaten er 3 kinderen bij en die zaten ons allemaal glazig aan te kijken; moeten onze ouders naar huis? Ik denk het niet want we werken allemaal en we gaan er echt niks aan doen hoor dus. Kans van succes dat je kinderen hebt? No way!
Interviewer: oké, duidelijk ha ha
Geïnterviewde: ha ha
Interviewer: ervaar je knelpunten bij het ontslag van een revalidatie patiënt? En welke zijn dat dan?
Geïnterviewde: ja dat de thuissituatie zegt nee, of hij doet het niet. Uh dat mensen hier gezeten hebben en het dan zo fijn hebben gehad omdat ze s 'morgens samen ontbeten hebben omdat er samen is geluncht. Omdat mensen met elkaar samen optrekken ontstaan er vriendschappen en die moeten dan ineens naar huis. En thuis ben je alleen
Interviewer: er moet een heleboel gemobiliseerd worden ook thuiszorg enzovoorts?
Geïnterviewde: ja
Interviewer: hoe gaat dat?
Geïnterviewde: dat doet de pb ér hier in het Gasthuis, die regelt de thuiszorg. Hulpmiddelen moeten de mensen zelf tegenwoordig regelen, ze moeten zelf langs de thuiszorgwinkel om spullen te halen. Uhm
Interviewer: lukt dat 80-plussers?
Geïnterviewde: nou ze bezorgen ook aan huis dat scheelt veel. En kijk als het mensen niet lukt om dat te organiseren of te bellen, natuurlijk pakken we dat op. En de ergotherapeut doet er echt heel veel aan, rolstoelen, rollators, bedden, al dat soort dingen. En die heeft ook weer contact met anderen. Die belt dan weer met zo een winkel van dat en dat moet er komen, ze komen het ophalen of ze moeten het thuisbezorgen. We laten mensen niet in de steek wat dat betreft.

Interviewer: nee, welke interventie zet jij in om de ontslagkans te bevorderen?
Geïnterviewde: doordat we nu erg snel, daar zijn we vorig jaar mee gestart, dat de maatschappelijk werker ook bij het eerste MDO aanwezig is, dus dat is 2 weken na opname het eerste evaluatiegesprek. We zijn bij alle gesprekken, en daar merk je wel heel duidelijk dat je dan al uhm, want daar is familie bij, dan heb je al heel snel in de gaten dat ze in een stuk verzet zitten van we willen niet meer naar huis of we willen het niet, of ja maar ja, ze kan niet naar huis want het huis is niet aangepast dus dat gaan we eerst eens aanpassen, en dan over een paar maanden...en dan kan ik erin stappen, niet de arts, niet de pb ér, maar ik de maatschappelijk werker. Van nee, we gaan niet een paar maanden wachten op een verbouwing, over 2 weken is het ontslag, wat gaan jullie doen. Dus dat vind ik wel een hele mooi rol daarin. En dat verzet komt dan naar mij toe en niet naar de arts en niet naar de pb ér. Ik ben soms wel eens de strengste of dat mensen heel erg de hoop hebben nou ja het gaat niet meer thuis en nu nee ik denk niet meer dat het wat wordt. Nou ja dan gaan we gewoon hier een kamertje uitzoeken en dan kom ik; ik denk het niet, want daar is een zorgindicatie voor nodig. En je vader of moeder komt niet in aanmerking voor een zorgindicatie. En dat stuk, om dat uit te leggen, uhm, ja maar dan gaan ze zeggen ja moeder heeft een gebroken heup. ja maar je moeder kan alarmeren en je moeder kan telefoneren, en ze kan op een iPhone werken en ze zit op een iPad, dat is geen toegang tot de WLZ
Interviewer: zijn er wel eens situaties waarin je dacht van die gaat naar huis maar ik heb daar mijn twijfels over, als iemand volgens de regels naar huis kan?
Geïnterviewde: ja hoor, nou we hebben hier een meneer gehad, je neemt hem al mee in 1 van je interviews, uhm waarvan we het hebben afgeraden om naar huis te gaan, waarvan we zeiden nee dit zouden we echt gewoon niet doen. Iedereen. Maar zijn vrouw zei we nemen hem toch mee naar huis, koste wat het kost, we nemen hem mee naar huis. Huis niet aangepast, geen hulpmiddelen, uhm ze hadden in hun hoofd hoe ze het gingen doen maar wij zagen al oohh. Ergotherapeut mee naar huis die zei ook ojee ojee. Het is een paar maanden goed gegaan en nu is hij weer terug
Geïnterviewde: ja
Geïnterviewde: dus, maar soms hebben mensen dat ook nodig. We hebben hier ook een mevrouw gehad, die heeft toen ook gerevalideerd. We moesten het er toch over hebben. En ze reageerde boos, en ik ga niet in een verzorgingshuis wonen en wat denk je wel niet. Ze was eind 80 hé, richting de 90, dat ga ik niet doen, en veel gesprekken gehad, en ze ging het niet doen en ze woonde dan in een aangepast appartement. Toen hebben we samen met de thuiszorg geregeld dat ze een dag naar huis toe kon, toen hebben we ook gezegd van je wilt naar huis dan gaan we dat ook zo doen. We hebben haar in een rolstoeltaxi gezet, de thuiszorg wist dat ze thuis zou komen, de rolstoeltaxi heeft haar naar de deur gebracht en verder niets gedaan. De thuiszorg zat in datzelfde gebouw dus de veiligheid was gegarandeerd maar ze moest ineens met de sleutel de deur open doen, ze moest naar binnen, daar was niemand, en hoe moest het nou. En toen kregen we om 12 uur, ze was om half 9 vertrokken, toen kregen we een telefoontje van de thuiszorg, ja ze wil opgehaald worden. Want ze ziet in dat dit niet meer gaat
Interviewer: er wordt ook wel gewerkt met proefverlof?
Geïnterviewde: ja niet altijd handig, dat vinden we allemaal niet
Interviewer: waarom niet?
Geïnterviewde: omdat uhm, sommige mensen hebt waarvan je denkt als je een beetje doorzet dan lukt dat best wel, maar als we dan een proefverlof doen die grijpen dan alles aan om te zeggen nee hoor, dit ging niet en dat ging niet, en dan denk ik. En dan is er ook nog familie die bang is en zo
Interviewer: ja, hoe zou je die angst of onzekerheid weg kunnen nemen?
Geïnterviewde: uhm ja dat is heel moeilijk, want dat leeft bij die mensen intrinsiek heel erg. En je merkt ook wel bij familie, kijk je hebt het over 80-plussers hé dus die kinderen zijn ook begin 60 en die zijn net met pensioen of die gaan met pensioen en denken ook bij zichzelf, ja jongens ik heb voor mijn eigen gezin gezorgd en nu moet ik mijn moeder ook nog bij gaan nemen 2 keer in de week. En dat merk je wel vaak hoor, en die hebben zelf kinderen kleinkinderen en die denken ja

als er wat is zal ik een paar keer in de week moeten gaan. Of dan moet ik weer. Daar hebben ze geen zin in. En ze moeten werken, kunnen dan niet als we afspraken moeten maken, ze kunnen wel schuiven in de tijd maar naar de middag of zo, nee dan moeten ze werken. Er zijn ook uitzonderingen he, je hebt ook heeeel veel heeel veel lieve families
Interviewer: nou gelukkig maar. Hoe activeer je de patiënt en het hebben van zelfregie ja daar heb je al veel over vertelt he
Geïnterviewde: ja maar dat kan nog wel meer. Zoals op de afdeling en zo zelfregie maar ook, ik denk dat we de afdeling te gezellig gemaakt hebben, ik vind hem te gezellig. Je zit in een prachtige woonkamer aan een mooie tafel
Interviewer: ja het is fantastisch de kamers zijn geweldig
Geïnterviewde: ja je bordje wordt voor je neergezet, je hoeft je bordje niet eens naar de afwasmachine te brengen. Ja ik denk, dat kunnen ze allemaal zelf hé tenminste als je niet aangedaan bent en je handen nog kunt gebruiken dan kan je dat bordje ook zelf weg brengen dus ja, we zijn gewoon allemaal heel erg lief en zorgzaam.
Interviewer: er moet nog wel wat gebeuren?
Geïnterviewde: ja en misschien moet je niet van die huiskamertjes creëren die zo gezellig zijn, misschien moet je wel gewoon op je kamer ontbijten
Interviewer: ja ja
Geïnterviewde: of beneden in het restaurant
Interviewer: ja zou ook nog kunnen. Nu iets over jouw werk als maatschappelijk werker, wat vind je belangrijk in je werk als revalidatiemaatschappelijk werker?
Geïnterviewde: uhm vrijheid om zelf je werk in te kunnen delen en niet in een schema te worden geduwd of zo, vrijheid vind ik zoiezo altijd heel belangrijk
Interviewer: heb je die vrijheid?
Geïnterviewde: ik vind dat ik heel veel vrijheid heb in mijn functie
Interviewer: dat is mooi toch
Geïnterviewde: ja en ik zeg altijd maar, mits je verantwoordelijkheid kan nemen voor de stappen die je zet en de acties die je doet of niet doet, daar gaat het om. Dat je kan verantwoorden waarom je het gedaan hebt
Interviewer: bedoel je met ik heb de vrijheid dat je zelf beslissingen mag nemen?
Geïnterviewde: ja beslissingen mag nemen en ik overleg dan heeeel veel met de artsen en de pb érs, maar ja ik mag wel de vrijheid zeggen van ik pak dit stuk van de cliënt wel of niet op en dat baseer ik op informatie die ik heb of op datgene wat ik zie of uh ja zo
Interviewer: in hoeverre vind je dat je voldoende toegerust bent om je werk goed te doen, zowel met middelen als met kennis?
Geïnterviewde: tijd
Interviewer: wat bedoel je?
Geïnterviewde: ik vind het heel moeilijk om maatschappelijk werker te zijn van de revalidatieafdeling en van PG en van somatiek. Dat vind ik lastig, het blijft een split waar je constant tussen zit. Ik zou best alleen in de hectiek van alleen de revalidatie uh uh kunnen werken en dat zou me prima afgaan en dan zou ik er zo nog een paar bedden bij kunnen doen maar dan, het is constant een split en dat is gewoon lastig. Dat hoor ik ook bij de artsen want die doen ook die combinatie
Interviewer: ja, want op een andere locatie is het wel gedeeld he, er zijn aandachtsgebieden verdeelt ook onder de artsen. Maar dat is hier nog niet dan?
Geïnterviewde: ja bij de arts is het wel maar we hebben ook gezien dat je heel kwetsbaar bent als er dan een maatschappelijk werker van de revalidatie uitvalt
Interviewer: ja
Geïnterviewde: en daarom hebben we nu gekozen dat we het gewoon samen doen, want je, en dat heb ik nu dus al een paar keer meegemaakt, dat is killing als dat gebeurt.
Interviewer: en materiaal, middelen? Ik heb wel eens gehoord ik zou wel een iPad willen hebben

of een tablet voor op de afdeling
Geïnterviewde: ja die hebben we
Interviewer: dus dat is niet overal hetzelfde?
Geïnterviewde: ja, we hebben zo een klein laptopje, die hebben we. Ik heb een tijd een mobiele telefoon gehad maar die was ook voor alles. Die heb ik van de hand gedaan want ik werd er helemaal gek van. Want dan had je, en die telefoon die af ging en een gewone telefoon, en het was zo een knullig ding dat je kon er helemaal niks mee dus daar ben ik mee gestopt. Maar het zou wel voor de reva makkelijk zijn als je met de familie zou kunnen appen, een werk technische telefoon waarmee je kan appen. Want dat is natuurlijk een medium en kinderen die werken en in de auto zitten en onderweg zijn is dat heel handig om dat lijntje even te leggen als maatschappelijk werker, dat zou wel makkelijk zijn als je kon appen met reva.
Interviewer oké, misschien in de toekomst?
Geïnterviewde: maar goed dat is ook een privacy ding dus, dat snap ik wel. Nee kijk we hebben een computer en we hebben al dat soort dingen en ik weet heus wel dat als we dingen zouden willen dat je dat aan kan vragen, nee het zit gewoon meer in de facilitering van tijd. En van uhm en hoe belangrijk is die reva nou he. Dat!
Interviewer: wat bedoel je daarmee hoe belangrijk?
Geïnterviewde: nou we hebben nu die cursus gehad, dat was erg nuttig dat we daar in meegenomen zijn. Uhm maar er wordt altijd maar een beetje naar de reva gekeken en de rest iets minder. Van ja ja die revalidatie en daar gaat zo veel tijd in zitten en dan hebben we helemaal geen tijd meer voor PG of voor somatiek. Je hoort ons wel vaak zeggen van ja we zijn zo druk met de reva uhm maar dat is ook gewoon zo
Interviewer: ja, je zei die cursus?
Geïnterviewde: ja we hebben een dag cursus gehad van hoe werkt dat nou met die reva en die DBC 's. Dat was heel fijn.
Interviewer: ja want dat is heel ingewikkeld he. Waaruit haal je je tevredenheid over je werk?
Geïnterviewde: oh ik ben heel tevreden,
Interviewer: waar wordt je blij van?
Geïnterviewde: van leuke contacten van leuke collega's van uhm nou zo een momentje wat je net zag, he dat je elkaar aankijkt en weet oké, wij zijn een heel traject in geweest samen. Van familie, dat zit dan niet in dat je iets officieels moet gaan doen, dat gaat dan gewoon om een knuffel van zo. Met collega's' met cliënten met externe contacten met ja! Dat vind ik allemaal superleuk, en dat compenseert wel weer met de dingen die soms niet zo goed gaan
Interviewer: gelukkig maar. En wanneer is voor jouw een revalidatie succesvol?
Geïnterviewde: uhmja daar heb ik maar 1 groot voorbeeld van en dat is uhm een cliënt die nu nog bij ons op de dagbehandeling komt, die 2 benen heeft verloren, en die noemen we hier de walking man, die met 2 protheses overal in de stad gesignaleerd wordt. Ja dat vind ik echt de meest geslaagde revalidatie, of als je nog mensen tegenkomt of dat ze hier nog gewoon fysio komen volgen en dat je ze tegen komt in de gang he. En ik ben dit weer aan het doen en ik ben dat weer aan het doen, dan denk ik; fijn, lekker, weet je wel? Zo.
Interviewer: ja, wat zijn de meest lastige situaties?
Geïnterviewde: ja, als familie niet wil hé, familie kan je maken of breken dat kan je cliënten ook. Want als je ziet dat een man of vrouw heel graag naar huis wil, en dat je gesprekken voert met het netwerk en dat die zeggen ja maar, we willen niet dat diegene terugkomt
Interviewer: waar haal jij je steun vandaan dan in zulke situaties?
Geïnterviewde: uhm nou ik denk wel in je contacten met je collega's en de artsen en pb érs. Die zien dat vaak ook. En soms zit je wel eens in een impasse hoor, dat de pb ér het anders ziet dan dat de artsen en de maatschappelijk werkers het zien. Of dat de familie andere signalen uitzend hé. Dus dat ze bij jouw dit zeggen en bij de ander dat. En dan moet je de clou van het verhaal maar zien uh ergens in het midden te krijgen
Interviewer: en op 1 lijn zitten?

Geïnterviewde: ja op 1 lijn zitten, ja ik denk wel dat families zijn vaak het lastigst zijn. Maar we hebben ook wel eens lastige cliënten hoor
Interviewer: ervaar je wel eens psychische belasting als werkdruk?
Geïnterviewde: o ja hoor, ja! Er zijn wel eens situaties die lastig zijn, de meeste lastige situaties vind ik toch wel dat je soms mensen hebt die je op geen enkele wijze tevredenheid kan bieden omdat er, intrinsiek zijn ze gewoon met niets tevreden. Weerstand, wat je ook aandraagt, wat je ook linksom of rechtsom gaat, het is allemaal niet goed. Dat is lastig; dat je het stukje redelijkheid voorbij bent
Interviewer: hoe ga je daarmee om?
Geïnterviewde: ja heel veel geduld, proberen, maar ik vind nu wel dat ik op een gegeven moment uh Ja in een gesprek met de familie durf te zeggen; ja maar kijk, dit heb ik geprobeerd dat geprobeerd we hebben deze invalshoeken gehad maar op een gegeven moment zijn onze opties gewoon op en dan komt het gewoon op jullie zelf aan. Dan houdt het voor ons ook gewoon op
Interviewer: voel je je wel eens geïntimideerd?
Geïnterviewde: uhm nou niet zo heel snel hoor
Interviewer: als mensen zeggen van ik ga naar de krant of ik voel me op straat gezet
Geïnterviewde: nee ik voel me niet snel geïntimideerd. Ik denk dat ik me pas zo voel als er 1 op 1 bedreigingen zijn. Dat hebben we 1 keer hier gehad, maar daar zijn toen ook gesprekken mee gevoerd met die persoon. Het bleef altijd nog wel heel dreigend maar ik heb me niet bang gevoeld of zo. Ja maar dat zeggen mensen heel vaak! Wat is dit nou, ik kom hier maanden revalideren en ik moet na een week weg en belachelijk en zoek het er maar mee uit en uh nee
Interviewer: lastig?
Geïnterviewde: ja, het verwachtingspatroon hé, maar revalideren doe je niet in een week vinden veel mensen maar soms is het wel zo
Interviewer: ja, dit waren mijn vragen. Heb je nog aanvullingen ben ik nog iets vergeten of iets wat van belang is?
Geïnterviewde: kijk er is een categorie die niet kan en een categorie die niet wil. Het zou helpen als woningbouwverenigingen eens gewoon normaal zouden doen voor een woning voor 80-plussers. Die woningbouw die kan je niet bellen die kan je niet mailen. Je kan je alleen inschrijven maar dan volledig digitaal. Jah, dat gaat dus al niet. Dat moet iemand anders doen, en als je die niet hebt dan ben je in de aap gelogeed. Dan moet je elke dag de websites in de gaten houden welke huizen er beschikbaar komen, dan moeten ze op een knop drukken dan moeten ze bijhouden hoeveelste op de lijst je bent. Ja, dat is toch niet te doen? Dan heb je nog dat hele inkomensgedoe. Dan denk ik ook, ja ik snap er wel een beetje van maar ook niet alles. Uhm, dat maakt het heel lastig voor die uitstroom
Interviewer: wat kan je als maatschappelijk werker doen?
Geïnterviewde: je moet gewoon als maatschappelijk werker zorgen dat je externe contacten, je externe netwerk goed is. En dat je daar gewoon een ouwe jongens krentenbrood relatie mee hebt. Dat moet je gewoon hebben. De gun factor, dat als je een collega zorginstelling belt of een woonzorg persoonlijk, joh ik heb nu deze cliënt, nou dat gaat echt niet meer, heb je nog wat, zou je daar even voor me naar willen kijken, die ingangen. Samenwerking, daar zit het gewoon in. Daarom willen we externe partners uitnodigen om koffie te komen drinken, om het Gasthuis te laten zien, lijntjes leggen. Dat is het allerbelangrijkste
Interviewer: ja ja, nou goed. Dank je wel. Hoe vond je het?
Geïnterviewde: leuk! Ha ha
Interviewer: mooi, dat zie ik als een compliment.

Bijlage 4. Taakfunctieomschrijving maatschappelijk werk SVRZ

Organisatie: SVRZ

Februari 2006

Afdeling	: Behandeling, Onderzoek en Advies (BOA)
Functie	: Maatschappelijk werkende

A) Kern en doel van de functie

Het doel van de functie is het bereiken van een kwalitatief goede begeleiding/behandeling van de cliënt en diens naasten bij psycho-sociale problemen die samenhangen met opname, verblijf en ontslag, teneinde bij te dragen aan een optimale psycho-sociale zorg. Hij/zij coördineert (over)plaatsing en ontslag van de cliënt.

B) Situatieschets

De functie maakt deel uit van de sector Behandeling-Onderzoek- en- Advies.(BOA-Team). Hij/zij maakt onderdeel uit van de psychosociale discipline die verder kan bestaan uit een psycholoog en geestelijk verzorger.

De maatschappelijk werkende kan zowel intra- ,semi- als extramuraal werkzaam zijn. Hij/zij handelt overwegend op verwijzing en draagt een eigen professionele verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening.

C) Leidinggeven/leiding ontvangen

De maatschappelijk werkende ontvangt direct leiding van het hoofd/teamleider BOA, aan wie ook verantwoording verschuldigd is. Hij/zij kan voorts stagiaires van de eigen en andere disciplines begeleiden en beoordelen.

D) Interne/externe contacten

De maatschappelijk werkende participeert in overlegvormen die nodig zijn om tot beoogd resultaat te komen van de voor een cliënt opgesteld ondersteuningsplan.

Interne contacten: cliënten, verpleeghuisarts, verplegend en verzorgend personeel en medewerkers van de overige disciplines.

Externe contacten: familieleden, functionarissen van zorginstellingen, functionarissen van indicatiestellend orgaan en zorgkantoor, van woningcorporaties en lokale overheden.

E) Organisatieschema

Het organisatieschema is apart bij de functiebeschrijving gevoegd.

F) Resultaatgebieden en kernactiviteiten

- De maatschappelijk werkende begeleidt en stimuleert de cliënt en naasten in het acceptatieproces dat voor, tijdens en na opname optreedt en draagt mede zorg voor goed voorbereide (over)plaatsingen en/of ontslag van cliënten.

- Hij/zij voert op verzoek gesprekken met cliënten in het kader van psychosociale vraagstukken en verwijst zonodig naar behandelaars of geestelijk verzorger
- Hij/zij fungeert op verzoek van cliënten en/of familie en behandelaars als intermediair bij problematieken op zowel materieel als immaterieel gebied en treedt hierbij zowel in-als extern naar voren
 - De maatschappelijk werkende regelt bij opname, overplaatsing en/of ontslag van cliënten de administratieve en financiële verplichtingen van de locatie
 - Hij/zij signaleert, adviseert en communiceert problematieken die kunnen ontstaan in de ontwikkeling van de wachtlijst.

Functie-eisen

Kennis

Kennis is vereist over de missie en doelstelling van SVRZ , alsmede de binnen de locatie geldende werkwijzen en procedures. De benodigde vakkennis is verkregen door een HBO opleiding en ruime ervaring. Enige kennis van de organisatie van de gezondheidszorg is vereist om adequaat te reageren op/te adviseren over ontwikkelingen in zorg en verzekeringen. Goede en actuele kennis is vereist van de sociale kaart en voorzieningen in de regio. Voorts is enige kennis vereist van de werkwijze van andere diensten/afdelingen in de locatie en van toepassing van verschillende software. Het bijhouden van vakliteratuur is vereist.

Zelfstandigheid

De maatschappelijk werkende verricht de werkzaamheden binnen de organisatorische-en procedurele kaders zelfstandig waarbij het nemen van initiatieven van belang is. Initiatief nemen is voorts van belang bij het informeren van derden bij opname, overplaatsing en ontslag van cliënten. De maatschappelijk werkende stelt overwegend zelf prioriteiten bij het inrichten van de werkzaamheden.

Hij/zij stelt zelf begeleidingsdoelen op en stelt deze zonodig bij, mede op basis van periodieke evaluaties.

Creativiteit is nodig bij de uitvoering van de begeleiding en soms bij het communiceren met cliënten. De maatschappelijk werkende moet adequaat kunnen inspelen op optredende weerstanden *Sociale vaardigheden*

Algemene sociale vaardigheden zijn vereist gelet op de vele contacten van verschillende aard, doel en intensiteit.

Luistervaardigheden, invoelend vermogen en het vermogen tot stimuleren zijn daarbij essentieel.

Het is van belang vertrouwen winnen en vast te houden en (ogenschijnlijke) tegenstellingen te kunnen overbruggen.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed

De maatschappelijk werkende draagt verantwoordelijkheid voor een adequate opvang, hulp en begeleiding van cliënten tijdens opname en verblijf op het vlak van psychosociale ondersteuningsvragen. In de functie zijn er risico's op zowel materiele als immateriële schade ten gevolge van het niet juist of te laat regelen van zaken. De maatschappelijk werkende heeft

invloed op het opname/ontslagbeleid van de locatie en meer in het algemeen op het bejegensklimaat.

Uitdrukkingsvaardigheid

Een goed mondelinge uitdrukkingsvaardigheid is van belang in contacten en gespreksvoering. Aan schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid worden eisen gesteld in verband met te voeren correspondentie en op te stellen rapporten.

Bewegingsvaardigheid

Er gelden in de functie geen bijzondere eisen ten aanzien van de bewegingsvaardigheid

Oplettendheid

Oplettendheid is van belang bij de informatieverstrekking aan cliënten en verzorgend, begeleidend en behandelend personeel en voorts bij het waarnemen van de (gezondheids)toestand van de cliënt.

Overige functie-eisen

Hoge eisen worden gesteld aan de integriteit bij het omgaan met vertrouwelijke informatie. Het is van belang om ordelijk en systematisch te werken en er gelden eisen t.a.v. representativiteit van de maatschappelijk werkende. Geduld en doorzettingsvermogen zijn vereist in cliëntcontacten.

Inconveniënten

Psychische belasting in de functie is aan de orde als gevolg van confrontatie met geestelijk lijden van cliënten en als gevolg van soms conflicterende belangen

Bijlage 5. Verdere verloop van de respondentengroep patiënten

Respondent 1.proef: Mw. zou met ontslag gaan naar huis, wat haar liefste wens was. Terug naar de grote boerderij met allerlei op en afstapjes was niet langer een optie. De hulpbehoefte nam nog meer toe door bijkomende somatische aandoeningen en complicaties waardoor de zorgzwaarte toenam. Een zzp 6 is aangevraagd zodat mw. in aanmerking komt voor een plaats in het verpleeghuis. Mw. staat op de wachtlijst voor het verpleeghuis van voorkeur. Mw. kan niet blijven wachten op de revalidatieafdeling en is ter overbrugging geplaatst in een verpleeghuis elders omdat er nu geen plaats is.

Respondent 1. Het doel terugkeer naar huis bleek niet te behalen, door de CVA is mw. te beperkt geraakt en rolstoel afhankelijk. Daarnaast heeft mw. diabetes en is insuline afhankelijk, zeer slechtziend, doof, heeft reuma sinds haar jeugd en onbehandelde kanker. Mw. geeft aan dat ze het eigenlijk al van tevoren wist dat het niet ging lukken. Daarnaast is de woning niet geschikt. Mw. is overgeplaatst naar een andere afdeling waar ze wacht op een definitieve plaats in het verpleeghuis van voorkeur, omdat daar nu geen plaats is.

Respondent 2. Mw. kon niet meer terug naar huis, een indicatie zzp 6 is aangevraagd voor opname in het verpleeghuis alwaar vrij snel een plaats voor haar kwam. Opvallend: mw. is volledig ADL afhankelijk, zeer kwetsbaar, praat met zachte stem, bijna luisterend. Er is sprake van multimorbiditeit op veel gebieden; cardiaal zwaar belast, artrose, schouders knieën, 2 keer eerder een collumfractuur, totale knieprotheses, osteoporose, TIA, struma groei drukt luchtwegen dicht waardoor voedselinname beperkt en ademhaling bemoeilijkt wordt. Een forse vergroeiing van de ruggenwervels maken dat ademen bemoeilijkt wordt doordat de longen ingeperkt zijn. Alles kost veel energie, mw. is constant moe, heeft het vaak benauwd. Steeds opnieuw ontstaan wonden op de benen (skintears). Ondanks alles ervaart mw. zich niet als kwetsbaar. Het christelijke geloof maakt haar sterk vertelde ze.

Respondent 3. Dhr. bleek niet terug te kunnen naar huis. De revalidatie heeft het gewenste niveau niet bereikt na het doormaken van twee CVA's. Ondanks het feit dat de woning geheel was aangepast. Echtgenote had onvoldoende draagkracht. Een zzp 6 is aangevraagd zodat dhr. in aanmerking komt voor een plaats in het verpleeghuis. Dhr. staat op de wachtlijst voor het verpleeghuis van voorkeur maar kan niet blijven wachten op de revalidatieafdeling en is ter overbrugging elders omdat er nu geen plaats is.

Respondent 4. Dhr. was COPD patiënt, de dag vóór ontslag naar huis kreeg dhr. een luchtweginfectie. Dhr. kreeg een verlenging van de DBC. In de verlenging is hij overleden.

Respondent 5. Verlenging DBC ten gevolge van een complicatie door overbelasting. Aanvraag zzp 6 is op voorhand gedaan. Mw. is rolstoel afhankelijk geworden.

Respondent 6. Mw. ging met ontslag naar huis met thuiszorg en mantelzorg van dichtbij wonende kinderen.

Respondent 7. Dhr. ging met ontslag naar huis, met ambulante geriatrische revalidatie.

Respondent 8. Mw. is na 3 weken revalidatie met ontslag gegaan naar huis, mede dankzij de intensieve hulp van haar dochter en schoonzoon in de directe nabijheid, en de goede fysieke conditie van mw.

Uiteindelijk hebben 3 van de 9 respondenten na de geriatrische revalidatie hun doel bereikt, terugkeer naar huis.

Bijlage 6. Triageformulier Geriatrische revalidatie



Triageformulier Geriatrische revalidatie

Cliëntgegevens	
BSN nummer:	
Naam:	Kies een item.
Adres/woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Geboortedatum:	
Burgerlijke staat:	
Zorgverzekeraar/Polisnr.:	
Contactpersoon cliënt : Naam:	Kies een item.
	Relatie: Kies een item.
	Telefoonnummer:
Naam huisarts:	
Verpleegafdeling en specialist	
Naam verpleegafdeling: Locatie	Kies een item.
Telefoonnummer:	
Opnamedatum:	
Voorlopige ontslagdatum:	

Visus/gehoor/spraak/begrip slikproblemen/anderstalig,...		
---	--	--

Onderscheidende factoren
Revalidatiedoel:
Belastbaarheid :Kies een item.
Leerbaarheid/trainbaarheid:Kies een item.
Bijzonderheden(isolatie, verpleegtechnische handelingen zoals TPV, VAC, O2,...):
Is de patiënt gemotiveerd:Kies een item.
Zijn de patiënt en zijn sociaal netwerk geïnformeerd over het doel van GRZ, namelijk terugkeer naar eigen woonomgeving:Kies een item.
Gegevens zorgaanbieder
Naam zorgaanbieder van keuze:Kies een item.

Indicatie-verwijzing ELV/GRZ	
Benodigde vorm GRZ of eerstelijnsverblijf:	Kies een item.
Is bij ELV Palliatieve Terminale Zorg(PTZ)de verklaring levensverwachting korter dan 3 maanden toegevoegd?	Kies een item.
Gewenste ingangsdatum eerstelijnsverblijf:	Klik hier als u een datum wilt invoeren.
Naam verwijzend medisch specialist:	
Handtekening verwijzend Medisch Specialist:	
Datum afgifte indicatie-verwijzing ELV:	Klik hier als u een datum wilt invoeren.

