

Communicatie, een zorg?



Auteurs: Annie Duim (100669) en Monica Rutten (100580)
Christelijke Hogeschool Ede
HBO-Verpleegkunde
Begeleider: Gert Madern
Beoordelaar: Rieke van de Wetering
Mei 2014

Colofon

Titel:	Communicatie, een zorg?
Auteurs:	Annie Duim Monica Rutten
Opleidingsinstituut:	Christelijke Hogeschool Ede [CHE]
Opleiding:	Academie Gezondheidszorg HBO-Verpleegkunde
Begeleider CHE:	Gert Madern MSc
Beoordelaar CHE:	Rieke van de Wetering MSc
Onderzoeksinstelling:	X
Opdrachtgever:	Management X
Plaats:	Veenendaal
Datum:	Mei 2014

© Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke mechanische of elektronische wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Samenvatting

Het rapport 'Communicatie, een zorg?' bevat een onderzoek binnen de psychogeriatrische afdelingen van drie intramurale settingen van de organisatie.

Aanleiding

De aanleiding tot dit onderzoek is het cliënttevredenheidsonderzoek van 2013 die is afgenomen onder de vertegenwoordigers van psychogeriatrische cliënten. De organisatie speelt in op de huidige tendens dat de wensen en behoeften van de cliënt centraal staan en wil weten hoe zij dit kunnen verbeteren. Uit een onderzoek van Nivel blijkt dat de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden, door onder andere beter in te spelen op de behoefte van de cliënt en afspraken vast te leggen en deze na te komen.

Onderwerp

In dit onderzoeksverslag staat de volgende hoofdvraag centraal: *Op welke wijze vindt de mondelinge en schriftelijke communicatie, door de zorgverleners onderling en met de vertegenwoordiger van de cliënt plaats, die betrokken zijn bij de cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen van de organisatie? En hoe kan worden bereikt dat de mondelinge en schriftelijke communicatie door deze zorgverleners op zodanige wijze plaatsvindt dat er wordt voldaan aan de verwachtingen van de cliënt?*

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om voor het management van de organisatie de mondelinge en schriftelijke communicatie door de zorgverleners, die betrokken zijn bij de cliënten van de drie psychogeriatrische afdelingen, in kaart te hebben gebracht. Aan de hand van deze resultaten worden aanbevelingen gedaan hoe de mondelinge en schriftelijke communicatie kan verbeterd worden, zodat de communicatie op zodanige wijze plaatsvindt dat er wordt voldaan aan de verwachtingen van de cliënt.

Onderzoeksmethode

De centrale vraag van dit onderzoek wordt beantwoord door middel van literatuurstudie en het afnemen van halfgestructureerde interviews.

Resultaten

In de resultaten van de literatuurstudie komen aspecten naar voren die van belang zijn in de communicatie en het kunnen voldoen aan de verwachtingen van de cliënt. Uit de

interviewresultaten blijkt dat op een aantal aspecten winst te behalen valt. Deze aspecten zijn onder andere digitaal rapporteren, een familienet, meer multidisciplinair samenwerken en het inzetten van vaste flexmedewerkers.

Conclusie en aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er bevorderende en belemmerende aspecten zijn om aan de verwachtingen van de cliënt te kunnen voldoen.

Aanbevelingen zijn onder andere dat het van belang is dat er een digitaal zorgdossier wordt geïmplementeerd en er meer multidisciplinair samengewerkt wordt. Daarbij is een familienet wenselijk en heeft het inzetten van vaste flexmedewerkers de voorkeur.

Voorwoord

Geachte lezer,

Iedere dag staat de cliënt centraal, toch? Gisteren, vandaag en morgen! In het onderzoeksrapport dat voor u ligt wordt beschreven op welke wijze de communicatie kan plaatsvinden, zodat er optimaal wordt voldaan aan de verwachtingen van de cliënt.

Het onderzoeksrapport is geschreven naar aanleiding van ons afstudeeronderzoek in opdracht van de organisatie. Wij, twee vierdejaars studenten, hebben deze opdracht uitgevoerd in het kader van onze hbo-verpleegkunde opleiding aan de Christelijke Hogeschool Ede.

Onze afstudeerperiode is een leerzame, maar ook gezellige tijd geweest. Er was een goede samenwerking en een open communicatie. Dit leidde tot dit onderzoek dat wij met trots durven te presenteren. De afstudeerperiode hebben wij hierdoor als positief ervaren en draagt eraan bij dat wij onze opleiding hbo-verpleegkunde op een mooie wijze kunnen afsluiten.

Dit onderzoeksrapport is mede tot stand gekomen met de hulp van andere professionals. Allereerst gaat onze dank uit naar de begeleiders van de organisatie. Ook bedanken wij Gert Madern voor zijn begeleiding en feedback. Rieke van de Wetering, als beoordelaar, willen wij ook bedanken voor de feedback en het tot stand komen van de beoordeling. Daarnaast willen wij Klaas van Leijen bedanken voor het schrijven van het inleidende gedicht. Dit gedicht geeft een toepasselijke en persoonlijke noot aan dit onderzoeksrapport. Ook was dit onderzoek niet tot stand gekomen zonder de steun van onze familie en vrienden, vanaf deze plaats willen wij ook hen hiervoor hartelijk bedanken. Ten slotte willen wij iedereen die een bijdrage geleverd heeft, hartelijk bedanken voor hun inzet.

Annie Duim

Monica Rutten

Veenendaal, mei 2014

Onmacht

Ik zag mijn moeder lopen,
een wereld van verschil.
De dagen om haar heen staan stil,
de tijd komt voorbij gekropen.

Een gedaante van wie ze is geweest,
Een stille vrouw, eenzaam en bedeesd.
Zo anders dan mijn moeder,
mijn beschermer en mijn hoeder.

Nu wil ik voor haar zorgen.
Overgeleverd aan een verzorgingshuis,
een ander leven en een ander thuis,
maak ik mij druk over haar morgen.

Toch zie ik dat het haar thuis aan het worden is.
En ook al voel ik het gemis,
voel ik dat zij met mijn moeder zijn begaan,
samen en veilig naast haar staan.

Het voelt zo machteloos,
staan aan de zijlijn,
zo hulpeloos.
Ik ben zo klein.

Geef mij af en toe aandacht
en steun mij in mijn onmacht.
Zodat ik mag weten,
dat jullie mij niet vergeten.

Klaas van Leijen



Inhoudsopgave

Colofon.....	2
Samenvatting.....	3
Voorwoord.....	5
Inhoudsopgave.....	7
1. Inleiding	10
1.1 Aanleiding onderzoek.....	10
1.2 Contextbeschrijving.....	10
1.3 Probleemomschrijving	11
1.4 Centrale hoofdvraag	12
1.5 Deelvragen.....	12
1.6 Doelstelling.....	12
1.7 Begrippenlijst.....	13
2. Methoden.....	15
2.1 Methoden van onderzoek.....	15
2.1.1 Literatuurstudie.....	15
2.1.2 Halfgestructureerde interviews.....	15
2.2 Analysemethoden.....	16
2.2.1 Literatuurstudie.....	16
2.2.2 Halfgestructureerde interviews.....	16
2.3 Populatie.....	17
2.4 Steekproef.....	17
2.5 Betrouwbaarheid en validiteit	19
3. Literatuurstudie.....	21
3.1 Randvoorwaarden communicatie	21
3.1.1 Informed consent.....	21
3.1.2 Taalgebruik.....	21
3.1.3 Houding.....	22

3.1.4	Non-verbale en verbale communicatie	22
3.1.5	Metacommunicatie	22
3.2	Multi- en interdisciplinair samenwerken	23
3.3	Vraaggericht werken	24
3.4	Zorgleefplan	25
3.5	Communicatie met vertegenwoordiger(s)	26
3.6	Overdragen	27
3.6.1	Mondelinge overdracht	27
3.6.2	Rapportage	27
4.	Resultaten	29
4.1	Resultaten vertegenwoordigers	29
4.1.1	Bevorderend	29
4.1.2	Hindernissen	31
4.1.3	Toevoegen	32
4.2	Resultaten verplegend en verzorgend personeel	33
4.2.1	Bevorderend	33
4.2.2	Hindernissen	37
4.2.3	Toevoegen	39
4.3	Resultaten (para)medische disciplines	40
4.3.1	Bevorderend	40
4.3.2	Hindernissen	41
4.3.3	Toevoegen	43
5.	Conclusie	44
6.	Aanbevelingen	49
7.	Discussie	51
7.1	Doelstelling	51
7.2	Methoden van onderzoek	51
7.2.1	Literatuurstudie	51
7.2.2	Halfgestructureerde interviews	51

7.3	Populatie en streekproef	52
7.4	Methoden van analyse	52
7.5	Benadering arts	52
7.6	Aanbevelingen.....	52
8.	Literatuurlijst.....	54
9.	Bijlagen	60
9.1	Topiclijsten.....	61
9.1.1	Verantwoording topiclijsten.....	61
9.1.2	Topiclijst vertegenwoordigers	63
9.1.3	Topiclijst verplegend en verzorgend personeel.....	64
9.1.4	Topiclijst (para)medische disciplines.....	65

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven. Vervolgens wordt de contextbeschrijving, probleemomschrijving, hoofdvraag, deelvragen en de doelstelling van het onderzoek beschreven. Ten slotte is er een verklarende begrippenlijst opgenomen.

1.1 Aanleiding onderzoek

De organisatie werkt vanuit een cliëntgerichte benadering en streeft daarom constant om dit te verbeteren en te ontwikkelen. De organisatie speelt hierdoor in op de huidige tendens dat de cliënt zelf keuzevrijheid krijgt welke zorg en op welke wijze hij de zorg ontvangt. Deze tendens wordt ook door de overheid, verzekeraars en patiëntenorganisaties onderschreven door te streven naar vraaggerichte zorg (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009). Vraaggerichte zorg is een cliëntgerichte zorg, waarbij de zorg aansluit bij de leefsituatie van de cliënt en die tevens voldoet aan professionele standaarden (2009; Vilans, 2013). Uit het cliënttevredenheidsonderzoek van 2013, die onder de vertegenwoordigers is gehouden van cliënten met psychogeriatrische problematiek, blijkt dat er nog winst te behalen valt. Deze winst valt te behalen door te voldoen aan de verwachtingen van de cliënt en het borgen van de afspraken met de cliënt. Bransen et al. (2003, geciteerd in Friele, Albada, & Sluijs, 2006) geven aan dat cliënten meer behoefte hebben aan zorg die afgestemd, bereikbaar en passend is. Veel cliënten die wonen in een zorgvoorziening ervaren namelijk problemen met autonomie en privacy (Friele, Albada, & Sluijs, 2006).

Het kwaliteitskader verantwoorde zorg geeft organisaties normen waaraan deze moeten voldoen om verantwoorde zorg te leveren en waarbij de kwaliteit van leven van de cliënt centraal staat (Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, 2010).

Ook blijkt uit een onderzoek van Nivel dat verpleegkundigen en verzorgenden aangeven dat de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden door onder andere beter in te spelen op de behoeften van de cliënt, de afspraken met de cliënt beter vast te leggen en na te komen. Daarnaast geven zij aan dat de cliënt beter geïnformeerd en meer serieus genomen dient te worden om de kwaliteit van zorg te verhogen (De Veer, Francke, De Kruif, & Bolle, 2005). Ten slotte blijkt uit onderzoek dat 'persoonsgerichte zorg positieve effecten heeft op: de algemene werktevredenheid, werklast op psychogeriatrische afdelingen, emotionele uitputting en persoonlijke vervulling' (Van den Pol-Grevelink, Jukema, & Smits, 2012).

1.2 Contextbeschrijving

In verband met de privacy van de organisatie zijn de beschrijvingen van de intramurale settingen niet opgenomen.

Het onderzoek richt zich op de communicatie tussen zorgverleners onderling en met de vertegenwoordigers van cliënten. Het onderzoek richt zich op de vertegenwoordiger omdat in de meeste gevallen de cliënt wilsonbekwaam is en de vertegenwoordiger de belangen van de cliënt behartigt.

Het doel van dit onderzoek is om de cliënttevredenheid te verbeteren en dat er wordt voldaan aan de verwachtingen van de cliënt. Op deze wijze zal er een bijdrage worden geleverd aan vraaggerichte zorg. Bij de organisatie is naar dit onderwerp nog geen onderzoek gedaan.

Dit onderzoek is verpleegkundig relevant omdat het allereerst gaat over het aansluiten bij de verwachtingen van de cliënt. Voor een verpleegkundige is het belangrijk om cliëntenzorg op hoog niveau te waarborgen. In de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN/NU91, 2007, p. 11) staat hierover beschreven: 'Als verpleegkundige/verzorgende stem ik de zorgverlening zoveel mogelijk af op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager'.

Ten tweede neemt de zorg in complexiteit toe. 'Verpleeghuizen ontwikkelen zich tot kenniscentra voor gespecialiseerde zorg' (Van de Rijdt-Van de Ven, 2009). De complexiteit van zorg neemt dan ook toe binnen het verpleeghuis (De Boer, Van den Ende, Ribbe, & Leemrijse, 2004). De redenen hiervoor zijn dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Mensen liggen korter in het ziekenhuis en zijn steeds vaker alleenstaand (De Veer, Francke, Poortvliet, & Vogel, 2007). Verpleeghuizen krijgen hierdoor steeds meer te maken met aanvragen voor hoogcomplexiteit zorg. Deze toenemende complexiteit vraagt om andere competenties. Uit een onderzoek uit 2007 blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden zich onvoldoende toegerust voelen om complexe zorg te leveren. Bij complexe zorg stijgt het aantal disciplines dat bij de zorg betrokken is. Hierdoor moet er onder andere meer multidisciplinair samengewerkt worden (De Veer, Francken, Poortvliet, & Vogel, 2007). Ook moet er meer gecommuniceerd worden (Van de Rijdt-Van de Ven, 2009). In het onderzoek geven verpleegkundigen aan dat zij onder meer nog onvoldoende vaardigheden en kennis bezitten om complexe zorg te leveren (2007).

1.3 Probleemomschrijving

Het management heeft behoefte aan een beter inzicht in hoe de zorgverleners, die betrokken zijn bij de cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen van de organisatie, op zodanige wijze kunnen communiceren zodat er zo optimaal mogelijk aan de verwachtingen van de cliënt wordt voldaan.

Daarnaast vragen zij zich af wat de mening is van de vertegenwoordiger over de communicatie om aan de verwachtingen van de cliënt, die zij vertegenwoordigen, te voldoen. Het is van belang om de mening over de communicatie van de zorgverleners die betrokken zijn bij deze cliënten in

kaart te brengen. Dit is van belang omdat zij de mondelinge en schriftelijke communicatie ten uitvoer moeten brengen en dit sneller zullen doen als deze verandering door deze zorgverleners gedragen wordt (Grol, & Wensing, 2011). Het gaat hierbij om de mening over de multidisciplinaire communicatie en de communicatie met de cliënt. Daarnaast is de communicatie tussen zorgverlener en cliënt belangrijk om de zorg- en dienstverlening bij te laten dragen aan de levenskwaliteit van de cliënt (Actiz, 2006b).

1.4 Centrale hoofdvraag

Op welke wijze vindt de mondelinge en schriftelijke communicatie, door de zorgverleners onderling en met de vertegenwoordiger van de cliënt plaats, die betrokken zijn bij de cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen van de organisatie? En hoe kan worden bereikt dat de mondelinge en schriftelijke communicatie door deze zorgverleners op zodanige wijze plaatsvindt dat er wordt voldaan aan de verwachtingen van de cliënt?

1.5 Deelvragen

1. Welke competenties worden in de literatuur beschreven ten aanzien van de communicatie door zorgverleners om te voldoen aan de verwachtingen van de cliënt?
2. Welke verwachtingen hebben de vertegenwoordigers van de cliënt ten aanzien van de communicatie door zorgverleners om aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen?
3. Wat is de mening van verplegend en verzorgend personeel over de communicatie om aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen?
4. Wat is de mening van de (para)medische disciplines over de communicatie om aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen?

1.6 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om in mei 2014, aan de hand van het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen, voor het managementteam van de organisatie de mondelinge en schriftelijke communicatie door de disciplines die betrokken zijn bij de cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen van de organisatie in kaart te hebben gebracht. Aan de hand van deze resultaten worden aanbevelingen gedaan hoe de mondelinge en schriftelijke communicatie kan verbeterd worden, zodat de communicatie op zodanige wijze plaatsvindt dat er wordt voldaan aan de verwachtingen van de cliënt.

1.7 Begrippenlijst

Cliënttevredenheidsonderzoek	Onderzoek bestaande uit zeven elementen ten aanzien van de cliënttevredenheid waarover onderzoeksvragen gesteld worden. Deze lijst wordt ingevuld door de vertegenwoordigers van de cliënten vanwege de psychogeriatrische aandoening van de cliënt (Van Bergeijk, 2013).
Cliëntcoördinator	Coördineert de zorg van een cliënt. Zij stemt de zorg af en bewaakt het individuele proces (Van de Haterd, & Zwikker, 2009).
Intramuraal	Binnen de muren (Van Dale, 2014).
Kleinschalig wonen	'Kleinschalig wonen is een vorm van wonen in een groepsstructuur met het doel de levenskwaliteit van de individuele bewoner te behouden. De activiteiten voor zelfverzorging en huishouding vinden in de groepswoning plaats onder begeleiding van een vaste medewerker.' (Cedrah, n.d.)
Kwaliteit van zorg	Zorg op het juiste moment, de juiste hoeveelheid, de juiste prijs, de juiste indicatie en ook bewezen effectief (Bouwer, 2010).
(Para)medische disciplines	Hieronder worden despecialisten ouderengeneeskunde, artsen in opleiding tot specialist, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen en logopedisten verstaan die een zorgrelatie hebben met de psychogeriatrische cliënt binnen de organisatie.
Verplegend en verzorgend personeel	Hieronder worden de helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen verstaan die een zorgrelatie hebben met de psychogeriatrische cliënt binnen de organisatie.

Vertegenwoordiger	Persoon die beslissingen neemt op het gebied waarop de cliënt wilsbekwaam is. De volgende personen kunnen de vertegenwoordiger zijn: curator, schriftelijke gemachtigde, echtgenoot, ouder, kind, broer, zus (Rijksoverheid, 2014).
Vraaggerichte zorg	Cliëntgerichte zorg, waarbij de zorg aansluit bij de leefsituatie van de cliënt en die tevens voldoet aan professionele standaarden (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009; Vilans, 2013).
Zorgverleners	Hieronder worden het verplegend en verzorgend personeel en de (para)medische disciplines verstaan die een zorgrelatie hebben met de psychogeriatrische cliënt binnen de organisatie.

2. Methoden

2.1 Methoden van onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve methode. De kwalitatieve methode is een vorm van empirisch onderzoek (Maso, & Smaling, 2004; Baarda, 2013). Dit betekent dat de beleving van de onderzochte centraal staat (Verhoeven, 2011). Het is een open en flexibele manier van informatieverzameling (2004). Ter Maten-Speksnijder en De Lange (2009, p. 56) beschrijven dat 'kwalitatief onderzoek [gericht is] op het verwerven van inzicht en begrip van hoe een individu tegen gebeurtenissen aankijkt'. Daarnaast wordt gekeken wat de achterliggende argumenten en motieven zijn (2011). Wanneer er nog weinig inzicht is in deze gegevens, kan er gebruikt gemaakt worden van kwalitatief onderzoek (2004). De relevante gegevens vanuit het oogpunt van de zorgverleners en van de vertegenwoordigers van de cliënt, die betrokken zijn bij de cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen van de organisatie, zijn nog niet onderzocht. Dit is de reden dat er is gekozen voor kwalitatief onderzoek.

2.1.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie wordt uitgevoerd om het onderzoek te onderbouwen en tot interviewvragen te komen. Er is gekozen om gebruik te maken van secundaire en grijze literatuur. Hier is voor gekozen omdat er al onderzoeken naar dit onderwerp gedaan zijn. Secundaire literatuur houdt in dat er gebruik gemaakt wordt van reeds bestaande literatuur over dit onderwerp waarin door andere auteurs over al behandelde onderwerpen wordt gerapporteerd. Grijze literatuur zijn boeken en verslagen die niet in de gangbare collectie zijn opgenomen (Verhoeven, 2011). Er is op de databases Google (Scholar), PubMed en HBO Kennisbank gezocht. In deze databases zijn op de zoekwoorden communicatie, samenwerken, vraaggerichte, zorg, cliëntgerichte, communication, vraaggestuurde, verwachtingen, wensen, behoeften, afspraken, nakomen, cliënt, patiënt, Actiz, zorgleefplan, verantwoordelijkheid, transparant, zorgdossier, multidisciplinair, interdisciplinair, communiceren, zorgverlening, eisen, overdracht, collaboration, interdisciplinair, innovatie en rapporteren gezocht. Deze zoekwoorden zijn ook met elkaar gecombineerd en/of samengevoegd.

2.1.2 Halfgestructureerde interviews

Om relevante variabelen en relaties in kaart te brengen worden halfgestructureerde interviews afgenomen. De onderzoekers hebben topiclijsten opgesteld (bijlage 9.1). Deze onderwerpen vormen een leidraad voor het gesprek. De respondent heeft ook ruimte voor eigen inbreng

(Verhoeven, 2011).

Ten eerste worden de vertegenwoordigers geïnterviewd. Deze interviews worden afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. De topiclijst wordt op basis van bestudeerde literatuur samengesteld. Er is gekozen om eerst de vertegenwoordigers te interviewen omdat de behoeften van de cliënt centraal staan en niet de regels van de organisatie (Vilans, 2013). Door de vertegenwoordigers te interviewen wordt in kaart gebracht wat de mening is van de vertegenwoordigers van de cliënt, ten aanzien van de communicatie door zorgverleners, om aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen.

Aan de hand van de resultaten van de interviews met de vertegenwoordigers en de bestudeerde literatuur worden topiclijsten opgesteld voor de andere doelgroepen. Er is gekozen om de resultaten van de interviews met de vertegenwoordigers mee te nemen in het opstellen van de topiclijsten, omdat de verwachtingen van de vertegenwoordigers hierdoor als uitgangspunt worden genomen voor zorgverleners om aan de verwachtingen te voldoen van de cliënt. Er is gekozen om de mening van de zorgverleners in kaart te brengen omdat het belangrijk is dat zij de vernieuwing dragen. Zij moeten de dagelijkse zorgverlening uitvoeren (De Niet, 2012).

2.2 Analysemethoden

De analysemethode beschrijft de wijze waarop de informatie geanalyseerd en omgezet wordt in relevante informatie (Boerkamp, & Falix, 2010).

2.2.1 Literatuurstudie

Allereerst worden er zoekwoorden bepaald om de deelvraag te kunnen beantwoorden. Vervolgens worden de uitkomsten die dit oplevert gescreend op relevantie tot het onderwerp en op betrouwbaarheid. De individuele bronnen worden daarna ook gescreend op relevantie, alleen de relevante gedeelten worden gebruikt in de literatuurstudie (Verhoeven, 2011). Vervolgens wordt deze informatie verwerkt in de literatuurstudie, die aansluit bij de deelvraag.

2.2.2 Halfgestructureerde interviews

De opgenomen geluidsfragmenten worden afgespeeld en getranscribeerd in Microsoft Word. Hierdoor ontstaat een weergave van het gehele interview. De interviews worden vervolgens open gecodeerd. Dit houdt in dat de resultaten geanalyseerd worden en fragmenten die associaties en/of combinaties hebben, dezelfde code krijgen. Vervolgens vindt axiale codatie plaats. De codering wordt dan omgezet in concepten. Deze concepten worden gemaakt op basis van de onderwerpen die herhaaldelijk in de interviews naar voren komen. De informatie is dan bruikbaar en kan toegepast worden in het onderzoek (Verhoeven, 2011).

2.3 Populatie

Onder een onderzoekspopulatie worden alle eenheden verstaan waarover in het onderzoek uitspraak wordt gedaan. Deze eenheden zijn het domein waarbinnen het onderzoek zich afspeelt (Verhoeven, 2011). Onder de populatie vallen alle zorgverleners en vertegenwoordigers van de cliënten, die bij de zorg van psychogeriatrische cliënten van de drie intramurale settingen van de organisatie betrokken zijn. Er is gekozen om de populatie onder te brengen in vier groepen: cliëntcoördinatoren, overig verplegend en verzorgend personeel, de (para)medische disciplines en de vertegenwoordigers van de cliënten. Voor het onderscheid tussen cliëntcoördinatoren en het overig verplegend en verzorgend personeel is gekozen omdat deze groepen een andere relatie tot de cliënt en zijn vertegenwoordiger hebben. Daarnaast is de cliëntcoördinator het eerste aanspreekpunt voor de cliënt en zijn vertegenwoordiger en is zij eindverantwoordelijk voor de terugkoppeling naar het team en de (para)medische disciplines. Verder is onderscheid gemaakt tussen overig verplegend en verzorgend personeel en de (para)medische disciplines. Deze keuze is gemaakt omdat (para)medische disciplines zaken terugkoppelen naar verplegend en verzorgend personeel. De vierde groep, de vertegenwoordigers van de cliënten, is gekozen omdat zij in een totaal andere relatie tot de cliënt staan dan de overige groepen. Tevens behartigen de vertegenwoordigers de belangen van de cliënt.

In totaal zijn er x vertegenwoordigers van cliënten die onder de onderzoekspopulatie vallen. Deze vertegenwoordigers behartigen het belang van een cliënt die woonachtig is op een van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen. Er is gekozen om zes cliëntvertegenwoordigers te interviewen. Dit komt neer op twee vertegenwoordigers per locatie.

In totaal zijn er x personen van het verplegend en verzorgend personeel die onder de onderzoekspopulatie vallen. Deze zorgmedewerkers zijn werkzaam op een van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen. Deze zorgmedewerkers hebben verschillende functies. In totaal zijn er x zorgmedewerkers van niveau een, x zorgmedewerkers van niveau twee, x zorgmedewerkers van niveau drie, x cliëntcoördinatoren, x leerlingen en een x aantal activiteitenbegeleiders.

Er zullen ook een aantal medewerkers van de (para)medische disciplines geïnterviewd worden. Op de psychogeriatrische afdelingen van de organisatie werken een x aantal disciplines. Totaal zijn dit x medewerkers.

2.4 Steekproef

Er is gekozen voor een gestratificeerde steekproef. Dit is een steekproef waarbij gebruik gemaakt wordt van een systematische steekproef met een aselekt begin (Verhoeven, 2011). In dit geval worden eerst een aantal cliënten gekozen op basis van bepaalde criteria. Vervolgens

worden uit de doelgroepen personen gekozen die in relatie tot deze cliënten staan. In totaal zijn er zes cliënten gekozen. De vertegenwoordigers van deze cliënten worden geïnterviewd. De cliënten moeten aan een aantal inclusie- en exclusiecriteria voldoen.

Inclusiecriteria:

- Minimaal drie maanden wonend op de psychogeriatrische afdeling van de intramurale settingen
- Er zijn minimaal twee zorgverleners met een verschillende functie betrokken bij de cliënt

Exclusiecriteria:

- Vertegenwoordiger van de cliënt wil niet meewerken aan een interview

Vanuit de medewerkerslijsten is een keuze gemaakt hoeveel respondenten van een bepaalde functie geïnterviewd worden. Ook wordt er op gelet dat er respondenten met dezelfde functie van verschillende locaties geïnterviewd worden. Er worden drie cliëntcoördinatoren geïnterviewd, drie zorgmedewerkers van niveau drie, twee zorgmedewerkers niveau twee en drie (para)medische disciplines. Van deze elf medewerkers zijn minimaal vier medewerkers minimaal drie jaar op dezelfde locatie werkzaam. Hier is voor gekozen omdat uit het cliënttevredenheidsonderzoek blijkt dat deze locaties op veel gebieden in 2013 achteruit zijn gegaan ten opzichte van 2011. De zorgmedewerkers die langer werkzaam zijn op de locatie kunnen mogelijk het verschil zien tussen 2011 en 2013. In verhouding worden er meer interviews onder cliëntcoördinatoren afgenomen. Hier is voor gekozen omdat de cliëntcoördinator het eerste aanspreekpunt is voor de vertegenwoordiger van de cliënt en zij de zorg rondom de cliënt coördineert. Er is gekozen om de leerlingen en de activiteitenbegeleider uit te sluiten van de steekproef. De activiteitenbegeleider wordt uitgesloten omdat zij een hele andere relatie tot de cliënt heeft dan de andere zorgverleners. De leerlingen zijn uitgesloten omdat zij weinig ervaring en kennis hebben over vraaggerichte zorg. Ten slotte zijn de zorgmedewerkers niveau een uitgesloten. Hier is voor gekozen omdat deze medewerkers in de beroepsuitoefening werken in zeer laagcomplexiteit situaties. In deze situaties zijn geen acute situaties te verwachten. Ook zijn er geen problemen in de communicatie te verwachten tussen de zorghulp, zorgvrager en naasten (MOVISIE, 2007).

De zorgverleners moeten aan een aantal inclusie- en exclusiecriteria voldoen:

Inclusiecriteria:

- Werkzaam binnen de psychogeriatrische afdelingen van de organisatie

- Heeft een (para)medische en/of zorgrelatie tot de psychogeriatrische cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de organisatie

Exclusiecriteria:

- Zorgverleners die de psychogeriatrische afdelingen van de organisatie voor mei 2014 verlaten
- Zorgverleners die stage lopen op de psychogeriatrische afdelingen van de organisatie
- Functie van leerling
- Functie van activiteitenbegeleider

2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid van onderzoek is de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Hiermee wordt bedoeld dat bij eenzelfde soort onderzoek dezelfde resultaten naar voren komen (Verhoeven, 2011).

De betrouwbaarheid van de literatuurstudie wordt gegarandeerd door de bronnen te controleren op betrouwbaarheid. Er wordt rekening gehouden met de mate van evidence van de gevonden zoekresultaten. De piramide van evidence is hierbij de uitgangsnorm (Cox, De Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008). 'Evidence Based' wil zeggen dat er volgens een beschreven methode grondig is gezocht naar wetenschappelijke literatuur' (V&VN, 2007-2014).

Ook is ervoor gekozen om in de literatuurstudie geen bronnen te gebruiken die ouder dan tien jaar zijn. Hier is voor gekozen omdat dit de garantie biedt dat de informatie up-to-date is.

Ook wordt de betrouwbaarheid van de interviews gegarandeerd. Dit wordt gegarandeerd door toestemming aan de respondent te vragen om het gesprek op te nemen. Hierdoor is het gesprek terug te luisteren en kan het gesprek nauwkeurig verwerkt worden. Door het nauwkeurig verwerken wordt vermeden dat de mening van de respondent wordt vermengt met de interpretatie van de onderzoeker (Colman, De Ruyver, Vander Laenen, Vanderplasschen, & Broekaert, 2010). Ook zullen bij de interviews twee onderzoekers aanwezig zijn. Deze twee onderzoekers kunnen elkaar aanvullen en doorvragen zodat er minder risico is dat er iets vergeten of onopgemerkt wordt.

Voordat het interview afgenomen wordt zal aan de respondent vermeldt worden dat de gegevens anoniem verwerkt worden. Deze anonimiteit wordt gewaarborgd door geen namen en functies te vermelden bij een afzonderlijk interview. Voor deze anonimiteit is gekozen om te voorkomen dat de respondent een sociaal wenselijk antwoord geeft (Ter Maten-Speksnijder, & De Lange, 2009). Ten slotte wordt er gebruik gemaakt van peer consultation. Dit houdt in dat collega-onderzoekers van deze onderzoeksgroep de resultaten nalezen (Verhoeven, 2011).

De validiteit is de mate waarin het onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2011). Er is gekozen voor halfgestructureerde interviews om een compleet beeld van de mening

van de geïnterviewde te krijgen. De vragen zullen getoetst worden aan de hand van de criteria 'goede vragen' welke Verhoeven (2011) beschrijft.

Om de interne validiteit te waarborgen wordt een pilot uitgevoerd. De proefpersonen in de pilot zullen geheel onafhankelijk van het onderzoek zijn. Op deze wijze kan men voorkomen dat het testeffect gaat optreden (Ter Maten-Speksnijder, & De Lange, 2009). Bij het testeffect reageren respondenten anders omdat ze weten dat het een onderzoek is. In de pilot worden proefinterviews afgenomen om te beoordelen of de interviews vrij zijn van toevallige en systematische fouten.

Om de externe validiteit te waarborgen worden de interviews afgenomen op verschillende locaties. Hier is voor gekozen om de verschillen tussen de locaties in kaart te brengen. De locaties werken vanuit hetzelfde concept, namelijk kleinschalig wonen. Doordat de locaties deze overeenkomst hebben zijn de resultaten van deze locaties vergelijkbaar.

Daarnaast worden de interviews ook afgenomen onder verschillende functies en zorgverleners, omdat deze respondenten een andere relatie met de cliënt hebben.

Om de begripsvaliditeit te waarborgen is er een verklarende begrippenlijst opgenomen.

3. Literatuurstudie

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de volgende deelvraag: *‘Welke competenties worden in de literatuur beschreven ten aanzien van de communicatie door zorgverleners om te voldoen aan de verwachtingen van de cliënt?’* In de literatuur is bestudeerd welke competenties zorgverleners nodig hebben ten aanzien van mondelinge en schriftelijke communicatie om aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen.

3.1 Randvoorwaarden communicatie

3.1.1 Informed consent

Allereerst is het belangrijk dat er aan het 'informed consent' wordt voldaan. De informatieplicht en het toestemmingsvereiste worden samen ook wel 'informed consent' genoemd. De overheid heeft dit vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Sassen, 2010). Het toestemmingsvereiste betekent dat de cliënt toestemming moet geven voor ieder onderzoek of elke behandeling. Hierdoor zijn de informatieplicht en het toestemmingsvereiste onlosmakelijk met elkaar verbonden. De cliënt kan namelijk alleen een verantwoorde beslissing nemen wanneer deze goed geïnformeerd is (2010). Volgens Sassen (geciteerd in Flavo, 2004) moet de cliënt minimaal over de volgende aspecten worden geïnformeerd:

- 'De diagnose van de patiënt
- Uitleg over de voorgestelde behandeling en het doel hiervan
- Risico's of consequenties van de voorgestelde behandeling
- De kans dat de voorgestelde behandeling succesvol zal zijn
- Alternatieve behandelingsmogelijkheden
- De consequenties van het niet toepassen van de voorgestelde behandeling'

Wanneer een cliënt tijdelijk of levenslang wilsonbekwaam is, kunnen wettelijke vertegenwoordigers in de rechten en plichten van de cliënt treden (Stichting Humanitas, 2013).

3.1.2 Taalgebruik

In de communicatie kunnen zich storingen voordoen. Deze storingen kunnen zich voordoen in het proces, de situatie, in de ontvanger en/of de zender (PWC, 2010). Een voorbeeld van een storing is onjuiste informatie of een verkeerde interpretatie van informatie (Ten Have, 2006; 2010). Het is van cruciaal belang om duidelijk te communiceren om deze storingen te voorkomen. Dit is van belang om de professionals en de cliënt niet extra te belasten en om gezondheidsschade bij de cliënt te voorkomen (Aarts, & Van Woerkum, 2008; 2010). Om storingen te voorkomen dient allereerst de taal die wordt overdragen duidelijk te zijn, oftewel een gemeenschappelijke taal te zijn (Nieweg, & Groenhuis, 2013b). Dit houdt in dat er geen

afkortingen mogen worden gebruikt en er geen vakjargon mag worden gebruikt. Ook termen die multi-interpretabel zijn moeten worden vermeden (Friesen, White, & Beyers, 2008; IPEC expert panel, 2011). Dit geldt voor zorgverleners onderling en in de communicatie met de cliënt (Verbruggen, 2009). De informatie dient daarnaast volledig en actueel te zijn, zodat de zorgprofessional niet zelf meer op zoek hoeft naar informatie (PWC, 2010; 2009).

3.1.3 Houding

Om de informatieoverdracht te bevorderen is de houding van de zorgverlener van belang. Wederzijds respect, vertrouwen, betrokkenheid en het waarborgen van de privacy zijn hierbij belangrijke aspecten (Vilans, 2012; PWC, 2010). Ook dient er een gelijkwaardige relatie te zijn (2012). Van Heijst (2008) geeft aan dat er rangordes zijn binnen een categorie. Als voorbeeld wordt aangegeven dat verpleegkundigen die op de afdeling intensieve zorg werken, hoger staan dan verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in geriatrie. Veel van deze rangorden zijn irrationeel. Het is niet vanzelfsprekend dat zorgverleners met dezelfde werkgever elkaar als gelijkwaardige zorgverleners zien. De zorgverleners zien hun aandeel als hetgeen waar het om draait. De andere zorgverleners vervullen in hun beleving de randvoorwaarden (2008).

3.1.4 Non-verbale en verbale communicatie

Communicatie kan op twee manieren plaatsvinden, namelijk door verbale en non-verbale communicatie. Onder verbale communicatie wordt het 'gesprokene' verstaan. De non-verbale communicatie omvat de lichaamstaal. Lichaamshouding, bewegingen en mimiek zijn onder andere onderdelen van de lichaamstaal (Ten Have, 2006). Uit onderzoeken blijkt dat 60-90% van de communicatie non-verbaal is (Aarts, & Van Woerkum, 2008). Het is van belang om de verbale en non-verbale communicatie te analyseren om te achterhalen wat werkelijk wordt bedoeld (Verbeeck et al., 2010-2011).

3.1.5 Metacommunicatie

Partijen die met elkaar communiceren kunnen ook communiceren over de communicatie. Dit fenomeen wordt metacommunicatie genoemd. Er wordt iets gezegd over wat er gezegd wordt, hoe het gezegd wordt, waarom het gezegd wordt, wat er bedoeld wordt en hoe men verder wil gaan (Piët, 2005). Er bestaan twee soorten metacommunicatie, algemene en specifieke metacommunicatie. Algemene metacommunicatie gaat over een bepaalde gedraging die iemand veel vertoont. Specifieke metacommunicatie gaat over het praten over gedragingen die verbonden zijn aan bepaalde gespreksonderwerpen. Iemand reageert bijvoorbeeld ineens heel afstandelijk bij een bepaald gespreksonderwerp. Metacommunicatie maakt dit bespreekbaar (Brinkman, 2010). Er zijn vier varianten van metacommunicatie. De eerste gaat over de inhoud.

De tweede gaat over de procedure van de communicatie, er wordt bijvoorbeeld verteld wat er eerst besproken gaat worden. De volgende gaat over de interactie, de wisselwerking tussen beide partijen. De laatste variant gaat over het gevoel, er wordt ingegaan op het gevoel. Door metacommunicatie toe te passen wordt het gesprek verdiept en kan een frustrerend element ontzenuwd worden (2005).

3.2 Multi- en interdisciplinair samenwerken

Multidisciplinair samenwerken geeft aan dat er verschillende disciplines met elkaar samenwerken. Er wordt vanuit verschillende invalshoeken naar een probleem gekeken, iedereen vanuit zijn eigen vakgebied en expertise. In de oplossing van het probleem zijn de verschillende disciplines nog duidelijk onderscheiden. Het samenwerken beperkt zich tot reflecteren, uitwisselen en doorgaan op elkaars ideeën (CSP Master Kunsteducatie, 2010-2012). Bij interdisciplinair samenwerken werken disciplines samen en lossen zij met elkaar een probleem op. De inhoud wordt bepaald door wederzijdse beïnvloeding, waardoor de inzichten die ontstaan de grenzen van het eigen vakgebied overstijgen. In de oplossing zijn de disciplines samengevloeid en slecht te onderscheiden. Er wordt samen gereflecteerd en naar een eindproduct gewerkt (2010-2012).

Kaye en Crittenden (2005) benoemen een aantal competenties die professionals nodig hebben om effectief en efficiënt samen te werken. Allereerst benoemen zij de wil om het eigen territorium te verlaten. Ten tweede benoemen zij dat de professional bereid moet zijn om nieuwe kennis- en ervaringsdomeinen te willen ontdekken. Daarnaast moeten zij meerdere perspectieven een plaats willen en kunnen geven. Ten slotte moeten de zorgverleners ruimte willen en kunnen maken voor de expertise van de ander en deze expertise kunnen erkennen en waarderen als aanvullend en verrijkend (2005). Om dit te kunnen doen moet de zorgverlener actief luisteren naar de mening en ideeën van de ander (IPEC expert panel, 2011; Vilans, 2012). Suter et al. (2009) benoemt dat het belangrijk is dat de zorgverlener kennis heeft van de rol van de andere zorgverleners. Daarnaast moet de zorgverlener beschikken over teamvaardigheden. In de rol van regisseur moet de verpleegkundige, meer dan voorheen, de wensen en behoeften van cliënten verwoorden. De regisseur is verantwoordelijk voor de organisatie van een samenhangend pakket van zorg. Het is van belang om het handelen van de verschillende professionals, de vormen van zorg en de keuze van de juiste zorgvoorziening af te stemmen (Broeken, Boer, & De Wit, 2006). Ten slotte is het van belang dat de zorgverlener de kwaliteit bezit om te kunnen bijdragen aan gedeelde zorgplanning (2009).

3.3 Vraaggericht werken

Bij vraaggericht werken staat de behoefte en wens van de cliënt centraal. De professional gaat in een open dialoog met de cliënt en samen komen zij tot de beste aanpak. Centraal staan de zorgbehoeften van de cliënt, en niet de regels van de organisatie (Vilans, 2013). De flexibiliteit van de organisatie hangt samen met de mate van keuzevrijheid van de cliënt. Wanneer de organisatie flexibel is, heeft de cliënt meer keuzevrijheid. Het zorgleefplan kan dan meer worden afgestemd op de individuele cliënt (Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg, 2011). In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat de cliënt zich moet aanpassen aan het ritme van de organisatie en niet zelf de autonomie heeft. Driekwart van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen wil echter graag invloed hebben op het dagritme (Friele, Albada, & Sluijs, 2006).

Daarnaast moet de zorgverlener interesse hebben in de eigenheid en behoeften van de cliënten (Van Uden, Vaalburg, & Verbeek, 2008). 'En de bereidheid om met de cliënt samen te werken, service te leveren, flexibel te zijn en verantwoordelijkheid te nemen voor de afspraken met de cliënt' (2008). Hoe meer het de zorgverlener lukt om zich in te leven in de cliënt, hoe meer kans er is op vraaggerichte zorg. Zorgverleners moeten de communicatie afstemmen op de individuele cliënt, met diens gewoonten en leefstijl. De ene cliënt is mondig, de ander juist niet. De zorgverlener moet hiermee om kunnen gaan (Vilans, 2013).

'Het is van groot belang dat zorgprofessionals in hun opleiding of in nascholing leren hoe ze vraaggericht kunnen werken en welke plaats hun professionele kennis daarbij inneemt' (Vilans, 2013). Vraaggericht werken stelt namelijk andere eisen aan de competenties van zorgverleners (Van Uden, Vaalburg, & Verbeek, 2008).

Van Halem en Van Wijngaarden (2007) geven een aantal missers en tips als het gaat over vraaggerichte zorg. De eerste misser is het negeren van de cliënt, de zorgverlener heeft meer oog voor het werk en voor de collega dan voor de cliënt. Ook kan het voor komen dat de zorgverlener de wensen en uitspraken van de cliënt negeert. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de zorgverlener de cliënt als lastig ervaart en daardoor een koele houding aanneemt. Een derde misser is het routinematig handelen, dit zorgt ervoor dat er geen zorg op maat aan de unieke cliënt wordt verleend. Ook worden fouten vaak herhaald door gemakzucht of vergeetachtigheid. Een andere misser is dat een fout of kritiek afgewezen wordt. Fouten worden verdoezeld, ontkent of afgezwakt. De zesde misser is het achterwege laten van mogelijke oplossingen, er wordt dan verwezen naar of gewacht op elkaar waardoor oplossingen te laat of nooit gevonden worden. Ook spreken zorgverleners elkaar niet altijd aan op de manier van zorgverlenen. De laatste misser is het zich onttrekken aan de dienstverlening. De zorgverlening wordt dan op een ander afgeschoven (2007).

Er zijn een vijftal tips om vraaggericht te werken. Het is allereerst belangrijk om je te verdiepen in de cliënt, diens achtergrond en situatie. Daarnaast is het belangrijk dat de zorgverlener haar sterke en zwakke kanten in vraaggericht werken kent. Als derde punt is het belangrijk om te weten wat de cliënt mag verwachten, wat het zorgaanbod is. Het is ook belangrijk om elkaar te helpen en met elkaar in gesprek te gaan hoe de zorgverlening verbeterd kan worden. Ten slotte is ook motivatie van belang (Van Halem, & Van Wijngaarden, 2007).

3.4 Zorgleefplan

‘Onder continuïteit van zorg wordt een ononderbroken en samenhangend geheel van zorgactiviteiten [verstaan] dat is gericht op de leefwereld en zorgbehoefte van de zorgvrager gedurende het zorgverleningsproces’ (Broeken, Boer, & De Wit, 2006, p. 2). Een persoonlijk zorgleefplan is een instrument waarmee de zorgverleners de continuïteit van zorg in de dagelijkse praktijk kunnen waarborgen (HHM, 2009). Het Actiz zorgleefplan bestaat uit vier domeinen: lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon-/leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. Het zorgleefplan dient een beeld te geven van de gezondheidssituatie van de cliënt, die een gevolg zijn van zijn aandoeningen. Ook worden de prognoses weergegeven en de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen. Deze zijn nodig voor de ondersteuning van de kwaliteit van leven van de cliënt. Om dit te waarborgen moet elke cliënt een zorgleefplan hebben waarin aan alle vier de domeinen invulling gegeven wordt (Actiz, 2006b).

Om tot een zorgleefplan te komen, die bovengenoemde aspecten waarborgt, is het van belang dat de zorgverlener zoveel mogelijk informatie verzamelt. Om deze informatie te verzamelen moet er worden gecommuniceerd met de cliënt. Wanneer de cliënt niet zelf meer in staat is om deze informatie te communiceren, ten gevolge van de ziekte, dient de informatie te worden verzameld door lichamelijke observatie en het non-verbale gedrag van de cliënt te observeren (Actiz, 2006a). Daarnaast is het van belang om te communiceren met de familie van de cliënt, omdat zij informatie kunnen geven over de achtergrond en gewoonten van de cliënt (Van Beek, 2013). Uit onderzoek blijkt ook dat cliënten het belangrijk vinden bij het opstellen van het zorgleefplan dat de professional naar hen luistert en reageert op hun wensen door hier iets mee te doen (Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg, 2011).

Ook blijkt uit onderzoek dat er familieleden zijn die in de thuissituatie veel kennis en ervaring hebben opgedaan ten aanzien van de zorgverlening. Deze kennis en ervaring kan worden ingezet om kwalitatieve zorg te leveren. Uit onderzoek blijkt echter dat deze kennis en ervaring nog te weinig wordt benut door zorgverleners. De cliëntcoördinator ziet de eerste contactpersoon vaak als 'de familie'. In de praktijk blijkt echter vaak dat de familieleden allemaal een bijdrage leveren en onderling deze taken afstemmen. Daarom dienen ook de andere

betrokkenen bij de zorgverlening betrokken te worden (Oerbekke, & Royers, 2010).

Aan de hand van de informatie van de verschillende zorgverleners, van de cliënt en zijn naasten worden afspraken gemaakt over de zorg die gepland wordt. De cliënt of zijn vertegenwoordiger dient deze afspraken goed te keuren. Vervolgens behoren de afspraken op zodanige wijze vastgelegd te worden, dat het voor iedere zorgverlener duidelijk en zichtbaar is welke afspraken er zijn gemaakt (Ned. Tijdschr. Geneesk., 2012; Oerbekke, & Royers, 2010). Dit is van belang om aan het 'informed consent' te voldoen. Hierdoor wordt de zorg uitgevoerd zoals deze is afgesproken. 'Het zorgplan lijkt de sleutel te vormen om dit te bewerkstelligen' (Landa, n.d.). Ook dient het zorgleefplan te worden aangevuld en/of bijgesteld wanneer er veranderingen optreden in de zorgvraag van de cliënt (TSN Thuiszorg, 2012). Om de informatieoverdracht rondom een cliënt te coördineren is het aan te raden om een cliëntcoördinator aan te stellen (PWC, 2010). Het organiseren en bewaren van de continuïteit van zorg is ook één van de taken van de cliëntcoördinator (2012).

3.5 Communicatie met vertegenwoordiger(s)

Er wordt doorgaans gesproken over familieparticipatie wanneer naasten hun familielid verzorgen of vertegenwoordigen (Oerbekke, & Royers, 2010). 'Communicatie tussen familie en medewerkers lijkt het sleutelwoord voor een goed samenspel in de zorg voor hun naaste' (Oerbekke, & Royers, 2010, p. 5). Ze hebben beiden het doel om te zorgen voor de kwaliteit van het leven van de cliënt. Het is van belang om hierover met elkaar in gesprek te gaan (2010). Het afspreken van een vaste contactpersoon of contactpersonen is hierbij raadzaam. Om met de contactpersoon in gesprek te gaan moeten regelmatig vaste contactmomenten worden ingepland. Het is belangrijk dat er afgesproken wordt hoe vaak en op welke wijze de contactmomenten zullen plaatsvinden (SLKF Handleiding Familiebeleid, 2012).

Familieleden vinden het belangrijk dat er contact wordt opgenomen met hen als er iets met hun naaste gaat gebeuren of is gebeurd. Het gaat hierbij niet alleen om zorggerelateerde informatie maar ook over activiteiten die de cliënt heeft ondernomen (Oerbekke, & Royers, 2010).

Er kan ook gecommuniceerd worden met de vertegenwoordiger door middel van de e-mail. Dit heeft veel voordelen: het bespaart tijd, is snel, goedkoop en levert geen problemen op door een onleesbaar handschrift. Daarnaast is de ontvanger bereikbaar en kan er op een eigen gekozen tijdstip een e-mail worden verstuurd en gelezen. Ook kunnen er gelijktijdig meerdere ontvangers op de hoogte worden gebracht (Vermeer, & Wenting, 2012; Scholten, 2013). De e-mail heeft ook een keerzijde. 'Op papier lijken woorden harder, directer en emotioneler, omdat de extra dimensie van het face-to-face contact niet meekomt. Of je stemgeluid, als je via de telefoon spreekt' (Vermeer, & Wenting, 2012). E-mails kunnen hierdoor verkeerd worden geïnterpreteerd en situaties kunnen onnodig escaleren (2012; 2013). Vaak kunnen die situaties

voorkomen worden door persoonlijk contact te zoeken. Wanneer dit niet mogelijk is heeft de telefoon de voorkeur ten opzichte van de e-mail (2012). Spoedgesprekken en persoonlijke gesprekken dienen altijd per telefoon of face-to-face plaats te vinden. De zorgorganisatie kan de keuze maken om etiketteregels vast te leggen voor de digitale communicatie (2013).

3.6 Overdragen

Om de continuïteit van zorg te waarborgen zijn overdragen en rapportage belangrijke vereisten. De overdracht onderscheidt zich van andere communicatie, omdat er bij de overdracht verantwoordelijkheden worden overgedragen (Nieweg, & Groenhuis, 2013a). 'De overdracht moet daarom precies aangeven wat de nieuwe, verantwoordelijke partij zou moeten weten voor de zorg van de patiënt' (Cohen, & Hilligons, 2010 zoals geciteerd in Nieweg, & Groenhuis, 2013a). Deze overdracht kan mondeling en/of schriftelijk plaatsvinden (2013a).

3.6.1 Mondelinge overdracht

Bij de mondelinge overdracht draagt de uitgaande zorgverlener relevante en accurate informatie over aan de inkomende zorgverlener. Het is van belang dat dit een formeel moment is (Nieweg, & Groenhuis, 2013a). Het moet duidelijk zijn wanneer en op welke wijze mondelinge informatie wordt overdragen (PWC, 2010). Daarnaast is een aparte ruimte bevorderend voor de vertrouwelijkheid en maakt privacy een grondige bespreking van alle cliëntgegevens mogelijk (2013a). Ook dient de zorgverlener die de informatie overdraagt kennis te hebben aan welke informatie de ontvanger behoefte heeft. Het lijkt namelijk een algemeen fenomeen dat sprekers systematisch overschatten wat de ontvangers begrijpen. Bij de overdracht dient dan ook rekening te worden gehouden met het niveau, de opleiding, de deskundigheid en het begripsvermogen van de ontvanger (2013a).

De overdracht dient ook gestructureerd te zijn. Het ontbreken van structuur kan namelijk tot verwarring leiden en het bemoeilijkt de ontvanger om relevante informatie te verzamelen. Om ervoor te zorgen dat de mondelinge overdracht volledig en gestructureerd is, kan een voorgedrukt formulier met cliënteninformatie en/of een gestructureerde aanpak ondersteuning bieden. Bij de overdracht gaat het niet om het overdragen van de activiteiten die gedurende de dienst hebben plaatsgevonden, maar om het overdragen van cliënteninformatie. Ten slotte moet er voldoende overlap in de diensten zijn om informatie over te dragen (Nieweg, & Groenhuis, 2013b).

3.6.2 Rapportage

Voordat er ingegaan wordt op de eisen die gesteld worden aan een rapportage, is het allereerst belangrijk om te weten wat de doeleinden zijn van de rapportage. Allereerst is rapportage een

manier om informatie over te dragen. Ook helpt rapporteren om problemen, in het belang van het welzijn van de cliënt, op tijd te signaleren. Rapportage biedt namelijk een overzicht van het verloop van het verblijf van de cliënt (BTSG, 2013). In de Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging worden nog een aantal andere doelen van rapportage beschreven (V&VN, 2013). Vastlegging is van belang voor het vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en controleren van de zorg. Ook bevordert het de samenwerking met collega's en andere disciplines, het zorgt voor continuïteit. Daarnaast is rapportage een manier om verantwoording af te leggen over het handelen (V&VN, 2011).

In de Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging worden een aantal criteria genoemd waaraan verslaglegging moet voldoen (V&VN, 2011). Allereerst moet een rapportage volledig, zorgvuldig, juist, controleerbaar en systematisch zijn. Ook moet de rapportage bondig zijn: de informatie moet ter zake zijn en hoofd- en bijzaken moeten onderscheiden worden. Daarnaast moet de rapportage eenduidig en objectief zijn. Eenduidig, zodat de rapportage niet multi-interpretabel is. Objectief, er mag geen vooringenomenheid in doorklinken (BTSG, 2013; 2011). Hierbij is het van belang dat de zorgverlener zich afvraagt of haar interpretatie van de werkelijkheid objectief is. Het kan hierbij helpen om te proberen vanuit de beleving van de psychogeriatrische cliënt te kijken (Timmermann, 2011). Daarnaast moet de rapportage goed leesbaar zijn, zodat de andere zorgverleners het handschrift ook kunnen lezen (V&VN, 2011; 2013). Daarnaast is het van belang dat er correct taalgebruik is, dit zorgt voor een helder en leesbaar verhaal (2013).

Ook wordt in de richtlijn benoemd dat een rapportage herleidbaar moet zijn. De gegevens moeten voorzien zijn van een datum, een naam en/of paraaf en eventueel een tijdsaanduiding (V&VN, 2011).

Het volgende aspect is etikettering. Door etikettering kan het gevaar ontstaan dat de cliënt niet als uniek persoon meer wordt gezien. Ook wordt er beschreven dat er maar een rapport van een cliënt mag zijn, dus geen meerdere plaatsen waar de rapportage geschreven wordt. Het is belangrijk dat de rapportage overzichtelijk is. Ten slotte wordt beschreven dat het belangrijk is dat de rapportage in de dienst van de zorgverlener geschreven wordt (BTSG, 2013).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven. Deze resultaten zijn verkregen door het analyseren van de interviews die binnen de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen zijn gehouden. De resultaten zijn onderverdeeld in bevorderende en belemmerende factoren. Ten slotte worden er factoren beschreven die toegevoegd moeten worden.

4.1 Resultaten vertegenwoordigers

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven ten aanzien van de tweede deelvraag: *‘Welke verwachtingen hebben de vertegenwoordigers van de cliënt ten aanzien van de communicatie door zorgverleners om aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen?’*

4.1.1 Bevorderend

Aansluiten bij wensen en verwachtingen

Een respondent geeft aan inspraak in het zorgleefplan te hebben. Twee respondenten geven aan dat tijdens de leefplanevaluaties de wensen en verwachtingen van de cliënt in kaart worden gebracht. Een andere respondent geeft aan dat met name tijdens bezoeken afspraken worden afgestemd met de cliëntcoördinator. Twee respondenten geven aan geen drempel te ervaren om wensen en behoeften te uiten. Ook geven drie respondenten aan dat afspraken worden nagekomen.

Contact met de vertegenwoordigers

Vijf van de zes respondenten geven aan dat het contact met de cliëntcoördinator goed verloopt. Zij geven aan dat zij accuraat op de hoogte worden gehouden van veranderingen. De respondenten worden mondeling of schriftelijk op de hoogte gehouden. De communicatiewijze wordt afgestemd op de voorkeur van de vertegenwoordiger. Respondenten geven aan het fijn te vinden om contact via de e-mail te hebben. Twee respondenten geven aan dat dit fijn is omdat zij dan op hun eigen tijdstip de e-mail kunnen lezen. Een ander communicatiemiddel is het familienet. Twee respondenten van dezelfde locatie zijn bekend met dit middel. Zij geven aan dit een goed middel is. Op deze wijze kunnen ook, naast de eerste contactpersoon, andere familieleden de berichten lezen die de cliëntcoördinator heeft verstuurd. Ook kunnen alle familieleden reageren via het familienet. Een positieve factor bij het familienet is daarnaast het delen van foto's. De respondenten geven aan het belangrijk te vinden om te zien dat de cliënt geniet. Door de foto's wordt dit zichtbaar.

Wanneer er belangrijke of acute situaties zijn vindt er mondelinge communicatie plaats. De cliëntcoördinator neemt dan telefonisch contact op met de vertegenwoordiger. Vijf

respondenten geven aan dat zij altijd op de hoogte worden gehouden van deze acute situaties en dit fijn vinden. Ook geven twee respondenten aan dat zij goed op de hoogte gehouden worden, doordat zij veel aanwezig zijn op de woning. Hierdoor wordt er ook veel gecommuniceerd tijdens de bezoeken aan de woning. Een respondent geeft aan dat het belangrijk is om als vertegenwoordiger assertief te zijn. Niet alleen in het uitspreken van wensen en verwachtingen maar ook bij het ondernemen van activiteiten. Vijf respondenten geven ook aan dat zij betrokken worden bij activiteiten en dit fijn vinden.

Contact met de (para)medische disciplines

Door vier respondenten wordt benoemd dat het contact met de (para)medische disciplines goed verloopt. De communicatie is duidelijk. Er wordt overlegt over de zorg die gepland gaat worden en de gemaakte afspraken worden uitgevoerd.

Kleinschalig wonen

Alle respondenten geven ten vierde aan dat kleinschalig wonen de voorkeur heeft boven grootschalig wonen. De huiselijke sfeer en de cliëntgerichte benadering zijn hierbij belangrijke factoren. Vijf van de zes respondenten geven aan dat het een meerwaarde heeft dat de cliënten betrokken worden bij huishoudelijke taken, omdat dit een thuisgevoel geeft. Twee respondenten geven aan dat het meenemen van eigen spullen een bevorderende factor is voor het welzijn van de cliënten. Ook heeft de omgeving en de inrichting van de woningen bevorderende invloed op het welzijn van de cliënten. Een andere bevorderende factor die drie respondenten benoemen is dat door het kleinschalig wonen meer zicht is gekomen op de cliënten. Het aanwezig zijn van een bekend persoon en structuur geeft de cliënten rust en er is meer persoonlijke aandacht. Drie respondenten geven aan dat een vast team daarom van belang is, omdat het vaste verplegend en verzorgend personeel op de hoogte is van de wensen en behoeften van de cliënten. Ook worden er meer activiteiten met de cliënten ondernomen en stimuleert het verplegend en verzorgend personeel de individuele cliënt tot het ondernemen van activiteiten. Drie respondenten geven aan dat het verplegend en verzorgend personeel het beste met de cliënten voor heeft en een vriendelijke benadering heeft.

Contact met de organisatie

Twee respondenten geven aan dat het management van de organisatie een goede zorgvisie heeft en deze ook uitdraagt. Daarnaast is het management vriendelijk en welwillend in het verlenen van faciliteiten.

4.1.2 Hindernissen

Flexmedewerkers

Sinds ongeveer een jaar komen er meer flexmedewerkers op de psychogeriatrische afdelingen werken. Sommige flexmedewerkers zijn niet van alle dingen op de hoogte waardoor zij zaken aan vrijwilligers moeten vragen. Vrijwilligers weten op dat moment meer dan de flexmedewerker. Ook moeten vertegenwoordigers en cliënten wennen aan een nieuw gezicht. Twee van de zes vertegenwoordigers geeft aan het niet fijn te vinden als er een flexmedewerker op de afdeling staat.

Werkdruk

Vier van de zes vertegenwoordigers geven aan dat de werkdruk op de afdeling te hoog is. Hierbij wordt aangegeven dat er te weinig personeel op de afdeling aanwezig is en het verplegend en verzorgend personeel te druk is. Zij zijn onder andere druk met huishoudelijke taken en het bijwerken van het zorgdossier achter de computer. De intentie van het verplegend en verzorgend personeel om activiteiten met bewoners te ondernemen wordt wel gezien, maar dit kan niet gerealiseerd worden door de werkdruk.

Activiteiten

Twee respondenten geven aan dat er soms weinig activiteiten zijn op de woning. Dit is afhankelijk van de zorgmedewerker die op dat moment op de woning de verantwoordelijkheid heeft. Cliënten zitten de hele dag om de tafel en doen niets. Een cliënt heeft daarom aangegeven dat het saai is op de woning.

Contact met de cliëntcoördinator

Een respondent geeft aan dat het contact met de cliëntcoördinator niet goed verloopt. De cliëntcoördinator neemt contact op met andere familieleden en niet met de eerste contactpersoon. Ook worden zaken over de cliënt vaak niet overlegd.

Kleinschalig wonen

Een respondent geeft aan dat het verplegend en verzorgend personeel elkaar minder vaak spreekt doordat zij alleen op de woning werken. Hierdoor kunnen zij minder overleggen. Ook heeft een respondent het idee dat niet al het verplegend en verzorgend personeel behoefte heeft aan huishoudelijke taken. Daarnaast geeft een respondent aan dat bij kleinschalig wonen de verzorging echt de leiding heeft over de cliënten. Hierdoor hebben de vertegenwoordigers minder inspraak. Ook wordt door een respondent benoemd dat het voor familie wennen is op welke manier zij hun rol kunnen vervullen binnen de kleinschalige woonvorm.

Aansluiten bij wensen en verwachtingen

Door de respondenten worden een aantal hindernissen genoemd die het voldoen aan de verwachtingen tegengaan. Respondenten geven een aantal voorbeelden van situaties waarin zij niet begrijpen waarom er op die wijze gehandeld wordt. Allereerst wordt benoemd dat sommige dingen niet gedaan mogen worden die vertegenwoordigers graag zouden willen. Hier worden voorbeelden bij genoemd zoals linnengoed wat niet zelf aangeleverd mag worden, sieraden die niet gedragen mogen worden en dergelijke. Daarnaast kan het personeel door de werkdruk niet altijd aansluiten bij de behoeften van de cliënt. Er worden daardoor weinig activiteiten met de cliënten ondernomen en er wordt onvoldoende gesignaleerd.

Een respondent geeft aan dat er teveel nadruk wordt gelegd op regeltjes, hierdoor kunnen de cliënten uit het oog verloren worden. Ook benoemt een respondent het verschil in het verplegend en verzorgend personeel. Hierbij wordt benoemd dat een medewerker kleinerend sprak over dementerende cliënten.

Ten slotte zijn er hindernissen in de faciliteiten te benoemen. Een respondent benoemt dat er binnen de organisatie van het kastje naar de muur verwezen wordt. Als voorbeeld wordt hierbij benoemd dat het reserveren van een gemeenschappelijke ruimte maanden duurt. Ook wordt er door een respondent aangegeven dat gemeenschappelijke ruimten vies en muf zijn.

Een andere respondent benoemt dat de faciliteiten niet aansluiten bij de zorgvisie. De zorgvisie is om huiselijk te wonen maar facilitair regelt niet dat er eigen linnengoed kan komen.

4.1.3 Toevoegen

Allereerst wordt er door een respondent benoemd dat er meer geld beschikbaar moet komen voor de zorg, met name voor het eten. Twee respondenten benoemen dat er meer aandacht moet zijn voor de bewoners, door te zorgen dat er altijd iemand in de huiskamer aanwezig is.

Ten tweede benoemen drie respondenten dat er meer activiteiten moeten komen. Hierbij wordt het belang van structureel geplande activiteiten genoemd, hierdoor moeten alle medewerkers eraan meedoen. Een respondent benoemt hierbij dat het verplegend en verzorgend personeel liever activiteiten doet dan administratieve zaken. Ook wordt benoemd dat het doorsturen van een activiteitenprogramma wenselijk is, zodat vertegenwoordigers kunnen aangeven of dit aansluit bij de wensen van de cliënt. Hierdoor kan de respondent de cliënt bij deze activiteiten begeleiden. Een andere respondent benoemt dat het fijn zou zijn als familie die in hetzelfde huis woont, gepland bezoek kan krijgen van de cliënt.

Ten derde wordt aangegeven dat de faciliteiten verbeterd moeten worden. Een respondent geeft aan dat facilitair een manager moet krijgen die de visie van de organisatie uitdraagt. Ook moet

duidelijk zijn als een zaal verhuurd is. Daarnaast geeft een respondent aan dat ondersteunende diensten beter de technische zaken, zoals kleding merken, kunnen gaan doen in plaats van het verplegend en verzorgend personeel.

Ten vierde wordt aangegeven dat het verplegend en verzorgend personeel beter moet signaleren op non-verbale signalen omdat cliënten niet alles verbaal kunnen aangeven. Een respondent geeft hierbij aan dat het belangrijk is dat zij ook interventies uitproberen en zelf interventies oppakken.

Ten slotte wordt door een respondent benoemd dat er meer vrijheid gewenst is. Hierbij geeft de respondent aan meer inspraak te willen hebben. Daarnaast is een open houding van het verplegend en verzorgend personeel richting de vertegenwoordigers gewenst.

4.2 Resultaten verplegend en verzorgend personeel

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven ten aanzien van de deelvraag: *‘Wat is de mening van verplegend en verzorgend personeel over de communicatie om aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen?’*

4.2.1 Bevorderend

Communicatie in het team

Alle respondenten geven aan dat de communicatie binnen het team goed is. Ook geven twee respondenten aan dat er een open sfeer in het team is. Een respondent geeft aan dat er sinds een halfjaar meer wordt samengewerkt, omdat de twee woningen een team hebben gekregen. De woningen kunnen elkaar dan ondersteunen. Daarnaast geven twee respondenten aan dat een vast team ervoor zorgt dat je op elkaar bent ingespeeld en hierdoor makkelijk werkzaamheden op elkaar kunt afstemmen. Twee respondenten geven ook aan dat het daarom fijn is om vaste flexmedewerkers te hebben. Ook geeft een respondent aan dat er op dit moment geprobeerd wordt om op alle woningen hetzelfde te werken, dit zorgt voor duidelijkheid bij de flexmedewerkers. Daarnaast worden flexmedewerkers zoveel mogelijk op dezelfde woonlaag ingezet om de herkenbaarheid voor alle betrokken partijen te vergroten.

Ook heeft een vast team als voordeel dat medewerkers vertrouwd met elkaar raken en het is makkelijker om elkaar feedback te geven. Zes respondenten geven aan feedback te kunnen geven. Deze respondenten benoemen dat er feedback wordt gegeven wanneer er bijvoorbeeld niet wordt gehouden aan de afspraken. Dit gebeurt onder andere tijdens een teamvergadering of tijdens de overdracht. Ook wordt er schriftelijk feedback gegeven, omdat collega's elkaar weinig zien. Een respondent benoemt dat het team hier ook voor open staat. Daarnaast benoemt een

respondent het ook belangrijk te vinden om feedback te geven. Deze respondent geeft aan dat collega's elkaar meer feedback geven nadat zij een cursus feedback hebben gevolgd. Het is bij het geven van feedback van belang op welke wijze de feedback wordt gegeven.

Contact met de teamleider

Vier respondenten benoemen dat het contact met de teamleider goed verloopt. Een respondent benoemt dat het gemakkelijk is om contact met de teamleider te hebben, omdat deze dichtbij zit. Ook geeft een respondent aan het gevoel te hebben dat zij altijd langs mag komen bij de teamleider. Ook geeft zij aan dat de teamleider vriendelijk is en zij het als positief ervaart dat de teamleider meewerkt in de zorg wanneer het druk is. Ook heeft de teamleider een zakelijke houding, waardoor er orde is op de afdeling. Deze teamleider stelt zich daarbij wel gelijkwaardig op. Ook is het bevorderend wanneer de teamleider snel reageert op e-mails en luistert naar het team, aldus een respondent. Een andere respondent geeft aan dat zij het prettiger vindt om face-to-face contact te hebben met de teamleider. Een cliëntcoördinator geeft aan elke week overleg te hebben met alle cliëntcoördinatoren en de teamleider. Hierdoor blijven zij goed op de hoogte. De cliëntcoördinator schrijft de aspecten die van belang zijn voor het team in het communicatieschrift, zodat het gehele team ook op de hoogte is.

Contact met de cliëntcoördinator

Alle vijf de respondenten, die zelf geen cliëntcoördinator zijn, geven aan dat het contact met de cliëntcoördinator goed verloopt. Twee respondenten geven aan dat het contact met de cliëntcoördinator open en gelijkwaardig is. Een cliëntcoördinator geeft ook aan gelijkwaardig te willen zijn met het overige team en ook veel te overleggen met het team. Ook geeft deze respondent aan dat zij weet wat er speelt op de afdeling, omdat zij in een open ruimte op de afdeling werkt en meewerkt in de zorg. Een andere respondent geeft aan het fijn te vinden dat de cliëntcoördinator het team altijd goed op de hoogte houdt wanneer er een gesprek is geweest met de arts of de familie. Ook geven twee cliëntcoördinatoren van twee van de drie locaties aan dat de huidige taakverdeling goed bevalt. Door alleen de taak als cliëntcoördinator te hebben heeft de cliëntcoördinator de tijd om deze taken uit te voeren. Drie respondenten geven aan dat het fijn is dat de cliëntcoördinator de verantwoordelijkheid heeft over taken zoals het bijhouden van het zorgdossier en het op de hoogte houden van familie. Hierdoor kunnen zij zich concentreren op zorgtaken. Ook is er eenduidigheid in de communicatie met de familie en kunnen collega's niet onderling worden uitgespeeld. Ook voor de eerste contactpersoon is dit bevorderend, omdat zij altijd weten wie zij moeten benaderen. Twee respondenten geven aan dat het contact met de familie zo laagdrempelig mogelijk gehouden wordt. Dit doen zij

bijvoorbeeld door familie te stimuleren om deel te nemen aan activiteiten en ook aan te geven wanneer activiteiten plaatsvinden.

Contact met de (para)medische disciplines

Zes respondenten geven aan dat het contact met de (para)medische disciplines goed verloopt. Een respondent geeft aan dat het contact met de arts laagdrempelig is. Twee respondenten geven aan dat de arts open staat voor de inbreng van de verzorging. Zij merken ook geen hiërarchische houding bij de arts. Dit laatste wordt ook door een andere respondent benadrukt. Een respondent geeft aan een router voor de arts te schrijven, wanneer zij een vraag heeft. Het heeft de voorkeur om de router mondeling toe te lichten om een volledig beeld te geven. Andere (para)medische disciplines in consult vragen gaat veelal via de e-mail. Dit contact verloopt goed. Er wordt snel gereageerd en een afspraak gepland. Twee respondenten geven aan dat de (para)medische disciplines hun afspraken vastleggen op het communicatieblad.

Contact met de vertegenwoordigers

Vier respondenten geven aan dat het contact met de familie goed verloopt. Twee respondenten van dezelfde locatie geven hierbij aan dat het familienet goed bevalt. Met het familienet kan de familie snel op de hoogte gebracht worden. Twee respondenten benoemen dat familie hen makkelijker aanspreekt omdat verplegend en verzorgend personeel en families bekend zijn met elkaar. Ook benoemt een respondent dat communicatie via de e-mail prettig is, het staat dan op papier en kan altijd teruggevonden worden. Daarnaast geven twee respondenten aan dat het goed is om altijd via de eerste contactpersoon te communiceren, dit voor de privacy van de cliënt. Een andere respondent geeft aan, wanneer de eerste contactpersoon niet vaak op bezoek komt, een e-mail te sturen met de huidige situatie van de cliënt. De organisatie heeft ook aandacht voor de familie, aldus een respondent, en organiseert avonden over Alzheimer.

Contact met de organisatie

Twee respondenten geven aan dat zij voldoende informatie ontvangen vanuit de organisatie. Een respondent geeft hierbij aan dat de meeste informatie gegeven wordt via e-mail omdat er veel afstand is tussen de verschillende locaties. Daarnaast geeft een respondent aan goed contact te hebben met de manager, er is openheid om zaken aan te geven. Ook geeft een respondent aan bij de inwerkperiode duidelijke informatie gekregen te hebben.

Zorgleefplan

Zes respondenten geven aan dat in het zorgleefplan de wensen en behoeften van de cliënt centraal staan. Hierbij wordt aan de familie gevraagd wat interesses van de cliënt zijn en wordt

de cliënt geobserveerd. Respondenten geven aan dat wensen en behoeften duidelijk verwoord zijn in het zorgleefplan. Flexmedewerkers kunnen hierin ook terugvinden wat wensen en behoeften van een cliënt zijn. Een respondent geeft aan dat de flexmedewerkers bewust kiezen voor een psychogeriatrische afdeling, ze sluiten dus ook aan bij de cliënten. Vier respondenten geven aan dat zij goed kunnen aansluiten bij de cliënten omdat zij hen goed kennen. Ook geven vier respondenten aan dat er een cliëntenagenda is opgesteld voor de flex- en de vakantiemedewerkers, zodat deze medewerkers op de hoogte zijn van de werkzaamheden die moeten worden uitgevoerd en wat de wensen en behoeften van de cliënten zijn. Ook kan deze cliëntenagenda worden meegenomen tijdens de zorgverlening als geheugensteuntje. Twee respondenten benoemen dat de cliëntenagenda wordt bijgewerkt wanneer er veranderingen bij de cliënt zijn.

Een respondent geeft aan dat het fijn is dat er op de locatie aangepaste activiteiten zijn die aansluiten bij de cliënt. Een andere respondent geeft aan dat er genoeg dagbesteding is op de locatie.

Zorgdossier

Vijf respondenten geven aan dat het duidelijk is waar alles is te vinden in het zorgdossier. Een respondent geeft hierbij aan dat tabbladen het terugvinden van documenten vergemakkelijkt. Ook geeft een respondent hierbij aan dat er geen dingen gemist worden in het zorgdossier. Daarnaast geven drie respondenten aan dat zij altijd goed op de hoogte worden gesteld van veranderingen. Ook geeft een respondent aan dat het zorgdossier en de berichtenmap goed naast elkaar werken. Verder geeft een respondent aan dat gegevens zoveel mogelijk worden afgeschermd om de privacy van de cliënt te waarborgen.

Rapportage

Vier respondenten geven aan dat de rapportage duidelijk is. Drie respondenten geven aan dat digitaal rapporteren de voorkeur heeft. Hierdoor kunnen er geen problemen ontstaan met een onleesbaar handschrift, ook kan er op verschillende locaties worden gerapporteerd en is het papieren dossier niet te dik. Een respondent geeft aan dat de rapportage een aanvulling is op de mondelinge overdracht. Ook geeft een respondent aan dat het van belang is dat de rapportage goed gelezen wordt. Een respondent geeft aan dat op de cliëntenagenda aandachtspunten staan voor de rapportage zodat er zorgvuldig wordt gerapporteerd.

Een respondent geeft aan dat het soms gemakkelijker is om dingen mondeling over te dragen. Ook geven twee respondenten aan dat er in een aparte ruimte wordt overgedragen in verband met de privacy van de cliënt. Daarnaast heeft een aparte ruimte om over te dragen, het voordeel dat er tijdens de overdracht geen afleiding is. Ook ervaart een respondent dat in een aparte

ruimte meer de tijd wordt genomen om over te dragen. Daarnaast geeft een respondent aan dat het bevorderend is als er voldoende tijd is voor de overdracht. Drie respondenten geven aan dat de overdracht voldoende is om aan het werk te kunnen.

Kleinschalig wonen

Zeven respondenten geven aan dat kleinschalig wonen voordelen heeft. Vier respondenten benoemen als voordeel dat cliënten en het verplegend en verzorgend personeel elkaar goed leren kennen. Ook geeft een respondent aan dat het verplegend en verzorgend personeel op kleine signalen kan inspelen. Twee respondenten geven aan dat er rust is op de afdeling. Ook benoemen twee respondenten dat er meer aandacht is voor de cliënten. Een respondent geeft aan dat er iets meer tijd is voor de cliënten. De huiselijkheid wordt ook als een voordeel gezien door drie respondenten. Twee respondenten geven aan het prettig te vinden om zelfstandig te werken. Ook geeft een respondent aan dat medewerkers activiteiten proberen te ondernemen, maar nog wel moeten wennen aan de nieuwe functie. Daarnaast geeft een respondent aan dat de samenwerking met de andere woningen goed gaat.

4.2.2 Hindernissen

Contact met de (para)medische disciplines

Door drie respondenten wordt aangegeven dat het contact met een andere (para)medische discipline niet goed verloopt. Voorbeelden die hierbij genoemd worden zijn het nalaten van dingen die aangegeven worden door het verplegend en verzorgend personeel, het niet langs komen op de afdeling, het niet mee willen werken met het rapportagesysteem en onduidelijkheid over welke persoon aangesproken moet worden. Ook geven twee respondenten aan dat het handschrift van de andere (para)medische discipline niet netjes is. Hierdoor is moeilijk te lezen wat er precies staat. Een cliëntcoördinator geeft aan dat het lastig is als zij niet tegelijk met een (para)medische discipline is ingepland, afspraken moeten dan doorgegeven worden aan andere zorgmedewerkers. Een respondent geeft hierbij aan dat een (para)medische discipline niet genoeg communiceert met collega's. Ook geeft een respondent aan dat de (para)medische disciplines erg druk zijn, waardoor het lastig is om een afspraak te maken.

Overdracht

Een respondent geeft aan dat de overdracht vaak in eigen tijd moet gebeuren omdat er geen tijd gepland is voor de overdracht. Hierdoor moeten het verplegend en verzorgend personeel in de eigen tijd overdragen. Ook wordt er door het verplegend en verzorgend personeel weleens teveel of te weinig overgedragen. Een andere respondent geeft aan dat een halfuur overdracht kort is als er geen aparte ruimte is om over te dragen, het werk gaat dan gewoon door.

Daarnaast geeft een respondent aan dat niet alles gerapporteerd wordt. Zaken worden wel gesignaleerd maar niet vastgelegd, hierdoor is het moeilijk voor de cliëntcoördinator om een volledig beeld van de cliënt te krijgen. Een andere respondent geeft aan dat het lastig is om zowel een digitaal als een schriftelijk dossier te hebben, het schriftelijke dossier wordt vaak vergeten om door te lezen. Het nadeel van digitaal rapporteren is dat de computer niet altijd werkt.

Contact met de organisatie

Een aantal respondenten benoemt hindernissen die zij ervaren met teamleiders, managers en de organisatie op zichzelf. Twee respondenten geven aan dat er weinig contact met de teamleider is, dit doordat de teamleider ofwel veel op een andere locatie is, ofwel aan de andere kant van het gebouw werkzaam is. Een andere respondent geeft aan dat het lang duurt voor een e-mail beantwoord wordt. Twee respondenten missen het contact met de hogere laag. Een respondent geeft aan dat medewerkers laat op de hoogte gesteld worden van veranderingen. Twee respondenten geven aan dat processen vaak lang duren en er veel stappen genomen moeten worden voordat iets bereikt kan worden. Ook geeft een respondent aan dat zij het idee heeft dat de organisatie de cliënt graag centraal wil stellen, maar dat dit niet mogelijk is door de bezuinigingen.

Flexmedewerkers

Drie respondenten van twee van de drie locaties geven aan dat cliënten onrustig worden door flexmedewerkers. De flexmedewerkers kennen de cliënten niet en werken anders dan het vaste personeel. Een respondent geeft aan dat flexmedewerkers de wensen van de cliënten niet kennen en daardoor niet goed kunnen aansluiten bij de cliënt. Daarnaast kunnen zij hoofd- en bijzaken minder goed scheiden en rapporteren ze niet altijd volledig.

Werkdruk

Zeven respondenten geven aan dat de werkdruk te hoog is. Drie respondenten geven hierbij aan dat er door de werkdruk geen tijd genoeg is voor activiteiten met cliënten. Ook geeft een respondent aan dat de rapportage niet altijd goed gelezen wordt door de werkdruk.

Vier respondenten geven aan dat dossiers te dik zijn, teveel onnodige formulieren moeten worden ingevuld, dossiers niet altijd helemaal bijgewerkt zijn of dat het bijwerken teveel tijd kost. Een respondent geeft hierbij aan dat cliëntcoördinatoren geen extra tijd krijgen voor hun taken. Door het tijdsgebrek kan niet alles gedaan worden voor de cliënt wat de familie aangeeft. Ook zijn er minder werkoverleggen en geeft een respondent aan bang te zijn dat personeel thuis komt te zitten, omdat zij hun werk niet meer los kunnen laten. Ook worden de cliënten onrustig

door de gehaaste houding van het personeel. Ten slotte geeft een respondent aan dat er teveel e-mails komen, waardoor belangrijke e-mails soms over het hoofd gezien of niet gelezen worden. Een respondent geeft aan afgeleid te worden tijdens taken achter de computer doordat de cliënten eromheen lopen.

Contact met de familie

Een respondent geeft aan dat het weleens voorkomt dat familie niet goed kan inschatten wat de cliënt wil, de cliëntcoördinator moet dit dan uitleggen. Ook geven drie respondenten aan dat er weinig familieparticipatie is op de afdeling.

Contact in het team

Ten slotte wordt er door een respondent verschil gezien in de werkwijze van het verplegend en verzorgend personeel. Het is moeilijk om elkaar aan te spreken omdat de medewerkers alleen werkzaam zijn op de woning.

4.2.3 Toevoegen

Ten eerste geven twee respondenten aan dat er meer personeel gewenst is. Een respondent geeft hierbij aan dat er dan meer tijd is voor activiteiten met de cliënten. Ook kan er dan beter schoongemaakt worden.

Daarnaast geven twee respondenten, ten tweede, aan dat er meer tijd voor activiteiten gewenst is. Nu komt het verplegend en verzorgend personeel vaak niet toe aan activiteiten met cliënten.

Ten derde geven twee respondenten wensen aan in het contact met de (para)medische discipline. Een respondent geeft aan dat het fijn zou zijn als de (para)medische discipline netjes schrijft. Ook geeft een respondent aan dat het fijn is als de (para)medische discipline het verplegend en verzorgend personeel roept als hij aanwezig is voor een cliënt. Er kan dan mondelinge toelichting plaatsvinden over de cliënt.

Ten vierde geeft een respondent aan dat digitaal rapporteren de voorkeur heeft. Dit voorkomt onleesbare handschriften en heeft als voordeel dat er op meerdere plekken gelezen kan worden.

Ten vijfde geven drie respondenten aan dat meer overleg en feedback geven gewenst is. Het verplegend en verzorgend personeel ziet elkaar weinig waardoor men niet altijd op de hoogte is van elkaars werkzaamheden. Een respondent benoemt dat het belangrijk is om elkaar aan te spreken. Daarbij is de manier waarop iets gezegd wordt belangrijk.

Ten zesde geeft een respondent aan dat de lijnen naar de hogere hand korter mogen. Het is hierbij fijn als het verplegend en verzorgend personeel de manager weleens heeft gezien en als minder mensen betrokken zijn bij nieuwe ontwikkelingen. Hierdoor kan er efficiënter gewerkt worden, aldus een respondent.

Ten slotte geeft een respondent aan dat het belangrijk is om te controleren of medewerkers aanwezig zijn en er niet vanuit gegaan wordt dat medewerkers dingen wel gelezen hebben. Dit voorkomt miscommunicatie.

4.3 Resultaten (para)medische disciplines

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven ten aanzien van de deelvraag: *‘Wat is de mening van de (para)medische disciplines over de communicatie om aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen?’*

4.3.1 Bevorderend

Overdracht

Twee respondenten, die bekend zijn met de invoering van digitale rapportage, geven aan dat de digitale rapportage bevorderend is voor de samenwerking ten opzichte van de handgeschreven rapportage. Door de digitale rapportage hebben de (para)medische disciplines inzage in elkaars werkzaamheden en kunnen deze beter op elkaar worden afgestemd. Daarnaast heeft de digitale rapportage als voordeel dat de (para)medische disciplines ook op een andere locatie de rapportage kunnen lezen van de cliënten. Hierdoor kunnen zij meer preventief werken en zich beter voorbereiden op een consult.

Contact (para)medische disciplines onderling

Een respondent geeft aan dat de (para)medische disciplines elkaars taalgebruik begrijpen. Ook benoemen twee respondenten dat de (para)medische disciplines voor elkaar een signalerende functie hebben en naar elkaar verwijzen, zodat de juiste (para)medische disciplines tijdig bij de cliënten worden betrokken. Daarnaast geeft een respondent aan dat het contact in de discipline van de respondent goed verloopt, doordat er een duidelijke taakverdeling is.

Continuïteit

Een respondent geeft aan deel te nemen aan multidisciplinaire overleggen. De ervaring hiermee is positief. Door de invoering van deze overleggen kunnen dingen sneller worden overlegt, beslissingen sneller worden genomen en taken worden afgestemd. Daarnaast geeft een

respondent aan dat de (para)medische discipline op deze wijze ook eerder en meer structureel bij de cliënten betrokken wordt. Hierdoor wordt preventief werken mogelijk. Daarnaast geven ook twee (para)medische disciplines aan dat het bevorderend is dat alle (para)medische disciplines op dezelfde locatie aanwezig zijn, hierdoor kan er makkelijker met elkaar worden afgestemd.

Contact met het verplegend en verzorgend personeel

Alle respondenten geven aan dat het contact met het verplegend en verzorgend personeel goed verloopt. Een respondent benoemt zich gelijkwaardig op te stellen. Twee respondenten geven aan dat zij via de e-mail in consult worden gevraagd. Hierbij geven zij aan dat het fijn is om een (para)medische discipline via de e-mail in consult te vragen, omdat zij niet altijd op de locaties aanwezig zijn. De (para)medische disciplines schrijven hun rapportage op het daarvoor bestemde communicatieblad. Twee respondenten geven aan terug te koppelen naar het verplegend en verzorgend personeel dat zij op het communicatieblad hebben geschreven. Twee respondenten benoemen dat het advies wat zij geven samengevat wordt verwerkt in de cliëntenagenda, zodat het voor al het verplegend en verzorgend personeel duidelijk is wat het advies is van elke (para)medische discipline. Ook geven twee respondenten aan dat de cliëntcoördinator dit terugkoppelt naar de eerste contactpersoon van de cliënt.

Contact met de teamleider

Een respondent geeft aan dat het contact met de teamleider goed verloopt. Het aanwezig zijn van de teamleider op dezelfde locatie is bevorderlijk voor het contact met de teamleider.

Contact met de vertegenwoordigers

Ten slotte geeft een respondent aan ook zelf contact te hebben met de eerste contactpersoon, om informatie te verkrijgen. De respondent geeft aan dat de eerste contactpersoon ervaring heeft met de cliënt, waarvan gebruik gemaakt kan worden.

4.3.2 Hindernissen

Contact met het verplegend en verzorgend personeel

Allereerst wordt er door twee van de drie (para)medische disciplines aangegeven dat zij laat ingeschakeld worden door de arts of het verplegend en verzorgend personeel. Hierdoor is de gegeven zorgverlening op hun vakgebied vaak al lange tijd niet goed, wat de cliënt niet ten goede komt. Deze twee respondenten proberen dit te voorkomen door assertief aan het verplegend en verzorgend personeel te vragen of zij nog een consult nodig hebben. Ook geeft een respondent aan tijdens consulten bij cliënten andere cliënten meteen te observeren. Verder benoemen twee

van de (para)medische disciplines dat in de zorgleefplannen te weinig aandacht is voor hun vakgebied. Adviezen worden niet altijd opgevolgd en er wordt vaak niet gerapporteerd op de doelen die door de (para)medische disciplines gesteld zijn. Twee (para)medische disciplines geven aan weinig inzicht te hebben in de uitvoering van de adviezen, doordat zij weinig op de locaties aanwezig zijn. Ook hebben zij niet altijd inzicht of het gehele verplegend en verzorgend personeel op de hoogte is van de gegeven adviezen. Hierbij wordt aangegeven dat het niet gemakkelijk is om contact met het verplegend en verzorgend personeel te hebben als men niet op dezelfde locatie werkzaam is. Daarnaast is het soms moeilijk om onderling feedback te geven omdat dit als kritiek opgevat kan worden. Verder wordt benoemd door een (para)medische discipline dat handgeschreven rapportage nadelig is ten opzichte van digitale rapportage, omdat zij nu moet wachten tot het verplegend en verzorgend personeel met een vraag komt en dan pas de rapportage kan lezen.

Contact (para)medische disciplines onderling

Door twee (para)medische disciplines wordt benoemd dat er weinig inzicht is in de werkzaamheden van de andere (para)medische disciplines. Als oorzaak hiervoor wordt aangegeven dat er geen gezamenlijk afstemmingsoverleg is. Daarnaast wordt op elke locatie op een andere wijze gecommuniceerd. Er is geen duidelijke lijn in de communicatie sinds het communicatiebord er niet meer is. Hierdoor moeten (para)medische disciplines op een andere manier met elkaar communiceren, bijvoorbeeld via het zorgdossier. Een voorbeeld van een hindernis die is ontstaan door het verwijderen van het communicatiebord, is dat de verwijzingen van de arts nu laat binnen komen.

Contact met de organisatie

Twee respondenten geven aan dat de communicatie door de organisatie voor verbetering vatbaar is, de organisatie heeft goede bedoelingen maar het gaat niet altijd goed. Een respondent benoemt hierbij dat niet altijd iedereen op de hoogte gesteld wordt en er vaak laat in een proces informatie gegeven wordt. Ook worden de korte lijnen, de openheid en de duidelijkheid gemist.

Tijdgebrek

Tot slot wordt door twee respondenten aangegeven dat er te weinig tijd is om de cliënten goed te kunnen behandelen. De (para)medische discipline zou vaker langs moeten kunnen komen om de cliënt te behandelen. Ook wordt het overzicht gemist door zij weinig consulten hebben. Daarnaast kunnen de (para)medische disciplines niet alles doen wat zij zouden willen, zoals klinische lessen geven.

4.3.3 Toevoegen

Communicatiewijze

Door drie (para)medische disciplines wordt aangegeven dat digitale rapportage de voorkeur heeft ten opzichte van handgeschreven rapportage. Door digitale rapportage is er meer inzicht in wat er speelt rondom een cliënt, er kan beter ingesprongen worden op de situatie van een cliënt en (para)medische disciplines kunnen elkaars behandeling inzien. Een respondent geeft hierbij aan dat het belangrijk is dat op elke locatie eenzelfde systeem is van communiceren. De (para)medische disciplines werken op verschillende locaties en weten dan hoe er gecommuniceerd wordt. Dit zorgt voor eenduidigheid.

Ten slotte geeft een respondent aan dat het belangrijk is om de positieve dingen naar elkaar te benoemen. Ook is het van belang om aandacht voor elkaar te hebben.

Continuïteit

Ten eerste geven drie respondenten aan dat er meer overleg gewenst is met de andere (para)medische disciplines. Hierdoor wordt meer inzicht verkregen in de werkzaamheden van de andere (para)medische disciplines en kan een cliënt op alle facetten doorgesproken worden. Hierdoor ontstaat een beeld van de totaliteit van de cliënt.

Ten tweede geeft een respondent aan het prettig te vinden bij de intake betrokken te worden. Er kunnen dan meteen problemen gesignaleerd worden.

Ten derde geeft een respondent aan dat het belangrijk is dat iedereen geïnformeerd wordt als er dingen worden vastgesteld. Ook wil een respondent eerder betrokken worden bij een proces. Daarnaast is het gewenst om efficiënt te communiceren, hierdoor is er meer tijd voor de zorgverlening.

Ten vierde vindt een respondent het van belang dat alle betrokken partijen geïnformeerd worden over de innovaties in de organisatie.

Ten slotte geeft een respondent aan dat het van belang is om meer tijd te krijgen voor cliënten om een goede behandeling te kunnen geven. De cliënt zou vaker gezien moeten worden, wil een behandeling functioneel zijn.

5. Conclusie

Het management heeft behoefte aan een beter inzicht in hoe de zorgverleners, die betrokken zijn bij de cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen van de organisatie, op zodanige wijze kunnen communiceren dat er zo optimaal mogelijk aan de verwachtingen van de cliënt wordt voldaan.

Daarnaast vragen zij zich af wat de mening is van de vertegenwoordiger over de communicatie om aan de verwachtingen van de cliënt, die zij vertegenwoordigen, te voldoen. Dit heeft geleid tot dit onderzoek waarin de volgende vraag centraal stond: *Op welke wijze vindt de mondelinge en schriftelijke communicatie, door de zorgverleners onderling en met de vertegenwoordiger van de cliënt plaats, die betrokken zijn bij de cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen van de organisatie? En hoe kan worden bereikt dat de mondelinge en schriftelijke communicatie door deze zorgverleners op zodanige wijze plaatsvindt dat er wordt voldaan aan de verwachtingen van de cliënt?* In dit hoofdstuk wordt er een antwoord gegeven op deze hoofdvraag en de bijbehorende deelvragen. Het antwoord op de hoofdvraag en bijbehorende deelvragen is verkregen door middel van literatuurstudie en het afnemen van halfgestructureerde interviews.

Interdisciplinaire samenwerking

Het is van belang om interdisciplinair samen te werken. Respondenten geven aan dat een vergadering, waarbij alle (para)medische disciplines die betrokken zijn bij de cliënt aanwezig zijn, het middel bij uitstek is om samen te werken. Hierbij is het volgens de literatuur van belang dat zorgverleners bereid zijn om met elkaar samen te werken en elkaars expertise erkennen en waarderen als aanvullend en verrijkend. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de zorgverleners hiertoe bereid zijn. Echter geven de (para)medische disciplines aan dat zij laat in consult worden gevraagd door het verplegend en verzorgend personeel. Daarom is het van belang dat (para)medische disciplines voor elkaar een signalerende functie hebben en naar elkaar verwijzen. Daarnaast is het van belang dat de adviezen van de betrokken (para)medische disciplines verwerkt worden in het zorgleefplan. De cliëntcoördinator heeft hier een regisserende taak in, volgens het literatuur- en praktijkonderzoek.

De huidige multidisciplinaire vergaderingen worden gewaardeerd bij de deelnemende partijen, maar het is wenselijk dat alle zorgverleners die betrokken zijn bij de cliënt, aanwezig zijn bij deze vergaderingen. De communicatie tussen de vertegenwoordiger en de zorgverleners verloopt naar tevredenheid. Ditzelfde geldt voor de communicatie tussen de zorgverleners onderling. Beide partijen geven aan geen taalbarrières te ondervinden. Daarnaast dient eenduidigheid te zijn over de wijze waarop de communicatie plaatsvindt.

Overdracht

Volgens de literatuur zijn mondelinge overdracht en rapportage belangrijke vereisten om de continuïteit van zorg te waarborgen. De respondenten geven aan dat de mondelinge overdracht duidelijk is. Wel is er verschil in de mondelinge overdracht. Niet alle overdrachten zijn volledig en gestructureerd. De literatuur beschrijft echter dat dit belangrijke aspecten zijn voor een overdracht.

Ook wordt er in de literatuur beschreven dat het van belang is dat er voldoende overlap in de diensten is om informatie over te dragen. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat er verschil zichtbaar is als het gaat over beschikbare tijd voor de overdracht. Sommige respondenten geven aan dat er geen overlap in diensten is om over te dragen. Een aparte ruimte is nodig om niet afgeleid te worden tijdens het overdragen en de privacy van de cliënten te waarborgen. Ook de literatuur beschrijft dat het van belang is dat de overdracht een formeel moment is en in een aparte ruimte plaatsvindt.

Bij de rapportage is het van belang dat het handschrift leesbaar is. Ook dient de rapportage volledig te zijn en een overzicht van de situatie van de cliënt te bevatten. Daarnaast dient de rapportage op een plaats genoteerd te worden. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat het handschrift niet altijd leesbaar is. Digitalisering van de rapportage lost dit probleem op. Een ander voordeel van digitaal rapporteren is dat de rapportage op meerdere plaatsen gelezen kan worden. Zorgverleners kunnen de rapportage op hun eigen werkplek lezen. Ook blijkt uit het praktijkonderzoek dat in de rapportage de hoofd- en bijzaken niet altijd onderscheiden worden. Daarnaast is de rapportage niet altijd volledig en zijn er soms meerdere rapporten per cliënt.

Contact met vertegenwoordigers

Om de continuïteit van zorg te waarborgen blijkt uit zowel het literatuur- als praktijkonderzoek dat het belangrijk is om een vaste contactpersoon onder het verplegend en verzorgend personeel en in de familie te hebben. De literatuur beschrijft hierbij dat er duidelijkheid moet zijn hoe vaak en op welke wijze contact opgenomen zal worden met de familie. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de behoeften van de respondenten over de wijze en frequentie van het contact verschillend zijn. Het is daarom goed om dit af te stemmen. Ditzelfde geldt voor het betrekken van de familie bij activiteiten.

Communicatie tussen de zorgverleners onderling en de familie is belangrijk om te zorgen voor de kwaliteit van leven van de cliënt. In de literatuur wordt aangegeven dat e-mailcontact het voordeel heeft dat mensen de e-mail kunnen lezen wanneer zij dat wensen. In het praktijkonderzoek blijkt dat zorgverleners en vertegenwoordigers het ook prettig vinden om op deze wijze contact te hebben. Enkele respondenten heeft ervaring met het familienet en zij geven dit ook aan als een goed medium om familieleden van cliënten te informeren over

activiteiten van de cliënt. Wanneer een acute situatie ontstaan is, geeft de literatuur aan dat het van belang is om face-to-face of telefonisch contact te hebben. Het verplegend en verzorgend personeel en de vertegenwoordigers geven ook aan dit prettig te vinden. Hierbij wordt aangegeven dat dit hedendaags ook gebeurt.

Contact met organisatie

Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat vraaggericht werken vraagt om een flexibele organisatie. Dit zorgt voor meer keuzevrijheid van de cliënt. Vanuit het praktijkonderzoek blijkt dat er binnen de organisatie veel stappen gezet moeten worden voordat er zaken geregeld kunnen worden. Ook blijkt dat de respondenten het belangrijk vinden als er gelijkwaardigheid is in het contact, vragen snel worden beantwoord en hun mening serieus genomen wordt. Over de informatieverstrekking van de organisatie wordt verschillend gedacht. Een aantal respondenten vindt het van belang om eerder en volledig geïnformeerd te worden. Daarnaast blijkt uit het praktijkonderzoek dat de respondenten het prettig vinden als teamleiders de werkplek dichterbij hebben, zodat er makkelijk mondeling contact kan plaatsvinden.

Werkdruk

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat respondenten werkdruk ervaren. Hierbij benoemen respondenten dat zij hierdoor niet aan de wensen en verwachtingen van de cliënt kunnen voldoen. Respondenten geven aan onvoldoende tijd te hebben om activiteiten met cliënten te ondernemen. Ook heeft de cliëntcoördinator niet altijd tijd om de zorgdossiers bij te werken. Zij stelt echter het team wel op de hoogte van veranderingen die plaatsvinden. De literatuur beschrijft ook dat de cliëntcoördinator de taak heeft om deze informatieoverdracht te coördineren. Ook blijkt uit het praktijkonderzoek dat het verplegend en verzorgend personeel het zorgdossier wel overzichtelijk vindt door de duidelijke structuur van het zorgdossier. Ook geven de respondenten aan formulieren in te moeten vullen waar de tijd niet in verhouding staat tot de kwaliteit. Wanneer de cliëntcoördinator naast het coördinatorschap geen zorgtaken heeft kan zij volledig haar aandacht hieraan besteden. Ook andere respondenten geven aan het fijn te vinden wanneer zij deze coördinatortaken niet hoeven uit te voeren.

Uit de literatuur blijkt dat een groot deel van de communicatie non-verbaal is. De respondenten benoemen dat cliënten onrustig worden door de non-verbale gehaaste houding van het verplegend en verzorgend personeel. Ook geven respondenten aan dat de rapportage niet altijd goed gelezen wordt door de werkdruk die zij ervaren. Ook (para)medische disciplines geven aan onvoldoende tijd te hebben voor een functionele behandeling. Daardoor komen zij weinig op de locaties en missen zij het overzicht van de gezondheidssituatie van de cliënt.

Feedback

In de literatuur wordt beschreven dat het van belang is om met elkaar in gesprek te gaan hoe de zorgverlening verbeterd kan worden. Daarnaast wordt beschreven dat het belangrijk is dat er handelingen voortvloeien naar aanleiding van de feedback en samen naar oplossingen wordt gezocht. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de houding en de manier waarop feedback gegeven wordt, bevorderende factoren zijn voor het geven van feedback. Daarbij geven respondenten aan dat zij in een vast team makkelijker elkaar feedback geven, omdat zij met elkaar vertrouwd zijn. Doordat respondenten elkaar echter weinig zien is het niet mogelijk om altijd feedback te geven. Ook wordt feedback soms als kritiek gezien. Daarnaast is het van belang om ook positieve feedback te geven.

Flexmedewerkers

Ook blijkt vanuit het praktijkonderzoek dat het fijn is om vaste flexmedewerkers op de woningen te hebben. De flexmedewerkers dienen affiniteit te hebben met psychogeriatric. Voor cliënten is het van belang, om onrust te voorkomen, dat er bekende medewerkers op de woningen werken. Daarnaast blijkt uit het praktijkonderzoek dat flexmedewerkers minder inzicht hebben in de wensen en behoeften van cliënten. De cliëntenagenda biedt flexmedewerkers handvatten om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten. Ook geven de vertegenwoordigers aan dat zij minder vertrouwd zijn met flexmedewerkers omdat zij hen niet goed kennen.

Wensen en verwachtingen cliënt

Uit de literatuurstudie blijkt dat het zorgleefplan een instrument is om de continuïteit van zorg in de dagelijkse praktijk te kunnen waarborgen. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de wensen en verwachtingen van de cliënt centraal staan in het zorgleefplan. Het zorgleefplan is ook duidelijk verwoord. Het zorgleefplan komt tot stand door gesprekken met de familie. Daarbij worden de cliënten geobserveerd. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat het verplegend en verzorgend personeel nog meer kan signaleren op het non-verbale gedrag van de cliënten. Het belang van het observeren van non-verbaal gedrag wordt ook in de literatuurstudie beschreven. Bovendien wordt in het praktijkonderzoek aangegeven dat het van belang is dat er meer activiteiten op de woning komen. Daarbij is het gewenst dat er een programma is van de activiteiten die plaatsvinden en hierover wordt gecommuniceerd naar de vertegenwoordigers. Tevens is gewenst dat cliënten meer keuzevrijheid hebben.

Kleinschalig wonen

Tot slot blijkt uit het praktijkonderzoek dat het concept kleinschalig wonen als positief ervaren wordt. Bevorderende factoren hierbij zijn de cliëntgerichte benadering, de rust, structuur en het betrekken van cliënten bij huishoudelijke taken. Daarnaast is er meer zicht op cliënten door een gezamenlijke huiskamer. Door de kleinschaligheid kennen cliënten en het verplegend en verzorgend personeel elkaar goed en kan er goed worden aangesloten op de wensen en verwachtingen van de cliënt. Ook blijkt dat een aantal respondenten van het verplegend en verzorgend personeel het fijn vindt om zelfstandig op een woning te werken. Echter is er hierdoor wel minder samenwerking mogelijk.

6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen beschreven. Deze zijn geschreven naar aanleiding van de uitkomsten van het literatuur- en praktijkonderzoek.

Ten eerste wordt het management van de organisatie aanbevolen om op elke locatie een digitaal zorgdossier in te voeren. Dit dient een multidisciplinair zorgdossier te zijn die voor alle zorgverleners toegankelijk is. Op deze wijze kan er gebruik gemaakt worden van elkaars expertise.

Ten tweede wordt het management van de organisatie aanbevolen om vaste flexmedewerkers op de locaties hun werkzaamheden te laten verrichten. Dit zorgt ervoor dat het verplegend en verzorgend personeel en de cliënten elkaar leren kennen en dit is bevorderend voor het welbevinden van de cliënt. De cliëntenagenda is hierbij een hulpmiddel voor de flexmedewerkers om inzicht te krijgen in de wensen en verwachtingen van de cliënt.

In de derde plaats wordt het management van de organisatie aanbevolen om het familienet op alle psychogeriatrische afdelingen te implementeren. Hierdoor kan de familie effectief en efficiënt op de hoogte worden gehouden van de gezondheidssituatie en activiteiten van de cliënt.

Ten vierde wordt het management van de organisatie aanbevolen om activiteiten structureel te organiseren en de vertegenwoordigers hierover te informeren. Dit zorgt ervoor dat de cliënt een zinvolle dagbesteding heeft en dit verhoogt de familieparticipatie.

In de vijfde plaats wordt het management van de organisatie aanbevolen om structureel multidisciplinaire vergaderingen te organiseren, waar alle zorgverleners die bij de cliënt betrokken zijn, aan deelnemen. Hierdoor kan er effectief en efficiënt worden samengewerkt en gebruik gemaakt worden van elkaars expertise. Daarbij wordt de totaliteit van de zorg rondom de cliënt in kaart gebracht en wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd.

Ten zesde wordt het management van de organisatie aanbevolen dat de cliëntcoördinator de adviezen van de (para)medische disciplines, die betrokken zijn bij de cliënt, verwerkt in het zorgleefplan. Op deze wijze is voor iedere zorgverlener duidelijk en zichtbaar welke afspraken er zijn gemaakt. Daarnaast is het van belang om de (para)medische disciplines tijdig in consult te vragen wanneer er problematiek bij de cliënt op het vakgebied van de discipline optreedt. Daarbij is het van belang dat de zorgverleners een signalerende functie voor elkaar hebben en naar elkaar verwijzen.

In de zevende plaats wordt het management van de organisatie aanbevolen om eenduidige afspraken te maken met welk medium de zorgverleners onderling communiceren. Hierbij dienen afspraken gemaakt te worden welke informatie er overgedragen wordt. Hierdoor wordt er duidelijkheid en structuur geschept bij de zorgverleners en wordt miscommunicatie voorkomen.

Ten achtste wordt het management van de organisatie aanbevolen om op alle psychogeriatrische afdelingen een kwartier overlap in diensten in te voeren. Daarbij is het van belang dat er een aparte ruimte beschikbaar is voor de overdracht en er op eenduidige wijze wordt overgedragen. Dit zorgt ervoor dat de verantwoordelijkheden worden overgedragen, de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd en de privacy een grondige bespreking van cliëntgegevens mogelijk maakt.

In de negende plaats wordt het management van de organisatie aanbevolen om de cliëntcoördinator op alle psychogeriatrische afdelingen een gelijk aantal uren te geven voor coördinatortaken. Tijdens de uitvoering van de coördinatortaken is het van belang dat de cliëntcoördinator niet verantwoordelijk is voor de uitvoering van de dagelijkse zorgverlening aan de cliënten. Hierdoor kan de cliëntcoördinator zich volledig richten op de taken rondom het coördinatorschap en heeft zij meer tijd om deze taken goed uit te voeren.

Ten tiende wordt het management van de organisatie aanbevolen om professionals te scholen in het rapporteren op de doelen die in het zorgleefplan zijn opgesteld. Op deze wijze voldoet de rapportage aan de eisen die gesteld zijn in de rapportagerichtlijn. Hierdoor wordt de totaliteit van de cliënt in kaart gebracht. Aan de hand hiervan kunnen tijdig acties ondernomen worden en kunnen deze worden geëvalueerd.

In de laatste plaats wordt het management van de organisatie aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar het contact en de samenwerking van de organisatie met de zorgverleners, cliënten en vertegenwoordigers en welke gevolgen dit heeft voor het voldoen aan de wensen en verwachtingen van de cliënt. Ook wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de invloed van familieparticipatie op de cliënt, de familie van de cliënt, de zorgverleners en de zorgverlening in zijn algemeenheid.

7. Discussie

In de discussie zullen de gebruikte methoden geëvalueerd worden. Hierin wordt gekeken wat er goed ging en wat er minder goed ging. Ook wordt hierin aangegeven wat er in een vervolgonderzoek anders zou kunnen (Verhoeven, 2011). In de discussie worden punten benoemd die de betrouwbaarheid en validiteit hebben kunnen beïnvloeden.

7.1 Doelstelling

De onderzoeksdoelstelling is bereikt. In het onderzoek zijn aan de hand van het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen, voor het management van de organisatie, de mondelinge en schriftelijke communicatie door de zorgverleners die betrokken zijn bij de cliënten van de psychogeriatrische afdelingen van de drie intramurale settingen in kaart gebracht. Aan de hand van het analyseren van de resultaten zijn er aanbevelingen gedaan hoe de mondelinge en schriftelijke communicatie kan verbeterd worden, zodat er aan de verwachtingen van de cliënt wordt voldaan.

7.2 Methoden van onderzoek

7.2.1 Literatuurstudie

Om het onderzoek te onderbouwen en tot interviewvragen te komen is een literatuurstudie gedaan. Hierbij is gebruik gemaakt van wetenschappelijke onderzoeken, landelijke richtlijnen en artikelen. Er was veel literatuur beschikbaar omdat communicatie een breed begrip is. De onderzoekers hebben daarom de keuze gemaakt om zich te richten op de communicatie in de zorgverlening en het voldoen aan de verwachtingen van de cliënt.

De literatuurstudie gaf voldoende handvatten om een gedegen topiclijst op te stellen voor de halfgestructureerde interviews. Doordat de resultaten van het praktijkonderzoek veel overeenkomsten hebben met het literatuuronderzoek, ondersteunt dit onderzoek de reeds bestaande literatuur. De literatuurstudie bood hierdoor de mogelijkheid om de resultaten van de interviews te onderbouwen en tot aanbevelingen te komen.

7.2.2 Halfgestructureerde interviews

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn verschillende onderzoeksstrategieën afgewogen. Er was geen eerder onderzoek uitgevoerd op welke wijze er kan worden voldaan aan de verwachtingen van de cliënt door middel van de communicatie bij de organisatie. Door het afnemen van halfgestructureerde interviews was het mogelijk om open en flexibel informatie te verzamelen. Daarnaast hebben respondenten hierdoor de ruimte gekregen voor de eigen inbreng.

7.3 Populatie en streekproef

De flexmedewerkers behoorden niet tot de onderzoekspopulatie. Gezien de resultaten van het onderzoek had het een meerwaarde kunnen geven om flexmedewerkers in te sluiten in de onderzoeksgroep. Desondanks hebben de onderzoekers de indruk dat het vaste verplegend en verzorgend personeel een goed beeld heeft weergegeven over de zorgverlening van en de samenwerking met flexmedewerkers.

Ten tweede zou gesteld kunnen worden dat het aantal vertegenwoordigers niet representatief is voor de onderzoekspopulatie. In cijfers staat de mate van representativiteit van het aantal vertegenwoordigers dat geïnterviewd is onder druk. Echter was tijdens het afnemen van de interviews onder de vertegenwoordigers een verzadigingseffect zichtbaar. Daarnaast was het niet mogelijk om binnen de gestelde termijn, met het huidige onderzoeksteam, een groter praktijkonderzoek te realiseren.

7.4 Methoden van analyse

In de analysemethode is een goede keuze gemaakt om het interview op te nemen. Hierdoor kon het interview getranscribeerd worden en konden er codes en concepten uit ontstaan. Door vooraf aan de respondent te vermelden waarom het interview opgenomen werd, was deze op de hoogte van de anonimiteit van de resultaten. Dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Ten slotte gaf deze methode van analyse overzicht omdat alle gegevens getranscribeerd zijn in Microsoft Word en nagelezen kunnen worden.

7.5 Benadering arts

De doelgroep (para)medische disciplines is benaderd via een tussenpersoon. Hierdoor heeft het extra tijd in beslag genomen om deze doelgroep te benaderen. Door de drukke agenda van de arts enerzijds en de beschikbare tijd van het onderzoeksteam anderzijds, was het daarom niet mogelijk om een interview af te nemen met deze discipline. Gezien de arts de hoofdbehandelaar is van de cliënt en deze in nauwe relatie staat tot het verplegend en verzorgend personeel zou een interview met deze discipline echter wel een waardevolle toevoeging kunnen hebben voor de resultaten van dit onderzoek.

7.6 Aanbevelingen

De aanbevelingen van dit onderzoek zijn bruikbaar voor de organisatie. De aanbevelingen zijn bruikbaar omdat deze aansluiten bij de huidige ontwikkelingen op macro-, meso- en microniveau. De aanbevelingen spelen namelijk in op de huidige tendens van onder andere vraaggerichte zorg, bezuinigingen en de participatiesamenleving. Daarnaast zijn de aanbevelingen een hulpmiddel om de missie en visie van de organisatie uit te dragen in de

praktijk. Ten slotte hebben de aanbevelingen een meerwaarde voor de individuele zorgverlener en cliënt. De zorgverleners kunnen hierdoor effectiever en efficiënter werken. Daarnaast hebben de aanbevelingen invloed op het voldoen aan de wensen en verwachtingen van de cliënt.

8. Literatuurlijst

- Aarts, N., & Van Woerkum, C. (2008). *Strategische communicatie*. Assen: Van Gorcum
- Actiz (2006a). Model zorgleefplan verantwoorde zorg: *Een korte handreiking voor gebruik*.
Gevonden op 11 maart 2014, via
http://www.vilans.nl/docs/producten/Zorgplannen/modelzorgleefplan_actiz.pdf
- Actiz (2006b). *Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan*.
Gevonden op 7 februari 2014, via
<http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CFMQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.actiz.nl%2Fcms%2Fstreambin.aspx%3Frequestid%3DD78453A1FEC547EF8EC8F5181DC6E90E&ei=GEkYU4mCMKq34ASc3IH0DA&usq=AFQjCNF50661pTUsxEgjYhalCbH80AsG5A>
- Baarda, D. B. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek: *Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers
- Boerkamp, F., & Falix, F. (2010). Data-analyse en de monetaire steekproef. *De IT-Auditor nummer onbekend (1)*, 18
- Bouwer, J. (2009). *Kwaliteit van zorg*. Assen: Van Gorcum
- Brinkman, F. (2010). *Individuele gespreksvoering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Broeken, R., Boer, S., & De Wit, M. (2006). *De verpleegkundige als regisseur*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff
- BTSG (2013). *Rapporteren in de zorg*. Gevonden op 10 maart 2014, via
<http://www.btsg.nl/infobulletin/rapporteren.html>
- Cedrah. (n.d.) *Visie op wonen - Kleinschalig Wonen*. Gevonden op 7 maart 2014, via
<http://www.cedrah.nl/index.php?paginaID=160>
- College voor Zorgverzekeringen (n.d.). Cliënteninbreng in de zorg. Gevonden op 31 maart 2014, via <http://www.cvz.nl/kwaliteit/projecten/clienteninbreng+in+de+zorg>
- Colman, C., De Ruyver, B., Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2011). *De Drugbehandelingskamer: een andere manier van afhandelen*. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu-uitgevers
- Cox, K., Louw, De D., Verhoef, J. & Kuiper, C. (2008). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Uitgeverij Lemma
- CSP Master Kunsteducatie (2010-2012). *Begrippen en definities van interdisciplinair werken*. Gevonden op 17 maart 2014, via http://finals2012magazine.artez.nl/wp-content/uploads/2012/09/CSP_BOEK_ArtEZ_2012-H2.pdf
- De Boer, M., Van de Ende, E., Ribbe, M., & Leemrijse, C. (2004). Paramedische zorg in verpleeghuizen: *een inventariserend onderzoek naar omvang, verwijzindicatie en inhoud van paramedisch zorg*. Gevonden op 18 maart 2014, via

- <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Paramedische-Zorg-in-verpleeghuizen.pdf>
- De Niet, G. J. (2012). Implementeren en het verpleegkundigen team: visie als fundament. *Nederlands tijdschrift voor evidence based practice*, 10 (2), 15-19.
- De Veer, A. J.E., Francke, A. L., Poortvliet, E. P., & Vogel, B. (2007) *Meningen van verpleegkundigen en verzorgenden over de complexiteit van zorg*. Gevonden op 14 maart 2014, via <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/pvv292%20FactsheetComplexiteitalledeelpanelen.pdf>
- De Veer, A. J. E., Francke, A. L., De Kruif, A., & Bolle, F. (2005). *Verpleegkundigen en verzorgenden over de kwaliteit van zorg*. Gevonden op 25 maart 2014, via <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/artikel-TvZ-juli-2005.pdf>
- Friele, R. D., Albada, A., & Sluijs, E. (2006). *Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg*. Gevonden op 26 maart 2014, via file:///C:/Users/Gast/Downloads/kst-30800-XVI-9-b2.pdf
- Friesen, M. A., White, S. V., & Byeers, J. F. (2008). *Handsoffs: Implications for Nurses*. Gevonden op 17 maart 2014, via, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328750>
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business
- HHM (2009). *Handreiking zorgplan*. Gevonden op 27 maart 2014, via <http://www.btsg.nl/downloads/handreiking%20model%20zorgleefplan.pdf>
- HKZ-certificaat (2011). *Wat is het HKZ certificaat?* Gevonden op 28 februari 2014, via www.hkzcertificaat.nl/index.php?id=2
- Hülsmann, C. E. (2012). *Proces- en informatie-analyse van het Multidisciplinair Overleg in een ziekenhuis*. Gevonden op 17 maart 2014, via https://www.nictiz.nl/module/360/711/Proces_en_informatieanalyse_interoperabiliteit_MDO.pdf
- IPEC expert panel (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice*. Gevonden op 12 maart 2014, via <http://www.asph.org/userfiles/collaborativepractice.pdf>
- Jonker, C., Slaets, J. P. J., & Verhey, F. R. J. (2009) *Handboek Dementie: Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem
- Kaye, L. W., & Crittenden, J. A. (2005). Playing well with others – Interdisciplinary collaboration at a center on aging. In: *Social Work Today*, 5 (2), pp.34-37.
- Landa, J., (n.d.). *De succesfactoren van een Multidisciplinair Overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen*. Gevonden op 11 maart 2014, via <http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7b9207794c-bceb-b0bd-1a60->

- f72f119f2ebf%7d_Landa-Jasper-scriptie.pdf
- Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg (2011). *Zeggenschap in zorg: Een onderzoek naar inspraak en invloed van klanten in de zorg*. Gevonden op 26 maart 2014, via <http://www.vgz-zorgkantoren.nl/LinkClick.aspx?fileticket=4zfa52-OY2s%3D>
- Maso, I., & Smaling, A. (2004) *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers
- MOVISIE (2007) *Beroepscompetentieprofiel zorghulp ten behoeve van onderwijsexperimenten*. Gevonden op 11 april 2014, via <http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/BCP%20zorghulp%20definitief%202007.pdf>
- NED TIJDSCHR GENEESKD. (2012;156:A4856) *Beter multidisciplinair overleg past bij betere zorg*. Gevonden op 17 maart 2014, via <https://www.iknl.nl/docs/default-source/default-document-library/onderzoek.pdf?sfvrsn=0>
- Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Gevonden op 13 maart 2014, via http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/richtlijnen%20kwalitatief%20onderzoek_amcogg.pdf
- Nieweg, R., & Groenhuys, M. (2013a). Verpleegkundige overdracht tussen diensten. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 29(2),52-56
- Nieweg, R., & Groenhuys, M. (2013b). Verpleegkundige overdracht. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 29(4),51-54
- Oerbekke, K., & Koyers, T. (2010). *Het familieteam*. Gevonden op 17 maart 2014, via <http://www.vilans.nl/docs/producten/Familieteam.pdf>
- Piët, S. (2005). *Het communicatiedenkboek :-)*. Susanne Piët
- Pluszorg (2014) *Dementie zorg*. Gevonden op 7 april 2014, via <http://www.pluszorg.nl/zorgdiensten/dementie-zorg/>
- PWC (2010). *Verantwoorde informatieoverdracht in de zorg*. Gevonden op 6 maart 2014, via http://www.igz.nl/Images/Verantwoorde_informatieoverdracht_in_de_zorg_tcm294-314700.pdf
- Regionale Stichting Mentorschap (2014) *Een betere kwaliteit door vertegenwoordiging*. Gevonden op 11 april 2014, via <http://www.mentorschap.nl/files/mentorschap.nl/1.%20Een%20betere%20kwaliteit%20door%20vertegenwoordiging.pdf>
- Rijksoverheid (2014). *Wettelijke vertegenwoordiging*. Gevonden op 18 maart 2014, via <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/invloed/wilsonbekwaamheid-en-vertegenwoordiging/wettelijk-vertegenwoordiging>

- Sassen, B. (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. Elsevier gezondheidszorg: Amsterdam
- Van Uden, M., Vaalburg, A.M., Scholten, C. (2013). *Toolkit familieparticipatie*. Gevonden op 14 maart 2014, via http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/04_toolkit_fam_part_communicatie.pdf
- Sebregts, E. (2007). *Vraaggestuurde zorg: van trend naar praktijk*. Gevonden op 31 maart 2014, via <http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fthesis.eur.nl%2Fpub%2F4482%2FSebregtsE.pdf&ei=1GQ5U5znN4yFtQbQ94DoCg&usg=AFQjCNFdQLaJdEGBKtf9Ib0GN59B5HZDVQ&bv=m=bv.63808443,d.Yms>
- SLKF Handleiding Familiebeleid (2012). *Een goede relatie en communicatie met zorgverleners/medewerkers*. Gevonden op 18 maart 2014, via http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/3-8_een_goede_relatie_en_communicatie_met_zorgverleners_-_versie_1-0.pdf
- Sonneveld, J. (2006). *Welzijnsprofessionals aan zet!* Gevonden op 31 maart 2014, via http://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/D9211957_def.pdf
- Stichting Humanitas (2013). *Samen zorgen voor kwaliteit van leven: Mantelzorg en Mantelzorgers*. Gevonden op 6 maart 2014, via <http://www.stichtinghumanitas.nl/site/wp-content/uploads/2013/07/Samen-zorgen-voor-een-prettig-leven-2-1.pdf>
- Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T (2010) *Kwaliteitskader verantwoorde zorg*. Gevonden op 11 maart 2014, via <http://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?requestid=7B44D33D-F976-4498-B3471BEAA0B72920>
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51
- Ten Have, E. C. M. (2006). *Communicatie vaardigheden voor verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Ter Maten-Speksnijder, A., & De Lange, J. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Timmermann, M. (2011) *Goede zorg voor mensen met dementie: presentieverrijkte verpleeghuiszorg*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- TSN Thuiszorg (2012). *Handleiding Zorgdossier AWBZ*. Gevonden op 4 februari 2014, via http://62.58.152.3/thn-extranet/downloads/2012_zorgdossier_AWBZ_TSNTZG/15.50-

PR1_Handleiding_zorgdossier_AWBZ.pdf

Van Beek, S. (2013). Social networks of nursing staff and organizational performance: *A study in long-term care facilities*. Gevonden op 11 maart 2014, via

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Sandra-van-Beek.pdf?>

Van Dale (2014). *Betekenis 'intramuraal'*. Gevonden op 7 maart 2014,

via <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=intramuraal&lang=nn#.UxnJ7j95NBg>

Van de Haterd, J., & Zwikker, N. (2009). *Profiel Eerst Verantwoordelijk Verzorgende 2009*.

Gevonden op 11 maart 2014, via

<http://www.btsg.nl/downloads/EVV%20profiel%202009.pdf>

Van den Pol-Grevelink, A., Jukema, J. S., & Smits, C. (2012). *Persoonsgerichte zorg en*

werktevredenheid van verzorgenden in verpleeghuizen. Een systematisch

literatuuronderzoek naar de effecten van verschillende vormen van persoonsgerichte

zorg op diverse dimens. Gevonden op 18 maart 2014, via

<http://www.tijdschriftverpleegkunde.nl/archief.php?artikel=242&nl=1>

Van de Rijdt- Van de Ven, A. H. J. (2009). *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis:*

handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn. Gevonden op 11 maart 2014, via

<http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Nieuw-handreiking-Complexe-ouderenzorg-in-verzorgingshuis-en-thuis.htm>

Van Halem, N., & Van Wijngaarden, G. (2007). *De eerstverantwoordelijk verzorgende - onmisbaar in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan: zorgethiek over erkenning*. Kampen: Uitgeverij Klement

Van Uden, M., Vaalburg, A.M., & Verbeek, G. (2008). *Vaardig in vraaggerichte zorg: Werkboek*

voor begeleiders van teams. Gevonden op 26 maart 2014, via

http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/Werkboek_Vaardig_in_vraaggerichte_zorg.pdf

V&VN, 2007-2014. *Dossier: Richtlijnen en protocollen*. Gevonden op 7 maart 2014, via

<http://www.venvn.nl/Dossiers/Richtlijnenenprotocollen/Detail/tabid/5281/ArticleID/7010/mod/14584/Richtlijnen.aspx>

V&VN/NU91 (2007). *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Gevonden op 14 maart 2014, via

<http://www.kwaliteitsregistervenv.nl/Applications/getObject.asp?FromDB=1&Obj=159.pdf>

V&VN (2011). *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Gevonden op 10 maart 2014, via

http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ERWLR5lzp_8%3D&tabid=1789

- V&VN (2013). *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Gevonden op 10 maart 2014, via
http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ERWLR5lzp_8%3D&tabid=1789
- Verbeeck, H., Kleynen, I., Nijssen, J., Wiencek, D., Sijmons, J., Lutin, K., Moens, E., & Peeters, S. (2010- 2011) *COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS: Streven naar een betere zorgverlening*. Gevonden op 26 maart 2014, via
https://doks.khlim.be/do/files/FiSe40288a222f66fd2a012f68fe524a0377/E11_VP_14_VerbeeckHelena_NijssenJan_MoensEsther_LutinKoen_SijmonsJoris_WiencekDebbie_KleyenInge_PeetersStijn.pdf;jsessionid=E6DDC15FA4BB8AD9B24D33A7C14F5F0C?recordId=SGEZ40288a222f66fd2a012f68fe524a0376
- Verbruggen, K. (2009). *"Excuseer?" "Excuses aanvaard!" Optimale communicatie tussen verpleegkundige en zorgvrager in de praktijk van de gezondheidszorg*. Gevonden op 12 maart 2014, via
<http://doks2.khk.be/eindwerk/do/files/FiSeff8080811e06b91b011e06d969de00fa/thesis20093035.pdf;jsessionid=8C81EC37D51CF9865FB8EC045860C107?recordId=SKHKff8080811e06b91b011e06d969de00f9>.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- Vermeer, A., & Wenting, B. (2012). *Zelfsturende teams in de praktijk*. Amsterdam: Reed Business
- Vilans (n.d.) *Denken in kwaliteiten: zo doe je dat!* Gevonden op 31 maart 2014, via
<http://www.vilans.nl/docs/producten/Denken%20in%20kwaliteiten%20Zo%20doe%20je%20dat.pdf>
- Vilans (2012). *Vraaggericht werken in de langdurige zorg*. Gevonden op 25 maart 2014, via
http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/KB_Vraaggericht_werken.pdf
- Vilans (2013). *Vraaggericht werken in de langdurige zorg*. Gevonden op 18 maart 2014, via
http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/PVZ/Onderwijs/Vraaggericht_werken_okt_2013.pdf
- Zorggroep Rijnmond (2010). *Handboek zorgleefplan en ECD*. Gevonden op 11 maart 2014, via
[http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zorgleefplan/548%20Handboek%20zorgleefplan%20en%20ECD%20\[1\].pdf](http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zorgleefplan/548%20Handboek%20zorgleefplan%20en%20ECD%20[1].pdf)

9. Bijlagen

Bijlage 9.1 Topiclijsten

9.1 Topiclijsten

9.1.1 Verantwoording topiclijsten

Kwaliteiten zorgverleners

Het is van belang dat in kaart wordt gebracht wat de kwaliteiten van de zorgverleners zijn, dit zijn krachten van zorgverleners. 'Je kwaliteiten inzetten of de goede eigenschappen van een ander benoemen heeft een positief effect op de communicatie, en dus ook op de (samenwerkings)relatie' (Vilans, n.d.).

Competenties zorgverleners

Vraaggericht werken stelt andere eisen aan de competenties van helpenden en verzorgenden (Van Uden, Vaalburg, & Verbeek, 2008). Het is van belang dat de vertegenwoordigers aangeven welke competenties van zorgverleners zij als goed ervaren en welke competenties nog aangeleerd moeten worden. Hierdoor wordt er optimaal aangesloten bij de wensen en verwachtingen van de cliënt. Daardoor kan er vraaggericht gewerkt worden (Vilans, 2013).

Behoeften vertegenwoordigers/zorgverleners

De organisatie werkt vanuit een cliëntgerichte benadering. De organisatie speelt hierdoor in op de huidige tendens dat de cliënt zelf keuzevrijheid krijgt welke zorg en op welke wijze hij de zorg ontvangt. Bij vraaggericht werken staan de behoeften en verwachtingen van de cliënt centraal. De professional gaat in een open dialoog met de cliënt en samen komen zij tot de beste aanpak (Vilans, 2013). Om vraaggestuurde zorg te leveren dienen zorgverleners te weten wat de vertegenwoordigers van hun verwachten. Het is daarom van belang om in kaart te brengen wat vertegenwoordigers nodig hebben en verwachten van zorgverleners, zodat er aan hun verwachtingen wordt voldaan.

Belemmeringen vraaggericht werken

Cliëntgericht werken is in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend. Er kunnen belemmeringen zijn waardoor het cliëntgericht werken niet optimaal is. Het is van belang om deze belemmeringen in kaart te brengen (Sonneveld, 2006). Er kunnen dan oplossingen worden bedacht om deze belemmeringen te overbruggen.

Ideeën om vraaggericht werken

Het is belangrijk om de visie van de cliënt in beeld te krijgen. De zorg draait tenslotte om hen. Door aan de vertegenwoordigers de ideeën om cliëntgericht te werken te inventariseren, komt het perspectief van de cliënt naar voren (College voor Zorgverzekeringen, n.d.).

Organisatie vraaggericht werken

Uit een onderzoek blijkt dat de meeste organisaties het moeilijk vinden om de vertaalslag te maken van het concept vraaggericht werken naar de praktische invulling ervan in de organisatie (Sebregts, 2007). Het is daarom van belang om in kaart te brengen wat de invloed van de organisatie is op cliëntgericht werken.

9.1.2 Topiclijst vertegenwoordigers

Topic

- Kwaliteiten
- Competenties
- Behoeften
- Belemmeringen
- Ideeën
- Organisatie

Steekwoorden

- | | |
|---|---|
| • Mondelinge overdracht | <i>duidelijk, tijd, etc.</i> |
| • Contact met contactpersoon | <i>communicatiemedium, informatie, taalgebruik, etc.</i> |
| • Contact met (para)medische discipline | <i>communicatiemedium, samenwerking, hiërarchie, etc.</i> |
| • Onderlinge communicatie | <i>duidelijk, vastgelegd, vakjargon, etc.</i> |
| • Afspraken | <i>duidelijk, concreet, begrijpelijk, vastleggen, etc.</i> |
| • Zorgplan opstellen | <i>verwachtingen, overleg met wie, hoe, etc.</i> |
| • Aansluiten bij behoefte | <i>informatieplicht, toestemming vragen, inspraak, etc.</i> |
| • Familie participatie | <i>familienet, foto's, activiteiten, etc.</i> |

9.1.3 Topiclijst verplegend en verzorgend personeel

Topic

- Kwaliteiten
- Competenties
- Behoeften
- Belemmeringen
- Ideeën
- Organisatie

Steekwoorden

- | | |
|--|--|
| • Rapportage | <i>duidelijk, volledig, plaats, etc.</i> |
| • Mondelinge overdracht | <i>duidelijk, tijd, etc.</i> |
| • Contact met contactpersoon | <i>communicatiemedium, etc.</i> |
| • Contact met (para)medische disciplines | <i>communicatiemedium, samenwerking, hiërarchie, etc.</i> |
| • Onderlinge communicatie | <i>duidelijk, vastgelegd, vakjargon, etc.</i> |
| • Afspraken | <i>duidelijk, concreet, begrijpelijk, vastleggen, etc.</i> |
| • Zorgplan opstellen | <i>verwachtingen, overleg met wie, hoe, etc.</i> |
| • Aansluiten bij behoefte | <i>informatieplicht, toestemming vragen, etc.</i> |
| • Familie participatie | <i>familienet, foto's, activiteiten, etc.</i> |

9.1.4 Topiclijst (para)medische disciplines

Topic

- Competenties
- Belemmeringen
- Bevorderend
- Behoeften
- Ideeën
- Organisatie

Steekwoorden

- | | |
|------------------------------|---|
| • Rapportage | <i>duidelijk, volledig, plaats, zorgmedewerker, etc.</i> |
| • Mondelinge overdracht | <i>duidelijk, tijd, communicatie met zorg, etc.</i> |
| • Onderlinge communicatie | <i>duidelijk, vastgelegd, vakjargon, etc.</i> |
| • Afspraken | <i>duidelijk, concreet, begrijpelijk, etc.</i> |
| • Contact met contactpersoon | <i>communicatiemedium, etc.</i> |
| • Contact met zorgverleners | <i>hiërarchie, etc.</i> |
| • Aansluiten bij behoefte | <i>informatieplicht, toestemming vragen, etc.</i> |
| • Zorgplan opstellen | <i>verwachtingen, overleg met wie, hoe, inspraak, afspraken in zorgplan, etc.</i> |