

Het ontstaan van verwachtingen bij cliënten en naastbetrokkenen in de geriatrische revalidatie

Een implementatie voor zorgprofessionals



Auteurs:

P.H.J. Antonis

M.J.H.M. van Bakel

Opdrachtgever:

C. van Loon

Projectbegeleider:

M. Snoeren

Afstudeerproject Opleiding Verpleegkunde, Fontys Hogescholen.

Eindhoven & Tilburg, datum: 21-06-2013.

Inhoudsopgave

Aanleiding.....	4
Probleemoriëntatie	5
Damast.....	5
Locatie	5
Doelgroepen.....	5
Doelstelling.....	6
Multidisciplinair team.....	6
Personeel op de afdelingen.....	6
ZIC.....	7
Visie op zorg	7
Probleemomschrijving.....	9
Klachten.....	9
Betrokkenen	10
Mogelijke oorzaken	11
Ondernomen acties.....	12
Methodologie	13
Probleemstelling.....	13
Doelstelling.....	13
Deelvragen	13
Onderzoeksvraag 1	14
Onderzoeksvraag 2	15
Onderzoeksvraag 3	19
Resultaten	23
Onderzoeksvraag 1.....	23
Onderzoeksvraag 2.....	25
Conclusie onderzoeksvraag 2	28
Onderzoeksvraag 3.....	30
Conclusie onderzoeksvraag 3	35
Conclusie	37
Discussie	38
Implementatie	40
Ontwikkeling voor adviesnota.....	40

Adviesnota zorg	43
Model van Grol en Wensing	43
Adviesnota voorlichting.....	44
Advies vervolg	44
Literatuurlijst	45
Bijlage I	48
Bijlage II	49
Bijlage III	50
Bijlage IV	51
Bijlage V	54
Bijlage VI	58
Bijlage VII	59
Bijlage VIII	63
Bijlage IX	65
Bijlage X	66
Bijlage XI	71

Aanleiding

In september 2012 is één van de studenten van deze afstudeeropdracht gestart met stage lopen bij De Hazelaar, afdeling Picasso te Tilburg. Tot 1 oktober 2012 revalideerden geriatrische cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) op deze klinische afdeling. Hierna is deze afdeling met een gedeelte van de cliënten naar locatie Damast, afdeling Weefkam verhuist. Richting het einde van de stage, is er gezocht naar een afstudeeropdracht. Het afdelingshoofd van Spinnewiel, de andere afdeling van locatie Damast, kwam daarbij in beeld gezien zij vaker afstudeeropdrachten schrijft. Na meerdere keren overlegd te hebben, had zij een onderwerp wat de student aansprak over een probleem wat al vanaf de opening van Damast speelt. Verwachtingen die cliënten en naastbetrokkenen van locatie Damast hebben komen onder andere volgens de afdelingshoofden van Spinnewiel en Weefkam, de specialist ouderengeneeskunde (arts) en de zorgcoördinatoren van afdeling Spinnewiel niet overeen met de werkelijkheid, waardoor er klachten zijn over de zorg en therapiefrequenties. Cliënten en naastbetrokkenen uiten hun klachten in het kantoor van de afdelingshoofden. De afdelingshoofden proberen dan duidelijkheid te bieden.

Het is tot op heden niet duidelijk hoe de klachten voorkomen kunnen worden, maar het is aannemelijk dat wanneer cliënten en familie verwachtingen hebben die meer overeenkomen met wat werkelijk geboden kan worden op Damast, zij minder klachten zullen hebben over de zorg en therapieën.

Uit de ervaring van de student die stage heeft gelopen op Weefkam, komt het regelmatig voor dat cliënten en naastbetrokkenen ontevreden zijn over het aantal therapiefrequenties en weten ze niet goed wat de verpleegkundige revalidatiezorg inhoud. In het onderzoek van Pryor en O'Connel (2007) komt naar voren dat de verpleegkundige revalidatiezorg een belangrijke rol speelt in het revalidatieproces. Het probleem heeft betrekking op de verpleegkundige professie, doordat de klachten ook bij de verpleegkundige terecht kunnen komen, wat mogelijk een negatief effect kan hebben op het bieden van zorg en contact met de cliënt en hun familie.

Probleemoriëntatie

Damast

Om een eerste beeld te vormen van het probleem, wordt behandelingscentrum Damast in een organisatieanalyse verder toegelicht in deze paragraaf. De locatie en de voordelen hiervan worden als eerste besproken. Daarna wordt in kaart gebracht wat de gestelde doelgroepen met bijbehorende doelstellingen per afdeling zijn. Alle cliënten worden door een professioneel team gerevalideerd en ook innovatie wordt toegepast op Damast door middel van een ZIC. Als afsluiting van deze paragraaf wordt de overkoepelende visie op zorg van de Weaver en de conceptuele versie van locatie Damast weergegeven.

Locatie

Behandelcentrum Damast, te Tilburg is onderdeel van organisatie De Weaver.

Locatie Damast is operationeel geworden vanaf 1 oktober 2012 en is verbonden met het Elisabeth ziekenhuis (EZ) door middel van een grote, bijgebouwde gang. Dit is voor cliënten, familie en zorgverleners een voordeel. Cliënten en familie kunnen eenvoudig van het ziekenhuis begeleid worden naar Damast en voor eventuele onderzoeken of controles snel terug. Zorgverleners zijn dichtbij elkaar, waardoor samenwerking efficiënter kan verlopen.

Damast bestaat uit twee afdelingen, te weten afdeling 1: Spinnewiel en afdeling 2: Weefkam. Beide zijn ze verdeeld in twee units. Op iedere unit zijn er 16 bedden. In totaal kunnen er op locatie Damast 64 cliënten tegelijkertijd, tijdelijk verblijven. De afdelingen bieden geriatrische revalidatiezorg.

Doelgroepen

De afdelingen hebben ieder een eigen specialisme betreffende de doelgroep. Overkoepelend bieden zij revalidatiezorg aan de geriatrische zorgvrager (Bijlage I).

Afdeling Spinnewiel: traumatologie.

Deze afdeling richt zich op een compleet nieuwe doelgroep voor organisatie de Weaver: traumatologie waar voornamelijk chirurgie en orthopedie aan te pas komen. Alle cliënten worden tijdelijk opgenomen, waarbij zij aan het eind van de opname weer naar huis gaan of waar zij vandaan komen. Mocht dit niet haalbaar zijn, krijgen zij een advies voor een toekomstige woonplaats en de benodigde zorg. Op de dag van opname wordt een zogenaamde DBC lijst (diagnose behandeling combinatie) geopend, deze is een half jaar geldig. Voor cliënten zijn er nog geen zorgpaden vastgesteld. Dit komt mede door het feit dat de cliënten die tot op heden zijn opgenomen niet overeenkomen met de gestelde doelgroep. Door deze verschillende ziektebeelden is het moeilijk deze vast te stellen. Er is een afdeling op het Elisabeth ziekenhuis waar traumatologie cliënten medisch kunnen stabiliseren, deze is momenteel in verbouwing. Wanneer deze operationeel is, kunnen hier 22 cliënten verblijven. Het is wenselijk voor Damast, dat deze cliënten verder gaan revalideren op afdeling Spinnewiel, omdat zij beter zullen aansluiten bij de gestelde doelgroep.

Weefkam: N.A.H. (niet-aangeboren hersenletsel).

Afdeling Weefkam had door de cliënten die mee verhuisde al een deel van de kamers bezet. Vanaf de opening zijn er voor de niet bezette kamers, nieuwe opnames geweest. In principe is de doelgroep en het revalidatieproces voor Weefkam hetzelfde gebleven. De medewerkers zijn om deze reden bekend met de zorg die gegeven moet worden.

De meeste cliënten hebben een C.V.A. (Cerebro Vasculair Accident), een beroerte, door gemaakt. Alle cliënten zijn tijdelijk opgenomen, waarbij zij aan het eind van de opname een advies krijgen voor een toekomstige woonplaats en de benodigde zorg. Op de dag van opname wordt een DBC lijst (diagnose behandeling combinaties) geopend, deze is een half jaar geldig. Een cliënt kan twee zorgpaden bewandelen, een snel of een regulier zorgpad. Wanneer de cliënt een snel zorgpad bewandeld, gaat hij/zij binnen acht weken met ontslag. Het verblijf op Damast is dan meer gericht op herstellen en naar het eigen huis gaan. Wanneer een cliënt het reguliere zorgpad bewandeld, mag

hij/zij zolang de DBC lijst open blijft revalideren. Hoelang een cliënt vervolgens daadwerkelijk verblijft op Damast, is uiteraard afhankelijk van de voortgang van het revalidatieproces.

Doelstelling

De afdelingen hebben een gedeelde doelstelling:

“De cliënt wordt kortdurend opgenomen om te revalideren (na een C.V.A. of een trauma), waarna de cliënt naar de thuissituatie of een andere zorgsetting zal gaan.

De cliënt wordt gestimuleerd in zijn revalidatieproces door hem de regie te geven in zijn eigen zorgproces en de verzorging en begeleiding te richten op de sterke kanten en de mogelijkheden van de cliënt.

Locatie Damast is een lerende omgeving voor cliënten, medewerkers en studenten. Dit wordt gerealiseerd door de therapeutische leefomgeving waarin verschillende disciplines werkzaam zijn die van elkaar leren d.m.v. scholing, overlegmomenten, kwaliteitsprojecten om de kwaliteit van zorg te waarborgen en te verbeteren”.

Daarnaast hebben beide afdelingen een individuele doelstelling:

Spinnewiel

“De doelstelling van afdeling Spinnewiel is het reactiveren van cliënten met letsel ten gevolge van een trauma”.

Weefkam

“De doelstelling van afdeling Weefkam is het reactiveren van cliënten met een niet-aangeboren hersenaandoening”.

Multidisciplinair team

Op de afdelingen wordt multidisciplinair samengewerkt met (para)medische disciplines. Beide afdelingen hebben een afdelingshoofd die leiding geeft aan het personeel op de afdeling en is verantwoordelijk voor de geleverde zorg op de afdeling, de therapie frequenties en het afdelingsbudget. Er werkt op beide afdelingen een senior verpleegkundige, verpleegkundigen niveau 4 en 5, verzorgende niveau 3 en helpende niveau 2. In de verschillende opleidingsniveaus lopen studenten stage.

De verpleegkundigen niveau 4 en 5 kunnen extra taken hebben zoals het zijn van zorgcoördinator (zoco). De zorgcoördinator regelt alles omtrent de zorg van de aan hem/haar toegewezen cliënten van opname tot en met ontslag. Hij/zij is ook verantwoordelijk voor het contact met de familie. Wanneer het mogelijk is doen de zorgcoördinatoren dan ook de opnames van nieuwe cliënten op de afdeling.

De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling van een cliënt. Het behandelteam bestaat verder uit de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de logopedist, de geestelijke verzorgende, de diëtist, de psycholoog, voedingsassistenten en helpende.

Personeel op de afdelingen

Er is een onderscheid gemaakt in personeel per afdeling. Deze medewerkers zijn vast gecontracteerd met een bepaald aantal uren. Stagiaires van MBO en HBO zijn niet meegerekend in onderstaand schema, omdat deze boventallig staan ingepland.

Spinnewiel

- 1 afdelingshoofd.
- 1 senior verpleegkundige.
- 3 niveau 5 zorgcoördinatoren.
- 1 niveau 4 zorgcoördinator.
- 1 niveau 3 zorgcoördinator.

- 8 verpleegkundigen (niveau 4 en 5).
- 8 verzorgenden niveau 3.
- 2 helpenden niveau 2.
- 2 oproepkrachten zorg.
- 3 voedingsassistenten.
- 3 a 4 interne leerlingen per (half) jaar.

Weefkam

- 1 afdelingshoofd.
- 1 senior verpleegkundige.
- 4 niveau 5 zorgcoördinatoren.
- 2 niveau 4 zorgcoördinatoren.
- 1 niveau 3 zorgcoördinator.
- 6 verpleegkundigen (niveau 4 en 5).
- 13 verzorgenden niveau 3.
- 1 helpende +.
- 5 oproepkrachten zorg.
- 8 voedingsassistenten + 2 oproep voedingsassistenten.
- 3 a 4 interne leerlingen per (half) jaar.

ZIC

Beide afdelingen zijn een ZIC (zorg innovatie centrum) waar er gewerkt wordt met veel verschillende functies en studenten van verschillende niveaus. Het heeft als doel:

“Het bieden van hoogwaardige cliëntgerichte ouderenzorg via een continu en cyclisch proces van werken, leren, onderzoek en innoveren. Hoogwaardige en cliëntgerichte zorg wordt nader omschreven als effectief en efficiënt, waarbij de zorgvrager centraal staat.”

Deze studenten/stagiaires werken mee in de zorg op de afdeling. Afhankelijk van hoever de student is in zijn studie, wat iemand kan en mag, wordt hij/zij begeleid. Er moet geleerd worden hoe (geriatrische) revalidatiezorg geboden moet worden. Op afdeling Weefkam wordt volgens de “revalidatie bij beroerte” methode gewerkt. Een stagiaire wordt begeleid door een eerste en tweede werkbegeleider.

Er zijn een aantal functionarissen die betrokken zijn bij het reilen en zeilen van het ZIC. Er is een opleidingsadviseur, twee lecturer practitioners van Fontys Hogescholen, twee docenten van het ROC en twee docenten van de Avans Hogescholen.

Visie op zorg

Behandelcentrum Damast is een onderdeel van de Wever en deelt om die reden ook de visie op zorg van de organisatie.

Visie van de Wever:

“De Wever biedt verpleging, verzorging, reactivering, behandeling, dienstverlening en wonen en streeft daarbij naar:

- *het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren en zo goed mogelijk herstel van de cliënten;*
- *het creëren van een woonomgeving waarbij cliënten zich zo goed mogelijk “thuis” kunnen voelen en hun leefstijl zo goed mogelijk kunnen blijven continueren;*
- *het zo naadloos mogelijk laten aansluiten van de zorg- en dienstverlening op de vraag van de cliënten, ook als deze vraag in de loop van de tijd verandert.*

De kernwaarden van De Wever zijn gastvrij, energiek, vertrouwd en kundig”.

Met deze visie op zorg, is het onderstaande concept voor locatie Damast geschreven. De definitieve visie op zorg is momenteel in de afrondingsfase.

Visie van Damast:

“De cliënt is uniek en staat centraal. Hierbij is aandacht voor zijn achtergrond en voorgeschiedenis, zijn waarden en normen en de familie/naasten van de cliënt.

In samenspraak met de cliënt (en zijn familie) wordt zorg op maat geboden. De cliënt (en de familie) heeft de regie over zijn eigen revalidatieproces. Uitgangspunt is zorg waarbij de wensen en behoeften van de cliënt richtinggevend zijn.

Damast wil ervoor zorgen dat cliënten zich thuis en veilig voelen op de afdeling. Dit willen wij bereiken door aandacht te schenken aan het therapeutisch leefklimaat, eten, drinken, emotie en gevoel, een respectvolle bejegening, het inleven in de situatie van de cliënt en het bieden van professionele zorg. Ook stellen de medewerkers zich op de hoogte van cognitieve en lichamelijke mogelijkheden en beperkingen waarbij zij zich richten op de sterke kanten van de cliënt. Kwaliteit van leven betekent voor iedereen wat anders en de medewerkers van de afdeling passen de zorg daarop aan”.

Dit concept is verkregen van mevrouw Volbeda, Lecturer Practitioner bij locatie Damast (persoonlijke communicatie 08-03-2013). Zij vertelde ons dat de definitieve visie op zorg weinig verschil gaat hebben met het concept. Om die reden staat het concept in dit verslag.

Voor het personeel is er een mindmap gemaakt waarin de visie op zorg is uitgewerkt (Bijlage II).

De informatie uit deze paragraaf is gedestilleerd uit de studiehandleiding van Damast (*studiehandleiding ZIC Damast*, 2012) en vanuit de gesprekken met de afdelingshoofden van Spinnewiel (C. van Loon, persoonlijke communicatie 20-02-2013) en Weefkam (G. Oprins, persoonlijke communicatie 14-03-2013).

Probleemomschrijving

In de aanleiding heeft de opdrachtgever aangegeven, dat het probleem zich vaker afspeelt op afdeling Spinnewiel dan op afdeling Weefkam, echter zijn hier geen concrete bewijzen voor. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen is er ook met het afdelingshoofd van Weefkam gesproken. Zij zegt zich te herkennen in de problematiek die zich afspeelt op afdeling Spinnewiel. Het idee wat hierbij opkwam was om beide afdelingen te betrekken in het onderzoek. Een probleem hierbij is dat beide afdelingen een andere doelgroep hebben, wat andere onderzoeksontwerpen vereist, dit zou te groot zijn voor de gestelde 18 weken. Om deze redenen is er gekozen om het onderzoek alleen te richten op afdeling Spinnewiel. In gesprek met de afdelingshoofden van Spinnewiel en Weefkam is dit goedgekeurd. Een product wat ontwikkeld wordt, kan mogelijk wel beide afdelingen ondersteunen, omdat het beide geriatrische revalidatieafdelingen betreft.

Om het probleem te verduidelijken is in literatuur gezocht naar hoe verwachtingen ontstaan bij geriatrische zorgvragers en hun naasten. Hoewel geriatrische zorgvragers per definitie niet altijd oud in leeftijd hoeven zijn, is dit vaak in de praktijk vaak wel zo. Er is uitgezocht wanneer een zorgvrager geriatriesch genoemd mag worden (Bijlage I). Om te weten hoe een verwachting ontstaat bij een individu, moet eerst worden gekeken wat een verwachting is. Volgens Van Dale (2008) is een verwachting: *“het voorzien of mogelijk achten dat iets gebeuren zal of zich op zekere wijze zal ontwikkelen”*. De definitie van het juridisch woordenboek sluit hierbij aan, maar voegt de basis van een verwachting toe: *“hetgeen waarvan op grond van huidige feiten of omstandigheden wordt vermoed dat het zal gebeuren; hetgeen waarop men rekt”*. Hoe een verwachting ontstaat, kan niet worden geconcludeerd uit de definities, er is verder gezocht in literatuur om dit duidelijk te krijgen.

Een verwachting is gebaseerd op schema's. Een schema is een georganiseerde verzameling van kennis over een prikkel of categorie van een prikkel, die gebruikt wordt voor het verwerken van informatie over de betreffende prikkel of andere prikkels in die categorie (Vonk, 2003). Een prikkel omvat niet alleen een fysiek iets (bijvoorbeeld: een stoel), maar ook een gebeurtenis (een feest) of een handeling die men verricht (helpen). Een prikkel, ook wel informatie of stimuli, kan gewild of ongewild aangeboden worden aan een individu. Als men een prikkel ontvangt, wordt het geordend in een schema, of een nieuw schema wordt ontwikkeld op basis van bekende schema's. Doordat deze bekende schema's worden ingezet heeft men een 'verwachting' van een prikkel. Het is aannemelijk dat een individu al in bepaalde mate een verwachting over het revalideren heeft, voorafgaand aan het revalidatietraject, welke gecreëerd is door eerder opgedane informatie/prikkels en schema's. Zo kan een cliënt of naastbetrokkene een gesprek hebben met een verpleegkundige over revalideren bij Damast. Voordat dit gesprek heeft plaatsgevonden zijn er al allerlei verwachtingen gecreëerd voordat er überhaupt met elkaar gesproken is. De cliënt heeft namelijk al eerder een gesprek gehad met een verpleegkundige, heeft informatie opgehaald over Damast en heeft gehoord van familie over wat revalideren inhoudt. Met de kennis die de cliënt heeft opgedaan uit verschillende informatiebronnen wordt er een schema gevormd of wordt een bestaand schema bijgesteld. Hierdoor ontstaat er een verwachting van het gesprek. De cliënt of naastbetrokkene kan dus voor opname Damast al een verwachting hebben over wat de zorg inhoudt. Met elke nieuwe prikkel die de cliënt binnen krijgt kan de verwachting worden bijgesteld.

Om een beter beeld over het probleem te krijgen wat zich afspeelt op afdeling Spinnewiel is het opgedeeld in bepaalde aspecten. Eerst is er gekeken naar de klachten die er spelen op afdeling Spinnewiel. Daaropvolgend zijn degene die verondersteld worden betrokken te zijn bij het probleem aangehaald. Hierna is er beschreven wat er al gedaan is aan het probleem. Tot slot zijn de eventuele oorzaken genoemd, waarbij een link wordt gelegd met literatuur.

Klachten

Op afdeling Spinnewiel lijken de verwachtingen van de cliënten en naastbetrokkenen ten aanzien van de opname niet altijd overeen te komen met wat er werkelijk op de afdeling afspeelt. Zo geven cliënten

bijvoorbeeld aan dat zij dachten vaker therapie te krijgen en de naastbetrokkenen uiten klachten over de onregelmatigheid van het wekelijkse therapie rooster. Het afdelingshoofd van Spinnewiel merkt op dat deze klachten meestal in het begin van opname worden geuit (variërend van de eerste dag tot de eerste weken). Als mogelijke oorzaak geeft zij aan dat de cliënt op Damast in een nieuwe omgeving komt en niet voldoende wordt voorgelicht in het voortraject over wat te verwachten van revalideren. Een vervolg hiervan kan zijn dat cliënten minder tevreden zijn over de gekregen zorg. Dit komt terug in de resultaten van McKinley & Roberts (2001) wanneer er geen overeenstemming is tussen de verwachtingen van cliënten en wat er daadwerkelijk geboden wordt. Ter preventie van cliëntontevredenheid is het dan noodzakelijk dat verwachtingen van cliënten worden bijgesteld. Cliënten en naastbetrokkenen uiten hun ontevredenheid aan de zorgcoördinator, verpleegkundige en verzorgende. Zij zijn makkelijk aanspreekbaar, omdat zij tijdens de zorg direct in contact staan met de cliënt. Daarnaast stappen sommige familieleden volgens het afdelingshoofd van Spinnewiel "mijn kantoor binnen". Er is een mogelijkheid dat de bestaande klachten een gevolg zijn van de kwaliteit van zorg die geleverd wordt door verpleegkundigen en verzorgenden. Met de opdrachtgever is afgesproken het onderzoek niet op te richten op de kwaliteit van de geleverde zorg, gezien de wens de focus te leggen op verwachtingen.

Er is opzoek gegaan naar gedocumenteerde klachten. De klachtenfunctionaris en de leidinggevende van de therapeuten van Damast zijn vervolgens gecontacteerd over de aanwezigheid van gedocumenteerde klachten van cliënten en familie over Damast. Beide reageerden dat er tot op heden niets ontvangen is van afdeling Spinnewiel en zelfs niet van de gehele locatie Damast. In samenspraak met de opdrachtgever en projectbegeleider zijn de mondeling geuite klachten voldoende voor verder onderzoek.

Betrokkenen

De klachten hebben betrekking tot de zorg en therapie frequenties, waarvoor het afdelingshoofd verantwoordelijk is. Deze wil een optimale revalidatie leveren die afgestemd is op de vraag van de cliënt en dat zowel cliënt als familie tevreden zijn. De zorgcoördinator heeft als taak hen te begeleiden in het revalidatieproces. Als het verhaal van de zoco niet voldoet aan de verwachtingen, kan dat leiden tot een moeizame start. Verplegend en verzorgend personeel geven aan dat cliënten en naastbetrokkenen niet tevreden zijn over de therapiefrequenties. Deze conflicten kunnen leiden tot een mindere samenwerking. Wat uiteindelijk een negatief effect kan hebben op het revalidatieproces van de cliënt.

Vóór Damast is de cliënt opgenomen in het ziekenhuis. Medewerkers van de desbetreffende afdeling of transferverpleegkundige geven informatie over behandelingscentrum Damast. Vanuit de Wever bezoekt een zorgadviseur de cliënt en zijn familie in het ziekenhuis en geeft uitleg over het revalidatieproces. Het beeld over Damast kan door deze factoren worden gecreëerd, dan wel bijgesteld. Het zou uiteindelijk een probleem voor de Wever kunnen worden, omdat het de cliënt tevredenheid beïnvloedt, waardoor de keuze voor Damast mogelijk minder aantrekkelijk wordt.

Om een overzicht te krijgen van de zorgprofessionals die informatie geven aan de cliënt, is hieronder het opnametraject en verdere algemene revalidatie van de cliënt stapsgewijs weergegeven.

1. Opname in het ziekenhuis.
2. Medisch uitbehandelt, klaar voor vervolg.
3. Transfer verpleegkundige → kijkt welke zorg nodig is aan de hand van informatie van verpleegkundigen, cliënt, familie. Vraagt indicatie CIZ aan.
4. Zorgadviseur(van de gehele de Wever) komt bij cliënt/familie in EZ. Geeft informatie/uitleg over Damast aan cliënt en familie. Voor Spinnewiel: Inge Schuimer. Voor Weefkam: Frans van Gurp.
5. Cliënt mag voorkeur aangeven voor voortraject, maar dit moet wel binnen het DBC kader zijn. Wanneer er op een andere locatie eerder ruimte is, moet je daar in principe dan wel naar toe.
6. Cliënten die zijn aangemeld bij de Wever, worden besproken in het overleg van de

zorgtoewijzingscommissie. Zij wegen af waar het revalidatieproces het beste tot zijn recht komt.

7. Cliënt komt bij Damast. Wordt gebracht naar de betreffende afdeling. Overdracht van verpleegkundige ziekenhuis naar ZOCO/degene die de opname doet. Opnamegesprek door ZOCO vindt plaats op de eigen kamer. Opnamegesprek door arts, intake ergo/fysio/psycholoog etc. vindt later plaats, meestal binnen één week.

8. Cliënt doorloopt revalidatietraject, wordt om de zoveel (4 á 6) weken besproken in multidisciplinair overleg.

9. Vervolgplaats wordt ook besproken in MDO. Damast geeft advies over vervolgplaats.

10. Cliënt wordt aangemeld bij vervolgplaats of gaat naar eigen huis met eventuele thuiszorg.

(C. van Loon, persoonlijke communicatie 06-03-2013)

Mogelijke oorzaken

Het probleem kan twee hoofdoorzaken hebben. De zorg die de zorgprofessionals bieden van Spinnewiel is mogelijk niet optimaal kijkende naar wat geriatrische revalidatiezorg inhoudt en/of de verwachtingen die cliënten en naastbetrokkenen hebben sluiten niet aan met wat Spinnewiel werkelijk bied. Op beide hoofdoorzaken kan invloed uitgeoefend worden door zorgprofessionals.

Niet optimale zorg

De zorg zou niet optimaal zijn, zodat de cliënt klachten uit omtrent de geboden zorg. Hieronder vallen verschillende mogelijke oorzaken. Damast is een nieuwe locatie van de Wever waar voortdurend veranderingen plaatsvinden. Zo werd in de eerste twee gesprekken met het afdelingshoofd van Spinnewiel gevraagd naar wat voor Damast 'zorg', 'therapie' en 'behandeling' inhoudt. Er kon geen duidelijk antwoord worden gevonden en er zijn op de Wever geen gedocumenteerde bestanden hiervan. Als de instelling niet duidelijk heeft wat deze begrippen inhouden, kan het voor de cliënt, naastbetrokkenen en zorgprofessionals ook lastig zijn om dit helder te krijgen. (C. van Loon, persoonlijke communicatie 18-02-2013, 22-02-2013). Daarnaast is Spinnewiel een nieuwe ZIC afdeling met cliënten die niet geheel voldoen aan de gestelde doelgroep. Dit leidt tot zorg die niet eenduidig is, wat verwarring kan geven bij zowel de cliënt als bij de zorgprofessionals en studenten. Een ZIC heeft voor- en nadelen. Voordelen zijn bijvoorbeeld een nieuwe, frisse blik op de zorg, projectgroepen die zaken aanpakken en meer handen aan het bed. Een mogelijk nadeel is dat nieuwe studenten (nog) niet de visie op zorg delen, zoals het vaste personeel dat wel doet. Zo is bijvoorbeeld de ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) in principe ook therapie en wordt er gestreefd naar een zo groot mogelijke autonomie (revalidatieverpleegkundige, 2004). Wanneer deze visie nog niet duidelijk wordt uitgedragen kan dit tot 'niet optimale' revalidatiezorg leiden.

De verzorgenden en verpleegkundigen komen vanuit verschillende settings met daardoor verschillende verpleegkundige achtergronden. Zijn hebben niet allen ervaring met revalidatiezorg.

Verwachting sluit niet aan

Een mogelijke oorzaak volgens het afdelingshoofd van Spinnewiel is dat er qua inhoud en op een verkeerde wijze voorlichting vanuit het ziekenhuis wordt gegeven. Hierdoor kan er een irreëel beeld van Damast ontstaan. Het is tevens niet duidelijk hoe en welke informatie wordt gegeven aan de cliënten en naastbetrokkenen. Binnen de gestelde doelgroep zijn de medische aandoeningen en prognoses hiervan erg verschillend. Om deze reden is het lastig om een zorgpad te ontwikkelen, waardoor er geen eenduidige voorlichting kan worden gegeven. Dit kan verwarrend zijn voor de zorgprofessionals, wat invloed kan hebben op de verwachting van de cliënt. Naast niet eenduidig, kan er 'te veel' informatie worden gegeven door zorgprofessionals naar cliënten en naastbetrokkenen. Naarmate er meer informatie wordt gegeven, wordt er relatief minder onthouden (Lechner, Mesters & Bolman, 2010). Het is op dit moment niet duidelijk hoe de zorgprofessionals buiten Damast informatie geven.

De vergoeding voor geriatrische revalidatie valt niet meer onder de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Het is sinds het begin van 2013 overgeheveld naar de zorgverzekeringswet (Zvw) die gebruik maakt van diagnosebehandelingcombinatie (DBC)(Bijlage III). Damast gebruikt nu

ook DBC's. Deze DBC's en vergoedingen zijn onderhevig aan een continuerend proces van verandering en moeten om die reden telkens worden aangepast. Dit schept onduidelijkheid bij onder andere het afdelingshoofd ten opzichte van de vergoedingen voor verleende zorg en therapie die ingepland moet worden. Dit schept verwarring in het aanbod van zorg en therapie die zorgprofessionals geven en hierdoor de cliënt hier niet duidelijk in kunnen voorlichten.

Het kan zijn dat er een combinatie is van beide oorzaken, waaruit het probleem voortvloeit. Zo is bijvoorbeeld voorlichting geven aan de cliënt een deel van de zorg die de revalidatieverpleegkundige geeft (revalidatieverpleegkundige, 2004).

Er is gekeken naar belangrijke definities in de literatuur betreffende het probleem (zoals revalidatie, behandeling, zorg en therapie) die mogelijk verduidelijking kunnen bieden (bijlage VIII). Op Damast zijn hier namelijk geen helderdere definities over verwoord.

Ondernomen acties

Er is actie ondernomen door de afdelingshoofden in de vorm van de zorgadviseurs op de hoogte te brengen. Er is aan hen gevraagd om de behandeling nogmaals duidelijk uit te leggen in het eerste kennismakingsgesprek met de cliënt en familie voordat ze opgenomen worden op locatie Damast. Het resultaat hiervan is niet bekend.

Er is een opdracht vanuit de organisatie geschreven om een promotiefilm over behandelcentrum Damast te maken. De makers van deze film hebben ons benaderd via het afdelingshoofd van Spinnewiel om het draaiboek van de film qua inhoud te beoordelen en mogelijk advies te geven. Het doel van de film is om cliënt en familie een beeld te geven over behandelcentrum Damast. Mogelijk kunnen wij dit gebruiken in ons project.

Methodologie

In het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden dat er veel mensen betrokken zijn bij het probleem. Het kan zelfs zo ontplooiën dat de keuze voor Damast minder aantrekkelijk wordt. Om deze redenen is het belangrijk om het probleem aan te pakken. In deze paragraaf wordt er een kader gemaakt over wat er nu aangepakt wordt en op welke manier. Samen met de opdrachtgever en de projectbegeleider is een probleemstelling gevormd. Deze wordt aangepakt door middel van drie onderzoeksvragen, waarvan een literatuurstudie.

Keuze van aanpak

De opdrachtgever gaf aan dat het probleem waarschijnlijk lag bij de informatie die gegeven wordt over het revalideren op Damast door de zorgprofessionals. Samen met de opdrachtgever is daarom besproken dat de focus van het onderzoek gelegd wordt op de informatieverschaffing door de zorgprofessionals. Vanuit deze focus zijn de probleemstelling en onderzoeksvragen voortgekomen.

Probleemstelling

Op welke momenten en wijzen kunnen cliënten en naastbetrokkenen geïnformeerd worden over het revalideren op Damast, zodat verwachtingen die zij hebben over hun revalidatieproces beter aansluiten bij de werkelijkheid?

In de probleemstelling wordt er gesproken van revalidatieproces. Het revalidatieproces is een te groot en hierdoor tijdrovend begrip om in zijn geheel te onderzoeken. Het is wel goed om in het achterhoofd te houden wat er wordt bedoeld met het revalidatieproces volgens Damast. In de online folder van *Damast* (z.j.) worden de volgende aspecten beschreven: verpleging, therapeutische behandeling door fysio- en ergotherapeut, logopedie, diëtik, psychologie, dagbestedingsactiviteiten en voedingsassistente. In overleg met de opdrachtgever en aansluitend bij de omschreven aspecten van een revalidatieproces, is er voor gekozen om ons dus niet te richten op alle aspecten van het revalidatieproces die Damast hieronder verstaat, maar ons te beperken tot de zorg en therapie frequenties. Dit sluit ook aan bij het feit dat dit een verpleegkundige opdracht is.

Doelstelling

Over 18 weken is er een product geïmplementeerd, dat bijdraagt aan het informeren van cliënten en hun naastbetrokkenen over het revalideren binnen behandelcentrum Damast, zodat zij meer reële verwachtingen hebben met betrekking tot het revalidatieproces.

Deelvragen

Vanuit de hoofdvraag zijn drie deelvragen gemaakt. De eerste is een literatuurstudie, waarin de conclusies van deelvraag één, twee en de hoofdconclusie naar wordt verwezen en getoetst. Onderzoeksvraag twee zal door Pasquale Antonis worden uitgevoerd en onderzoeksvraag drie door Marc van Bakel. De literatuurstudie wordt door beide gemaakt.

Onderzoeksvraag 1

Wat staat er in de literatuur beschreven over hoe en welke verwachtingen over het revalidatieproces ontstaan bij geriatrische zorgvragers en hun naasten en hoe dit te beïnvloeden is?

Wetenschappelijke artikelen

Er is gezocht naar wetenschappelijke artikelen om verschillende onderdelen in het verslag te ondersteunen. De gevonden artikelen die nuttig zijn met betrekking tot de probleemstelling, onderzoeksvragen, literatuurvraag en implementatie zijn vermeld. De databank waarin gezocht is, de trefwoorden die gebruikt zijn en de gevonden artikelen zijn telkens vermeld.

Zoekstrategie:

Er is ook gezocht op de PICO manier.

P: geriatrische zorgvragers en hun naasten

I: hoe te beïnvloeden

C: -

O: ontstaan van verwachtingen

Databank: Cinahl

Trefwoorden: "Rehabilitation" and "expectation".

Artikelen:

→ *Comprehensibility of patient education in orthopaedic rehabilitation: a qualitative study on patients and providers.*

→ *Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review.*

Trefwoorden: "Rehabilitation" and "education" and "patient"

Artikelen: -

Trefwoorden: "Rehabilitation education geriatric"

Artikelen:

→ *Exploration of patients' needs for information on arrival at a geriatric and rehabilitation unit.*

→ *Educating caregivers of geriatric rehabilitation consumers.*

Trefwoorden: "geriatric" and "expectation" and "rehabilitation"

Artikelen:

→ *Nursing contribution to the rehabilitation of older patients - patient and family perspectives.*

→ *Incongruence between nurses' and patients' understandings and expectations of rehabilitation.*

Trefwoord: "frail elderly" and "rehabilitation"

Artikelen: -

Onderzoeksvraag 2

Hoe en waarover ontstaan volgens cliënten en hun naastbetrokkenen van behandelcentrum Damast verwachtingen met betrekking tot het revalidatieproces?

Het begrip familielid mag breed worden gezien in dit onderzoek. Het kan namelijk ook een partner, kennis of vriend betreffen van de cliënt. Het gaat erom dat diegene het meest nauw betrokken bij de cliënt is, vanaf de opname in het ziekenhuis tot en met de opname en het verblijf in Damast. Deze persoon wordt in dit onderzoek gelabeld als de naastbetrokkene (en zal worden aangeduid door de cliënt zelf).

Doel

Het doel van deze onderzoeksvraag is om erachter te komen waarover en op welke wijze verwachtingen worden gecreëerd en bijgesteld met betrekking tot het revalidatieproces bij de cliënt en hun betrokken naaste, volgens henzelf. Dit in het tijdsbestek van het voor het eerst horen dat de cliënt mag gaan revalideren tot en met opname in Damast. Wanneer hier informatie over bekend is, is het duidelijker waar het te beïnvloeden is. De subjectieve aard van deze verwachtingen moet worden onderzocht, welke topics halen zij zelf aan?

Kwalitatief onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om de perspectieven van cliënten en naastbetrokkenen te onderzoeken, dit om inzicht te krijgen in welke informatie zij wanneer krijgen vanuit verschillende bronnen, wat ze hiermee doen en hoe dit samenhangt met het ontstaan van verwachtingen. Daarnaast is inzicht gewenst in wat zij belangrijk vinden om te weten vóór en tijdens opname Damast.

Het is volgens Nieswiadomy (2009) passend om bij vraagstukken zoals deze een kwalitatief onderzoek uit te voeren, omdat het gericht is op het verwerven van inzicht en begrip van hoe een individu tegen gebeurtenissen aankijkt. Dit is precies wat deze deelvraag wil onderzoeken. Het is toepasselijk om daarvan een diepgaande beschrijving te geven, in de vorm van een diepte-interview. Het verkennende aspect van onderzoek komt in deze specifieke setting bij Damast, waar weinig bekend is over het creëren van verwachtingen met betrekking tot het revalidatieproces, ook aan bod (Nieswiadomy, 2009). Door dit bij meerdere cliënten en naastbetrokkenen te doen kunnen er verbanden gelegd worden, om zo gemeenschappelijke thema's te ontdekken die naar voren komen.

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek is uitgevoerd op afdeling Spinnewiel onder momenteel verblijvende cliënten en hun naastbetrokkenen. In verband met het moeilijker oproepen van informatie bij ouderen uit het korte termijngeheugen heeft het onderzoek zich gericht op cliënten die nog niet langer op Damast verblijven dan 14 dagen. De doelpopulatie is groter en bestaat uit alle cliënten die verblijven, in de toekomst worden opgenomen, en hun meest betrokken naasten.

In- en exclusie criteria

De eisen aan de onderzoekspopulatie is hieronder weergegeven. Deze zijn opgesteld in verband met het streven naar betrouwbare en duidelijke data van een individu.

De cliënt inclusie criteria:

- Verblijft momenteel op afdeling Spinnewiel, locatie Damast;
- Heeft een nauw betrokken eerste contactpersoon.

De cliënt exclusie criteria:

- Langer dan 14 dagen verblijven op afdeling Spinnewiel;
- Cliënt met één of meerdere vastgestelde psychische aandoeningen;
- NAH problematiek;
- Taal- of spreekproblematiek.

De naastbetrokkene inclusie criteria:

- Is het traject vanaf opname in het ziekenhuis tot en met opname in Damast nauw betrokken geweest bij de cliënt.

De naastbetrokkene exclusie criteria:

- Bij Damast bekende psychische problematiek.;
- Spreekt de Nederlandse taal niet.

Selectie

Het tijdsbestek van 18 weken voor de uitvoering van de gehele opdracht heeft ervoor gezorgd, dat er drie cliënten en telkens de meest betrokken naaste van die cliënten zijn geïnterviewd. Op deze manier zijn er uit zes interviews data verzameld.

Bij aanvang van het praktische deel van het onderzoek waren er geen cliënten die minder dan 14 dagen verbleven op de afdeling. Er is op dat moment bekeken wanneer er nieuwe opnames op afdeling Spinnewiel kwamen. Voor de voortgang van het onderzoek zijn de eerste twee cliënten, na controle op de in- en exclusie criteria, geselecteerd op de dag van opname.

De derde cliënt is aselekt geselecteerd uit een steekproefkader van drie eenheden (Nieswiadomy, 2009). De drie eenheden hebben een uniek getal toegewezen gekregen. (Nieswiadomy, 2009; Baarda et al., 2005). Er is gebruik gemaakt van een toevalsgenerator in Microsoft Excel 2010. Dit programma heeft de functie om aselekt getallen te genereren. Door "ASELECTTUSSEN(1,3)" te typen en uit te voeren in een lege cel, is er een gerandomiseerd getal gegenereerd.

Benaderingswijze geselecteerde cliënten en naastbetrokkenen

De cliënten zijn door middel van een 'informed consent' benaderd om deel te nemen aan het onderzoek (Bijlage IV). Dit 'informed consent' is bij opname Damast aan de cliënt en de naastbetrokkene gegeven (Nieswiadomy, 2009; Baarda, 2005; Baarda, 1996). Hierbij zat een deelnameformulier welke zij ondertekend hebben. Hierna zijn de cliënten persoonlijk door de onderzoeker benaderd zodat het doel van het onderzoek en het interview nog een kort werd uitgelegd. Tevens is er een tijdstip afgesproken voor het afnemen een interview. De naastbetrokkenen van de cliënten zijn persoonlijk gebeld door de onderzoeker om het aan hen nog een keer toe te lichten en een tijdstip af te spreken voor een interview.

Respondenten (geïnterviewde cliënten en naastbetrokkenen)

De context en de respondenten zijn gedetailleerd beschreven om de mogelijkheid tot overdragen naar andere settings te vergroten.

Context: De interviews met cliënten hebben allen plaatsgevonden op hen eigen kamer in Damast, waar zij comfortabel konden zitten of liggen. De interviews met de naastbetrokkenen hebben allen plaatsgevonden in een vergaderkamer op Damast waar niet gestoord wordt en zij comfortabel konden zitten. Alle interviews zijn doordeweeks afgenomen tussen 12:00 en 16:30 uur.

Respondenten (cliënt): Er zijn twee vrouwelijke cliënten en één mannelijke cliënt geïnterviewd. Zij variëren in leeftijd van 57 tot 87 jaar. Voor allen geldt dat de reden van opname, geriatrisch revalideren betreft.

Respondenten (naastbetrokkene): De drie naastbetrokkenen die geïnterviewd zijn, twee mannen en één vrouw, allen een kind van de cliënt, variëren in leeftijd tussen de 19 en 58 jaar.

Dataverzamelingstechniek

De cliënten en hun naastbetrokkenen zijn geïnterviewd aan de hand van semigestructureerde interviews, om zo hun standpunt te beschrijven en helder te krijgen (Cox, Louw, Verhoef & Kuiper, 2008). Vooraf zijn topics opgesteld, waarover informatie is verzameld (Bijlage V). Deze zijn opgesteld door inzichten die tijdens het oriënteren op het probleem is verzameld uit onder andere de literatuur. Op het einde is gevraagd welke informatie zij eventueel gemist hebben in hun situatie. Hierdoor is er gericht data verzamelend en deze zijn vergeleken met elkaar (Nieswiadomy, 2009; Baarda et al., 2005).

Werkwijze interview

De keuze is gemaakt om cliënt en naastbetrokkenen afzonderlijk te interviewen. Zij kunnen namelijk invloed op elkaar uitoefenen tijdens het interview. De intentie is om ieders perspectief duidelijk in beeld te krijgen en dat wordt bemoeilijkt wanneer het gelijktijdig wordt afgenomen bij twee respondenten.

In de combinatie cliënt en betrokken naaste, is in volgorde het eerst de cliënt geïnterviewd en daarna de betrokken naaste. Twee naastbetrokkenen zijn niet langer dan één paar dagen na de cliënt geïnterviewd. De laatste naastbetrokkene is wegens persoonlijke omstandigheden ongeveer anderhalve week later geïnterviewd.

Bij aanvang van het interview is gevraagd aan de respondenten of het interview mocht worden opgenomen in verband met de dataverwerking en analyse. Zij stemden allen in. De identiteit van de respondent is na het interview anoniem verwerkt.

Het interview is op een nette manier afgesloten, waarbij de interviewer onder andere heeft geïnformeerd of de respondent vragen had en er is verteld dat er in het locatiemagazine een stuk over de resultaten van het onderzoek wordt geschreven. Er is niet met beloningen gewerkt, omdat dit mogelijk voor vertekende data kon zorgen (Nieswiadomy, 2009; Baarda et al., 2005).

Randvoorwaarden en middelen

De interviewer was op de hoogte van de gang van zaken en procedures op afdeling Spinnewiel om te bepalen wat de handigste tijd was om het interview te houden (Nieswiadomy, 2009). Voor afdeling Spinnewiel geldt dat het interview plaats moest vinden wanneer er geen verzorging, therapie of andere bezoek gepland is voor de cliënt. In overleg met de cliënt is dit bepaald, hierbij zijn geen problemen ondervonden.

Het interview is opgenomen met een geluidsrecorder. In verband met de privacy zijn er geen video opnames gemaakt, hoewel dit voor analyse van lichamelijke gedragingen van respondent én interviewer beter zou zijn. Er is geen opmerkelijk gedrag vertoond, dus er is niets genoteerd en meegenomen in de analyse. Daarnaast vergt observatie van gedrag een grote mate van concentratie en aandacht en is in verband met de concentratie op het interview verder niet toegepast (Nieswiadomy, 2009). Tijdens het interview zijn er korte aantekeningen gemaakt door middel van steekwoorden, om zo een lijn in het verhaal te kunnen houden, tussendoor samen te vatten of later nog op bepaalde punten te kunnen terugkomen. Hiervoor is een kladblok en pen gebruikt (Baarda, de Goede & van der Meer-Middelburg, 1996).

Dataverwerking & data-analyse

De naastbetrokkene die geïnterviewd is, is gemarkeerd als de betrokken naaste van de cliënt die geïnterviewd is. Op deze manier kunnen verbanden gelegd worden tussen de antwoorden in het interview. Onthouden en vergeten ze dezelfde informatie die zij krijgen, of zit er verschil in?

De opgenomen audiofragmenten zijn volledig uitgetypt. In verband met het tijdsbestek voor de uitvoering van het onderzoek is er achteraf geen samenvatting aan de respondenten gegeven om het te controleren op waarheid. Er is tijdens het interview samengevat en gevraagd aan de respondent of

wat de onderzoeker gehoord heeft ook klopte. De respondent heeft zo nodig nog de informatie aangevuld.

De verkregen data zijn geanalyseerd door gebruik te maken van het 6-fasenmodel van Braun en Clarke (2006). Eerst zijn de uitgeschreven data verkend, waarbij ideeën en zaken die opvallen genoteerd zijn. Tussendoor zijn de eerste codes gemaakt, waarbij belangrijke stukken tekst zijn gemarkeerd. Daarna zijn de codes geclusterd door alle relevante data voor een potentieel thema bij een te brengen. Dit is gedaan door alle codes van 1) naastbetrokkenen, 2) cliënten, 3) de koppels bij elkaar te zetten en te analyseren. Nadien zijn de thema's herzien om te bekijken of het relevant is met betrekking tot de onderzoeksvraag. Als laatste zijn citaten geselecteerd die het meest passend zijn voor het thema, zijn er relaties tussen de thema's, onderzoeksvraag en literatuur gelegd en zijn de resultaten gerapporteerd.

Waarborging kwaliteit

De interviews zijn afgenomen door één onderzoeker. Alle interviews zijn opgenomen en letterlijk uitgetypt ten behoeve van transparantie in de verkregen data. Om de verplaatsbaarheid van het onderzoek te vergroten is de context gedetailleerd beschreven - thick description - bij elke afname van het interview (Cox et al., 2008). De plaats, ruimte en tijdstip zijn genoteerd. De codes, clusters en thema's uit de uitgetypte interviews in de analyse fase, zijn door de onderzoeker van deelvraag twee bekeken en voorzien van feedback om researcher/investigator triangulation te bereiken (Cox et al., 2008). Een soort van member-check is uitgevoerd door tijdens het interview samen te vatten wat de interviewer denkt gehoord te hebben van wat de respondent gezegd heeft en dit te controleren. Hierdoor is de data geverifieerd en de interne validiteit vergroot. (Cox et al., 2008).

Onderzoeksvraag 3

Hoe en welke informatie geven zorgprofessionals aan cliënten die (gaan) verblijven in behandelcentrum Damast, en hun naastbetrokkenen en hoe denken zij te kunnen bijdragen aan het creëren van verwachtingen die aansluiten bij het revalidatieproces?

Doel

Inzicht krijgen in de manier waarop cliënten en hun naastbetrokkenen informatie over behandelcentrum Damast krijgen aangeboden en wat de gedachtegang is van de zorgprofessionals over hun invloed en bijdrage op het creëren van de verwachtingen. Daarnaast of zij ideeën hebben/mogelijkheden zien wat zij in de voorlichting/informatieverschaffing zouden kunnen doen om de verwachtingen van cliënten en hun familie meer aan te sluiten bij het revalidatieproces.

Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek gaat uit van vier vraagstukken, die elk de aard van een fenomeen onderzoeken en dus kwalitatief zijn (Cox et al., 2008). Op welke manier geven de zorgprofessionals informatie? Welke informatie wordt gegeven? Wat denken zij over hun invloed en bijdragen van het creëren van verwachtingen bij de cliënt en naastbetrokkene? Welke ideeën hebben zij omtrent de verbetering van de voorlichting/informatieverschaffing? Door middel van een diepgaande beschrijving van de zorgprofessionals te geven, zijn er antwoorden gezocht op deze vragen. Dit valt onder kwalitatief onderzoek (Nieswiadomy, 2009). Met behulp van semigestructureerde interviews wordt getracht relaties te exploreren tussen de verschillende betrokken disciplines.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie wordt gevormd door de zorgprofessionals die invloed uitoefenen op het creëren van een verwachting bij de cliënten die (gaan) verblijven op behandelingscentrum Damast, en hun naastbetrokkenen. Vanuit het gesprek met de opdrachtgever (C. van Loon, persoonlijke communicatie 06-03-2013) is naar voren gekomen dat de cliënten en hun naastbetrokkene eerst binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis en daarna op Damast worden voorzien van informatie en voorlichting. De populatie is lastig in kaart te brengen, omdat iedere vorm van informatie geven kan leiden tot een verwachting, dus iedereen kan in principe hierop invloed uitoefenen. Met de opdrachtgever zijn de zorgprofessionals naar voren gekomen die dit daadwerkelijk als taak hebben. Binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis zijn dat de zorgadviseur en de transferverpleegkundige. Vanuit Damast zijn hiervoor vijf zorgcoördinatoren en twee artsen verantwoordelijk. De onderzoekspopulatie betreft dus negen personen (eenheden). Tijdens de interviews werd gevraagd welke personen nog meer een rol spelen in het creëren van een verwachting over Damast bij de cliënten en hun naastbetrokkenen. Deze informatie is meegenomen in de analyse.

Steekproef

De onderzoekspopulatie bestaat uit negen personen die werkzaam zijn in vier verschillende disciplines. De vier disciplines hebben ieder een eigen doel bij het geven van informatie en voorlichting. Om deze reden is de onderzoekspopulatie verdeeld in vier groepen, bestaande uit de transferverpleegkundige, de zorgadviseur, de zorgcoördinatoren en de artsen. Deze groep was te groot om in zijn geheel te onderzoeken (met het oog op interviews). Hierdoor is er een steekproef ingezet. Door middel van een gestratificeerde steekproef is er op ieder van de vier groepen (strata), een aselechte steekproef toegepast (Nieswiadomy, 2009), zodat iedere eenheid een gelijke kans heeft op deelname in het onderzoek. Er is minimaal 50% van iedere strata gekozen, zodat de grootste groep van iedere discipline is ondervangen en daarmee representatief zijn voor die groep. De strata van de transferverpleegkundige en de zorgadviseur betreft ieder één persoon. Hier is dus geen steekproef voor toegepast en participeren sowieso in het onderzoek. De strata van de zorgcoördinatoren bestaat uit vijf personen en hieruit zijn drie personen aselekt getrokken. In de strata van de artsen zijn er twee eenheden, waarvan er één is getrokken. In totaal zijn er zes eenheden onderzocht. De manier waarop de aselechte steekproeven zijn uitgevoerd is door het programma Excel te gebruiken. Een computer heeft de steekproef uitgevoerd, zodat er op een nauwkeurige manier de

participanten zijn getrokken (Nieswiadomy, 2009). Iedere eenheid heeft een nummer gekregen en Excel genereert door middel van =ASELECT(getal)*, een 'random' getal. Dit getal vertegenwoordigt de participant.

Benaderingswijze

Op de afdeling van Spinnewiel hangt een uitleg over het onderzoek in de vorm van een flyer. De participanten zijn via een e-mail (Bijlage VI) uitgenodigd voor deelnamen aan het onderzoek. Om de bescherming van de rechten van de onderzoeksparticipanten te waarborgen is er een informed consent gemaakt in de e-mail verwerkt (Baarda, 2005). Hierin wordt duidelijk gemaakt wat het doel is van het onderzoek en waarom de participanten zijn uitgenodigd. Daarnaast wordt er de garantie gegeven dat er vertrouwelijk met de gegevens wordt omgegaan en hoe de onderzoeksresultaten inzichtelijk zijn. (Nieswiadomy, 2009). Er is naast e-mail ook telefonisch contact geweest om afspraken te maken over wanneer de interviews werden gehouden.

Verder is er tijdens de interviewprocedure de badge van het behandelcentrum Damast, niet gedragen, omdat dit invloed kan hebben op de gegevens die verzameld worden. Hier kan een indruk worden gewekt dat de onderzoeker een verpleegkundige is van Damast en niet een student van Fontys, zodat er gezocht wordt naar 'instelling correcte' antwoorden. Dit valt onder het Rosenthal-effect (Nieswiadomy, 2009).

Dataverzamelingsstechniek

De data is verzameld aan de hand van interviews. Het gaat in dit onderzoek om het verhaal van de zorgprofessional. Het voordeel van interviews afnemen is dat er kan worden ingegaan op de antwoorden van de zorgprofessional, wat rijke informatie geeft. Nadelig is dat het wel tijdrovend is. Het voordeel van een vragenlijst is dat het minder tijdrovend is, zodat er een grotere populatie sneller kan worden benaderd. Nadeel hierbij is dat er niet kan worden doorgevraagd (Cox et al., 2008; Nieswiadomy, 2009) en zo misschien bepaalde ervaringen niet worden beschreven. Om te ontdekken hoe de informatie door de zorgprofessional wordt gegeven zou een observatie de voorkeur krijgen in tegenstelling tot een interview of vragenlijst. Bij een observatie wordt gekeken hoe de professional in de werkelijkheid functioneert, wat bij een interview of vragenlijst niet gezien kan worden, maar dat de professional op zijn woord geloofd moet worden. De professional zou een verhaal 'volgens het boekje' kunnen geven (Nieswiadomy, 2009). Er is niet gekozen voor observaties aangezien dit erg tijdrovend is en dit binnen de gestelde achttien weken niet haalbaar is. Er is gekozen voor de methode van interviews om zo rijke gegevens te kunnen verzamelen over iedere eenheid. Er zijn zes interviews gehouden, lettende op de achttien weken.

De volgende keuze was het overwegen van wat voor soort interview er wordt toegepast. Kijkend naar de onderzoeksvraag was een gestructureerd interview uitgesloten, omdat er dan niet doorgevraagd kan worden, de vragen liggen vast (Nieswiadomy, 2009; Baarda et al., 2005). Dit is nodig om de ervaringen van de zorgprofessional te 'vangen' in de data. Bij een open interview stuurt de geïnterviewde meer het gesprek en zo kunnen er onderwerpen niet aan bod komen (Baarda et al., 2005). Een tussenvorm is in dit onderzoek het meest geschikt, in de vorm van een semigestructureerd interview. Aan de hand van een topiclijst (Bijlage VII) is er structuur gebracht in de interviews. Met een topiclijst zijn de onderwerpen aan bod gekomen die vooraf zijn vastgesteld (Migchelbrink, 2006). Hiernaast is er ruimte gegeven voor de ideeën van de zorgprofessional.

Volgens Cox et al. (2008) zijn er algemene eisen waar een interview aan moet voldoen. Een duidelijk verband tussen de onderzoeksvraag, de geïnterviewde en de topic's, de traceerbaarheid van de interviews en de toestemming om de interviews te gebruiken en ernaar te verwijzen. De topic's zijn gemaakt aan de hand van een vooronderzoek en de literatuurvraag. In de informed consent is beschreven hoe het interview te traceren is. Daarnaast wordt erin gevraagd of de interviews gebruikt mogen worden voor onderzoek en hiernaar te verwijzen. Dit is nog eens expliciet in het interview zelf gevraagd, zodat de keuze van de professional duidelijk is.

In het interview is er, naast de topic lijst, aanvullende data verzameld in de vorm van gestructureerde

vragen met als doel de participant zo goed mogelijk te omschrijven (Bijlage VII) om verder mee te kunnen nemen in de analyse. De transferverpleegkundige en de zorgadviseur oefenden al wat jaren hun vak uit. In de groep van zorgcoördinatoren varieert de ervaring van driekwart jaar tot tien jaar. Hierbij werd aangegeven dat er relatief weinig ervaring met revalidatiezorg op de afdeling was. De arts is een ouderengeneeskundige met daarbuiten een bestuursfunctie in het St. Elisabeth Ziekenhuis. De interviews zijn gehouden op de plekken en tijdstippen die hen het beste uitkwamen. Van 25 april 2013 tot 23 mei 2013 hebben de interviews plaatsgevonden.

Tijdens het maken van de afspraken is zoveel mogelijk rekening gehouden met de werksituatie van de zorgprofessional om zo niet de professional op te jagen in zijn antwoorden. Bijvoorbeeld doordat er geen tijd was voor afnemen van het interview. Er heeft zich een dergelijke situatie voorgedaan in de groep van de zorgcoördinatoren. Twee konden er niet apart worden geïnterviewd in verband met het werk op de afdeling en zijn daarom samen geïnterviewd. In de analyse van het interview zijn de zorgcoördinatoren elk apart gehouden, zodat deze apart geanalyseerd konden worden. Dit kan mogelijk een vertekening geven in de analyse, doordat de twee professionals naast elkaar zaten en hierdoor elkaars antwoorden konden beïnvloeden.

Dataverwerking en data-analyse

De interviews zijn opgenomen door middel van een geluidsrecorder dat geleend is van Fontys Hogeschool Tilburg. De interviews zijn geheel uitgetypt op de computer. De data is thematisch geanalyseerd door het te coderen en te groeperen in thema's (Nieswiadomy, 2009). Dit is gedaan aan de hand van het 6-fasen model van Braun en Clarke (2006). Fase één gaat over het verkennen van de data. Aan de hand van het uitgetypte interview is er kritisch naar gekeken wat opvalt. Dit werd onderstreept in de tekst. In de volgende fase is datgene wat onderstreept is gecodeerd door codewoorden aan tekstdelen te koppelen. Gelijkwaardige codes zijn geclusterd. Deze zijn eerst inductief geclusterd, waarna ze deductief vanuit de topic's herzien zijn, waardoor er nieuwe clusters zijn ontstaan. In fase drie zijn vanuit de clusters thema's gemaakt door te kijken welke woorden representatief waren voor desbetreffende cluster en of het antwoord kon geven op de onderzoeksvraag. In de vierde fase zijn de thema's ter toetsing opnieuw in relatie met de ruwe data gebracht, kijkende of de overstijgende thema's de data dekten. Fase vijf gaat over het specificeren van de betekenis van elke thema en het overkoepelende verhaal. De essentie van elke thema is beschreven en er zijn subthema's gemaakt. De thema's van de verschillende disciplines zijn met elkaar vergeleken, met mede de codes en ruwe data om zo niet af te dwalen van de data. In de laatste fase is er gerapporteerd aan de hand van de relaties tussen de thema's, de onderzoeksvraag en de literatuur, een beknopte rapportage van de resultaten.

Na het eerste interview werd de data direct geanalyseerd. Hierdoor kon er kritisch naar de antwoorden van de zorgprofessionals worden gekeken in relatie tot de onderzoeksvraag. Om zo mogelijk door te vragen in een volgend interview om rijkere data te verkrijgen ook wel voortdurende data analyse.

Waarborgen van kwaliteit

De context van het onderzoek is zo goed mogelijk beschreven, om het onderzoek verplaatsbaar te maken. In Cox et al. (2008) wordt dit 'thick description' genoemd (Cox et al., 2008). Zo zijn de datum, tijd, plaats en ruimte van afnamen genoteerd en de onderzoeksresultaten zo gedetailleerd mogelijk beschreven.

De interviews zijn geheel uitgeschreven, om zo de data zo inzichtelijk mogelijk te maken en de resultaten geloofwaardig aan de data zijn (Cox et al., 2008). Een ander voordeel van het opnemen in plaats van direct meeschrijven van interviews is dat de onderzoeker zich beter kan bezig houden met de geïnterviewde dan met het noteren van de gegevens (Nieswiadomy, 2009), wat kan leiden tot een verminderde output, dus data, omdat de participant een vreemd gevoel kan krijgen, zoals niet gehoord te worden.

Tijdens het interview wordt er tussentijds samengevat, geparafraseerd, om zo bij de geïnterviewde te checken of de informatie goed is overgekomen, een membercheck. Veder zijn de resultaten aan de

participanten gestuurd om hier verder een membercheck op te geven. Dit om zo de verifieerbaarheid te vergroten (Cox et al., 2008). Een andere onderzoeker heeft mede geanalyseerd om researcher triangulatie te verkrijgen (Cox et al., 2008). Het onderzoeksproces, de analyse en de keuzes die gemaakt zijn, zijn zo duidelijk mogelijk beschreven om de transparantie te vergroten. Dit is nodig om het voor andere onderzoekers duidelijk te krijgen waar het over gaat, zodat zij het kritisch kunnen bestuderen en beoordelen in de vorm van een peer review (Cox et al., 2008).

In het onderzoek moet er zoveel mogelijk bias (vertekening), worden vermeden. Door soorten bias in kaart te brengen kan er tijdens het onderzoek hierop bedachtzaam zijn. Een bekende soort bias is de confirmation bias. Een onderzoeker zoekt dan naar bewijs dat zijn veronderstelling klopt, in plaats van het objectief bekijken van de situatie (Cox et al., 2008). In dit onderzoek wordt de ervaring van de participant uiteengezet, om die data te vergelijken met bestaande theorie. Er wordt dus niet uitgegaan van een veronderstelling. In een steekproef kan er een steekproeffout of een vertekende steekproef zijn samengesteld. Bij een steekproeffout is er sprake van een steekproef die niet representatief is voor de populatie. (Nieswiadomy, 2009). In dit onderzoek is hier rekening mee gehouden in de vorm van de Excel toepassing. Tijdens het interviewen kan er een vertekening in data komen, doordat de vragen niet in de juiste zijn gesteld (Nieswiadomy, 2009). Met andere woorden, de topic's die emoties kunnen opwekken worden vooraan in het interview aangehaald, wat invloed kan hebben op de antwoorden in het vervolg van het interview.

Resultaten

Onderzoeksvraag 1

Wat staat er in de literatuur beschreven over hoe en welke verwachtingen over het revalidatieproces ontstaan bij geriatrische zorgvragers en hun naasten en hoe dit te beïnvloeden is?

In de probleemomschrijving is gesproken over het ontstaan van een verwachting bij individuen. Het is aannemelijk dat verwachtingen bij een geriatrische zorgvrager en hun naasten op een zelfde manier ontstaan, maar dat er wel factoren meespelen die een negatieve invloed kunnen hebben op het juist verwerken van informatie/prikkels die zij krijgen.

Om informatie juist op te slaan, te leren, speelt er zich in de hersenen een traject af van informatie verwerking. Het traject van leren is dan: sensorische geheugen (bewuste aandacht) → werkgeheugen → kortetermijngeheugen → langetermijngeheugen (Wiekens, 2012).

Het ligt onder andere aan de aandacht, concentratie en verwerkingscapaciteit die iemand heeft of deze prikkel verwerkt wordt en uiteindelijk invloed heeft op het schema en uiteindelijk de verwachting. Daarnaast de waarde die iemand aan de bron van een prikkel geeft. Bij het ouder worden wordt de zenuw die de informatie naar het kortetermijngeheugen transporteert verzwakt. Hierdoor wordt minder informatie langzamer verwerkt. Bij de oudere doelgroep is het belangrijk dat wanneer informatie verstrekt wordt dit onder andere gebeurt in een rustige ruimte met weinig andere prikkels en dat er in beperkte mate informatie wordt gegeven (Hazelhof & Verdonschot, 2000). Het kortetermijngeheugen kan maar een beperkte hoeveelheid aan informatie vasthouden. Bij ouderen treden er problemen op als dat ongeveer zeven items zijn. Wanneer iemand wordt afgeleid kan het zijn dat deze informatie niet wordt opgeslagen in het langetermijngeheugen. Een efficiënte opslag vereist enige organisatie van de informatie die moet worden opgeslagen. Geheugenstrategieën blijken ouderen minder goed te gebruiken, waardoor het aanleren en terugroepen van nieuwe informatie moeilijker is (Eulderink, Heeren, Knook & Ligthart, 2004). Dit kan ook invloed hebben op wat respondenten vertellen tijdens de interviews, wat zij onthouden wanneer informatie wordt gegeven door zorgprofessionals en hoe de verwachting uiteindelijk zal zijn.

Zorgprofessionals moeten rekening houden met het feit dat wanneer er veel aandacht besteedt wordt aan informatie uit het werkgeheugen, de kans groot is dat het vervolgens een plaats krijgt in het langetermijngeheugen. Dit kan als er over de informatie nagedacht wordt en het bijvoorbeeld gerelateerd wordt aan de kennis die er al is. Volgens Brysbaert (2006) wordt informatie het beste opgeslagen als het op meerdere manieren wordt gecodeerd. Zo kan informatie worden gelezen en er een beeld over gevormd worden. Een andere optie is de informatie net zo lang herhalen totdat het blijft 'hangen' (een plek krijgt in het langetermijngeheugen). Dit kan als leren gezien worden: *'het verplaatsen van informatie van het werkgeheugen naar het korte- en langetermijngeheugen'*.

De gegeven informatie kan overeenstemmen met wat er werkelijk gebeurt, maar als er geen extra aandacht wordt besteed aan de beperkingen van ouderen wat betreft informatieverwerking, kan het zijn dat de informatie niet of anders wordt verwerkt waardoor de verwachting als nog niet overeenstemt met de werkelijkheid.

Welke verwachtingen geriatrische zorgvragers en hun naasten specifiek hebben over het revalidatieproces voordat zij het revalidatietraject ingaan is moeilijk in literatuur te vinden, gezien elk individu een andere achtergrond qua kennis en informatie heeft. Uit de studie van McKain et al. (2004) blijkt dat geriatrische zorgvragers revalidatie, over het algemeen, zien als 'iets goeds' en 'een uitweg'. In de bevindingen van Pryor en O'Connell (2007) blijkt dat verpleegkundigen en cliënten een andere visie hebben op revalidatie. Cliënten verwachten dat revalidatie plaatsvindt op intermitterende momenten met alleen bepaalde mensen (therapeuten) en niet als een continuërend proces, waaronder ook revalidatie bij het bed. Een factor die benoemd wordt voor dit probleem is een slechte voorbereiding of foutieve informatie voordat zij worden opgenomen in een revalidatie instelling. Pryor en O'Connell (2007) bevelen aan dat cliënten voor de revalidatieopname uitgelegd moeten krijgen wat

de bedoeling en basis is van revalidatie, en vooral wat de rol van de verpleegkundige en cliënt in de revalidatie is.

De geriatrische revalidatiezorg is sinds 1 januari 2013 overgeheveld naar de ZVW wet, waardoor de doelstelling van de zorg verschuift is. Er wordt gestreefd naar terugkeer in de oude woonsituatie. Er is sprake van herstelgerichte zorg, waarbij in het kader van een '24 uurs therapeutisch klimaat' de bijdrage van de verpleegkundige en verzorgende, in de behandeling van de cliënt, belangrijk is. In een therapeutisch klimaat wordt de cliënt, naast de therapietijden, gestimuleerd om zelf te oefenen wat nodig is om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren. De inzet van de cliënt is hierbij ook erg belangrijk (Dosaris, 2013; "24 uurs therapeutisch klimaat", 2012; Regionale Stichting de Zorgcentra de Kempen, 2012). Het is voor zorgprofessionals belangrijk om cliënten en hun naaste te informeren over wat dit 'klimaat' inhoudt, zodat zij beter weten wat hen te wachten staat.

Er kan geconcludeerd worden dat het aannemelijk is dat verwachtingen bij geriatrische zorgvragers en hun naasten op een zelfde manier ontstaan zoals bij niet geriatrische zorgvragers, waarbij door de zorgprofessionals die informatie geven wel rekening dienen te houden met de beperkingen van de zorgvrager in verband met het ouder worden. Een goede manier om hierop aan te passen, is om informatie meerdere malen te herhalen en informatie op meerdere manieren aan te bieden, zoals tekstueel en via bijvoorbeeld videobeelden. Geriatrische zorgvragers verwachten volgens de literatuur (Pryor en O'Connell, 2007) dat revalidatie plaatsvindt op alleen bepaalde momenten met therapeuten en niet als een continuerend proces. De nadruk wordt hierin dus gelegd op wat therapeuten aanbieden. Dit stemt niet overeen met het 'therapeutisch klimaat', die men nu belangrijk acht in de geriatrische revalidatiezorg. De rol van de verpleegkundige en verzorgende is hierin ook erg belangrijk. Verder wordt er bevonden dat revalidatie voor zorgvragers iets algemeen inhoudt, zoals dat het iets goeds is en een uitweg. Het is voor zorgprofessionals belangrijk dat er op verschillende manieren informatie wordt aangeboden, waarbij de nadruk, anno 2013, ook gelegd mag worden op de belangrijke rol van de verpleegkundige en verzorgende in de geriatrische revalidatie.

Onderzoeksvraag 2

Hoe en waarover ontstaan volgens cliënten en hun naastbetrokkenen van behandelcentrum Damast verwachtingen met betrekking tot hun revalidatieproces?

Voor de beantwoording van de deelvraag zijn er uit de geclusterde codes vier thema's gecreëerd. Achtereenvolgend komen de belangrijkste punten uit het traject voor opname Damast naar voren, wordt de meest voorkomende verwachting met betrekking tot het revalidatieproces, het doel van revalideren en de informatie die cliënten en naastbetrokkenen hebben uit verschillende bronnen, besproken. In de conclusie worden verbanden gelegd tussen literatuur en de resultaten.

Zorgprofessionals geven algemene informatie/ Zorgprofessionals zijn niet concreet over revalidatieproces tot en met opname in Damast

In het ziekenhuis wordt er voor de eerste keer gesproken over de mogelijkheid tot revalideren van de cliënt. Wie dat in het ziekenhuis aan de cliënt en naastbetrokkenen vertelt, blijkt verschillend te zijn uit de verkregen data. Cliënten geven alle drie een andere bron aan, namelijk de transferverpleegkundige, een man van de Wever en een arts in het ziekenhuis. Daarnaast geven twee cliënten aan dat het mogelijk is dat familie dit voor het eerst aan hen heeft verteld. Twee naastbetrokkenen geven ook de transferverpleegkundige aan en één maal wordt 'een coördinator van het ziekenhuis' genoemd. Op dat moment is het voor cliënten en naastbetrokkenen nog niet duidelijk in welke revalidatie instelling de cliënt wordt opgenomen en wanneer dit precies zal zijn. Een aantal respondenten geven aan dat Damast al wel genoemd wordt als optie.

"Dat hoorde wij in het ziekenhuis toen. Er kwam een...hoe noemen ze dat nou...een transferverpleegkundige, want ze zou waarschijnlijk naar een revalidatiecentrum gaan werd er gezegd. Dat wordt Damast of de Hazelaar. Ik had nog nooit van Damast gehoord, maar toevallig keken we hier op vanuit haar kamer (in het Elisabeth ziekenhuis)".

Variërend van een week tot een aantal dagen voor opname in Damast is er een intakegesprek met een man/vrouw van de Wever (zorgadviseur). In dit gesprek wordt er volgens cliënten en naastbetrokkenen om achtergrondinformatie gevraagd, het tijdsbestek tot opname Damast besproken en wordt er voornamelijk algemene informatie gegeven over Damast, zoals het gebouw, de cliënten capaciteit en financiële vergoedingen. Er worden bepaalde brochures/boekjes achtergelaten bij de cliënt waardoor kan worden nagelezen. Dit gesprek wordt als positief ervaren. De opname in Damast wordt door de meeste respondenten als onverwachts snel ervaren gezien dit binnen een aantal dagen na het gesprek met de zorgadviseur plaatsvindt.

"De eerste keer, toen hadden we een goede inlichting gehad hoor. Toen is er iemand hier geweest en een heel rustig gesprek gehad, alles uitgelegd hoe het allemaal hier draaide, van de Wever is het hè. En er zijn allemaal brochures van en die zijn achtergelaten. Die kon je nog lezen dan".

Bij aankomst in Damast volgt er een verpleegkundig intakegesprek. Volgens cliënten en naastbetrokkenen worden hier voornamelijk de tijden en regels van Damast en afdeling Spinnewiel besproken, maar verder niets bijzonders wat zij nog niet hebben gehoord/ kunnen herinneren. Op papier wordt dit ook gegeven, zodat teruglezen mogelijk is. Hoe de verpleegkundigen op de afdeling werken met betrekking tot het revalideren, wordt voor zover door respondenten herinnerd kan worden, niets verteld.

"Er werden ook gegevens gevraagd, de uitleg van hier dan...je krijgt papieren, je weet wel, waar alles instond, of je telefoon, tv wilt, die dingen."

“Over revalideren heb ik niets gehoord.”

Informatie lijkt voldoende (subthema)

Cliënten en naastbetrokkenen geven aan dat er in eerste instantie eigenlijk geen informatie gemist wordt in het gehele traject en dat wat je krijgt van de professionals voldoende lijkt. Hierover zijn de respondenten dan ook tevreden. Wanneer gevraagd wordt of zij met de ervaringen die zij nu hebben informatie gemist hebben of graag gehad zouden hebben, wordt er door de respondenten wisselend geantwoord. Wat opvalt, is dat de respondenten van het eerste koppel beide wel graag meer inhoudelijke informatie over de therapiefrequenties zouden hebben gehad vooraf en de respondenten van het tweede koppel die behoefte niet hebben. De cliënt en de naastbetrokkene van het derde koppel hebben beide een andere behoefte.

“Nou, geen informatie, maar ze zeggen dat ze mij een parkeerkaart hebben meegegeven, maar die heb ik nog helemaal niet gezien. Maar verder niet.”

Hogere therapiefrequentie verwacht

Het is gedurende het revalidatietraject voor cliënten en hun naastbetrokkenen niet duidelijk hoe de therapiefrequenties worden vastgesteld. Vóór opname in Damast wordt er gegist hoe vaak de cliënt therapie zal krijgen. De frequentie van therapieën wordt als laag en relatief weinig voor een revalidatie instelling bestempeld. Dit houdt in dat cliënten doordeweeks ongeveer één keer per dag, een half uur therapie krijgen van bijvoorbeeld een fysio- of ergotherapeut. Dit valt over het algemeen tegen, omdat zij een hogere therapiefrequentie verwachtte bij een revalidatie instelling. De tijd buiten de therapieën wordt ervaren als veel zitten en verloren tijd. Respondenten geven aan dat zij in de gekregen informatie door professionals niets hebben gemist. Als eenmaal ervaren wordt hoeveel frequenties de cliënt krijgt, hebben de respondenten wisselende antwoorden wanneer wordt gevraagd of die informatie vooraf gemist is. Twee cliënten en één naastbetrokkene zouden hier graag wel informatie over willen hebben vooraf, één naastbetrokkene wil niet te veel informatie en vertrouwd samen met de cliënt (koppel twee) in de beslissingen van de zorgprofessionals.

“Ik vind het relatief weinig revalidatietherapie, een half uur per dag. Dat denk ik ja....het is natuurlijk een vrouw van 87, die kun je niet drie uur aan de bak zetten natuurlijk. Dan denk ik nou ja, een half uur per dag voor een revalidatiekliniek/instelling. Ze krijgt dan vier uur per week therapie en voor de rest zit ze maar te zitten.”

“Ik verwachtte dat ik die iedere dag zou krijgen, maar dat blijkt niet zo te zijn en dat valt me wel tegen.”

“Nou, dat is iedere dag nu. Toen had ik het eh...de eerste keer om de zoveel dagen, maar nu heb ik het iedere dag. Maar ja dat stelt niet...of ja, dat stelt niets voor...toen was ik al aan de apparaten, dat ging allemaal al, een half uurtje, maar de rest van de dag zit je maar..te niksen. Dat is niets voor mij. Nee oh nee, ik ben altijd actief geweest met alles en dan zitten die mensen maar te zitten, zitten. Nou, ik vind het verschrikkelijk hoor om alleen maar te zitten. Vind het zo'n verloren tijd.”

Verwachting over alleen het einddoel van de revalidatie

Wat respondenten voor opname Damast concreet van het revalidatieproces moeten verwachten vinden zij moeilijk. Er wordt onder andere aangegeven, dat dit komt doordat zij niet wisten wat er gaat gebeuren. Cliënten en naastbetrokkenen hadden nog nooit van Damast gehoord en door de zorgprofessionals is er niet specifiek over het revalidatieproces gesproken. Zij hebben er zelf geen informatie over opgezocht.

“je hebt natuurlijk altijd de eerste keer van...wat moet je verwachten? De informatie die je krijgt doe je het mee, omdat je ook niet weet wat je kunt verwachten en hoe dat het zal lopen.”

Het revalideren zien cliënten en hun naastbetrokkenen over het algemeen als in de gezondheidsstaat komen zodat zij weer zelfstandig kunnen functioneren. De respondenten hebben allen hiervoor een eigen verwoording. De cliënten zien de revalidatie als *“het weer aan de gang komen”, “om er weer bij te horen”* en *“zoverre komen zoals ik was”*. Naastbetrokkenen zien het als *“het wordt aanpoten”, “dat ze weer zelf uit de voeten kan”* en *“het opnieuw aanleren van dingen die je eerder al kon, maar die je door iets niet meer kan”*.

Er is wel algemene eerste gedachte over het revalideren die naastbetrokkenen hebben. Zo wordt *“zo snel mogelijk naar huis komen”* en *“moeder kan aan de bak, zo weer op de benen”* benoemd. Eenmaal op Damast houdt het revalideren voor een aantal cliënten voornamelijk therapieën door paramedici in en bij doorvragen worden stukjes lopen met de verpleging ook gezien als revalideren. Eén naastbetrokkene geeft aan dat ze het stimuleren van de zelfzorg door de verpleegkundige ook ziet als onderdeel van de revalidatie, de andere twee naastbetrokkenen hebben hier geen ervaring mee. Naast- betrokkenen vertellen te weten dat hun vader of moeder therapieën (gaat) krijgen door paramedici, verder geven zij uit zichzelf niets aan wat voor hen onder revalidatie valt. Alle cliënten en naastbetrokkenen geven in het begin van het interview bij hun persoonlijke revalidatiedoel aan, dat zij op Damast zijn om voornamelijk weer te leren lopen. Het einddoel hebben zij wel voor ogen.

“Ik weet goed dat ik dus niet eruit zal komen, zoals ik voor de operatie was. Dat moet ik aanvaarden. Maar gewoon, lopen!”

Respondenten hebben verschillende informatiebronnen

Voor opname in Damast is er een algemeen beeld ontstaan over het gebouw Damast. Hierover zijn ook andere bronnen geraadpleegd. Respondenten hebben nog andere, verschillende bronnen waaruit zij informatie hebben opgedaan en hun verwachtingen op baseren. Zo wordt de website *“www.kiesbeter.nl”* genoemd, eerdere opnames bij Damast en Revalidatiecentrum Leijpark, ervaring met bekende die heeft gerevalideerd na een CVA (cerebro vasculair accident), zelf werkzaam geweest als verpleegkundige in de geestelijke gehandicaptenzorg en zelf werkzaam in het Twee Steden ziekenhuis als coördinator prenatale diagnostiek en screening. Er wordt ook verteld dat verwachtingen en gedachtes over het revalideren gebaseerd worden op eigen kennis en logischerwijs uit de situatie die zich voordoet. Wanneer cliënten en naastbetrokkenen iets niet weten, geven zij aan altijd vragen te kunnen stellen aan het personeel op Damast, dit wordt als erg positief ervaren. In de loop van de tijd wordt er (door voornamelijk de naastbetrokkenen) zelf informatie opgedaan door ervaringen op Damast.

“Het is zoiets van, als ik informatie nodig heb, zoek ik die wel en dan ga ik die wel vragen.”

Conclusie onderzoeksvraag 2

In het traject voor opname Damast lijken de respondenten verschillende ervaringen met zorgprofessionals te hebben. Cliënten en naast betrokkenen vertellen niet allen hetzelfde verhaal wat erop kan duiden dat zij andere informatie en personen onthouden of aan bepaalde informatie prioriteit geven. Dit kan te maken hebben met de beperkingen van het ouder worden (Hazelhof en Verdonschot, 2000). Dit kan verklaren waarom vooral cliënten andere informatie hebben gegeven tijdens de interviews. Mensen vinden namelijk niet altijd dezelfde informatie belangrijk of zinvol.

Wat in grote lijnen overeenkomt tussen de respondenten is dat zij een verwachting gevormd krijgen van Damast als instelling op zich, door de zorgprofessionals en andere informatiebronnen, voordat opname Damast plaatsvindt. Uit de data van de respondenten blijkt dat er geen inhoudelijke of cliëntgerichte informatie over de revalidatiezorg en therapieën wordt gegeven door de zorgprofessionals, wat zij zich kunnen herinneren of vertellen. Hierdoor wordt er aan de verwachtingen hierover weinig tot niets bijgesteld vanuit de professionals. Andere bronnen zijn door de respondenten ook niet geraadpleegd daarover. De verwachtingen die respondenten hebben zijn dan gebaseerd op andere, eerder opgedane informatiebronnen zoals een eerdere revalidatie opname, ervaring met een ander familielid of eigen kennis. Vonk (2003) beschrijft dat gaten in een gebeurtenis of verhaal worden aangevuld door kennis die iemand heeft. De kennis die iemand al wel heeft over een stimulus is georganiseerd verzameld in een schema. De kennis, in dit geval andere informatiebronnen dan de zorgprofessional, heeft een sterk effect voor de opvulling van de gaten in de informatie van die persoon. Dit bekrachtigt het belang dat zorgprofessionals een rol kunnen hebben in het creëren van verwachtingen ten aanzien van het revalidatieproces. Gezien iedereen een andere kennis heeft, kan de verwachting niet bij iedereen hetzelfde zijn. Dit kan verklaren waarom respondenten het moeilijk vinden wat te verwachten van het revalidatieproces.

De informatie die cliënten en naast betrokkenen krijgen, zijn voor hen in het traject vóór Damast voldoende. In de resultaten van McKain et al. (2005) wordt bevonden dat cliënten een vaag beeld hebben van wat hen te wachten staat, maar dit niet zien als problematisch ondanks het beperkte, algemene informatieaanbod. In de resultaten van het deelonderzoek op Damast blijkt dat cliënten en naast betrokkenen een wisselende informatiebehoefte hebben, wanneer wordt gevraagd of er informatie gemist is in het traject voor opname. Pas bij ervaringen tijdens de opname in Damast blijken sommige respondenten wel meer informatie vooraf over het revalidatieproces te willen krijgen. In het onderzoek van McKain et al. (2005) komt dit niet naar voren. Het is aannemelijk dat er een balans gevonden moet worden in de hoeveelheid en welke informatie die gegeven wordt door zorgprofessionals, ten behoeve van het creëren/bijstellen van verwachtingen die overeenstemmen met de werkelijkheid. Daarnaast is het goed om te kijken welke informatie de cliënt en naastbetrokkene wil, uit de praktijk blijkt dat cliënten niet altijd alle informatie willen horen. Soms is dit alleen het positieve stuk, of over de behandeling. Een match in de informatie die de patient wil en die hij door zorgprofessionals krijgt is belangrijk, gezien dit een positief effect heeft op de gezondheidssuitkomst van de cliënt (Lechner, Mesters & Bolman, 2010).

Er wordt een hogere therapiefrequentie vooraf verwacht, waarbij de voornaamste reden is dat zij dit verwachten, omdat zij dit vinden horen bij een revalidatie-instelling. In het artikel van McKinley, Stevenson, Adams & Manku-Scott (2002) staat dat wanneer niet voldaan wordt aan de hoge verwachtingen van cliënten, het kan zijn dat zij niet tevreden zijn met optimale zorg/therapie. Uit zichzelf vertellen respondenten niets over de rol van de verpleegkundige in de revalidatiezorg op de afdeling, hierover lijkt er onduidelijkheid te bestaan. Vanuit naast betrokkenen is hier ook weinig ervaring mee. Hierdoor lijkt de taak van de verpleegkundige minder van belang voor hen in het revalidatieproces, ondanks hier niet concreet naar is gevraagd in het interview. Er wordt voornamelijk gesproken door de respondenten over therapieën. Dit komt terug in de bevindingen van Pryor en O'Connell (2007). Opvallend is dat er in het gehele traject voor opname Damast door geen van de

respondenten eigenlijk informatie gemist wordt, gezien informatie wel kan bijdragen aan het bijstellen van verwachtingen die meer overeenkomen met wat er werkelijk gebeurt. Het einddoel van de revalidatie is voor cliënten en hun naast betrokkenen wel duidelijk en stemt in feite overeen met wat voor hen de revalidatie inhoudt. Er wordt verwacht dat de cliënt weer zelf uit de voeten kan, de autonomie terugkrijgen.

Hoe verwachtingen bij cliënten en hun naast betrokkenen ontstaan met betrekking tot het revalidatieproces is verschillend, gezien zij allen andere kennis hebben vooraf aan de informatieverschaffing door de zorgprofessionals. De twee respondenten van een koppel geven in grote lijnen dezelfde informatie, er zijn hierin geen grote verschillen. Zorgprofessionals geven volgens de respondenten vooral algemene informatie, waardoor de kennis over het revalidatieproces inhoudelijk niet of weinig wordt uitgebreid door hen. Hierdoor blijven er verwachtingen bestaan zoals het verwachten van een hogere therapiefrequentie en wordt er over revalidatiezorg op de afdeling weinig of niet gesproken.

Onderzoeksvraag 3

Onderzoeksvraag: 'Hoe en welke informatie geven zorgprofessionals aan cliënten die (gaan) verblijven in behandelcentrum Damast, en hun naastbetrokkenen en hoe denken zij te kunnen bijdragen aan het creëren van verwachtingen die aansluiten bij het revalidatieproces?

De resultaten zijn uiteengezet in chronologische volgorde van hoe de cliënt op Damast binnen komt. In het St. Elisabeth ziekenhuis ziet de cliënt eerst de transferverpleegkundige, waarna de zorgadviseur volgt. In Damast komt de zorgcoördinator eerst en hier opvolgend de arts. De thema's die naar voren komen hebben betrekking op hoe en welke informatie er door de zorgprofessional wordt gegeven en de door hen genoemde punten om de verwachting van de cliënt en hun familie meer te laten aansluiten bij het revalidatieproces.

Transferverpleegkundige

Algemene mondelinge informatie over revalideren en Damast

De transferverpleegkundige van het St. Elisabeth Ziekenhuis heeft als taak de cliënt te begeleiden om overgeplaatst te kunnen worden vanuit het ziekenhuis naar een andere instelling. De voorlichting vindt plaats in meestal één mondeling gesprek, van ongeveer een kwartier, met de cliënt en met meestal een familielid aanwezig. De inhoud van dit gesprek betreft algemene informatie over Damast, algemeen over revalidatie en informatie over de zorgverzekeringswet en wordt niet toegespitst op de cliënt. De vragen die buiten het gesprek opkomen bij de cliënt of diens naaste worden telefonisch beantwoord door de transferverpleegkundigen. Over Damast wordt enkel de locatie genoemd en als de cliënt vragen heeft over Damast dan wordt geadviseerd om contact op te nemen met de zorgadviseur en bij Damast langs gaan om zelf een eerste indruk van het revalidatiecentrum op te doen. Over het revalideren wordt verteld dat er een plan wordt opgesteld door verschillende disciplines die aanwezig zijn op een revalidatieafdeling in een verpleeghuis. Bij vragen van de cliënt over het revalideren wordt er algemene informatie gegeven in de vorm van welke disciplines er rond lopen. Folders en dergelijke over Damast of revalideren worden niet gegeven. Over de inhoud van zorg of therapie wordt niet gesproken.

"We lichten natuurlijk ook in dat er een fysiotherapeut rond loopt en een ergotherapeut, een logotherapeut, alle vormen van therapie worden geboden waarvan de verpleeghuisarts denkt dat hij die nodig heeft. En dat er een plan wordt opgesteld van u gaat revalideren. 'Hoeveel uurtjes revalidatie krijg ik dan?' Daar mogen wij ook niet over oordelen. Daar hebben wij te weinig informatie over. Dus dan laten we dat zo maar."

"Wij doen daar geen duidelijke uitspraken over want dan pinnen ze ons erop vast zo van U zegt dat."

Weinig invloed op verwachting van cliënt

Cliënten krijgen volgens de transferverpleegkundige voortdurend informatie binnen van allerlei bronnen buiten de zorgprofessionals. Zo hebben familieleden en naasten een mening over revalideren of Damast. Er wordt informatie gegeven door de mensen die bij de cliënt op de afdeling liggen. Zij kunnen hun ervaringen delen of hun mening erover geven. De cliënt krijgt dus allerlei meningen en ervaringen van mensen zowel gevraagd als ongevraagd. Dit kan mogelijk een invloed hebben op de verwachting van de cliënt. De transferverpleegkundige geeft aan hier weinig invloed op te hebben. Zij spreken de cliënt één keer.

"Er gebeurt voortdurend iets om die patiënt heen, waar je geen vat op hebt."

"Voortdurend is die patiënt onderhevig aan allerlei mensen die er allemaal iets van vinden."

Zorgadviseur

Algemeen informatie over Damast en revalideren

De zorgadviseur geeft algemene informatie over Damast en revalideren aan de cliënt in het ziekenhuis. Aangezien het behandelplan op dat moment nog niet is bepaald, kan en wordt er geen gedetailleerd verhaal verteld over therapie of de dagindeling van de cliënt op Damast. Dit met als reden dat de cliënt op dat moment nog te ver van de situatie in Damast af staat. Daarnaast ontvangt iedere cliënt een map met algemene informatie over De Hazelaar en een folder van Damast als het nog niet duidelijk is waar ze gaan revalideren. In de folder worden verschillende disciplines die betrokken kunnen zijn bij het revalidatieproces van de cliënt toegelicht. Dit is dus niet specifiek gericht op de cliënt.

Naast informatie geven worden er zaken door de zorgadviseur in kaart gebracht. Grofweg zijn dat: de huidige zorg, de huidige thuissituatie, de verwachtingen ten aanzien van de revalidatie en de mogelijk benodigde zorg na de revalidatie periode.

De zorgadviseur probeert ook de vragen van de cliënt en hun familie te beantwoorden. De cliënten en hun familie snijden vaak de onderwerpen aan van eenpersoonskamer, therapiefrequentie, duur van de revalidatie en de kosten ervan. De zorgadviseur legt dan uit dat de therapie en de bij behorende frequenties afhangen per individu en dat de arts er verder op ingaat. De vraag over de eenpersoonskamer worden wat specifiek beantwoord aangezien dat een vraag over Damast is.

De zorgadviseur kan specifieke informatie over Damast en algemene informatie over revalideren geven. Het ligt aan de cliënt en hun familie hoeveel informatie de zorgadviseur aan hen geeft. Dit varieert van vragen die een gedetailleerd antwoord behoeven tot bijna geen vragen.

“Waarvoor ik naar mensen toe ga, is om vragen te beantwoorden en algemene informatie te geven.”

“De boodschap is dat wordt individueel bepaald. Ik zou nooit kunnen zeggen: ‘u krijgt drie keer per week therapie’.”

“Ik ga eerst degene die het betreft zelf bezoeken om daar te vragen hoe gaat het, wat zijn de verwachtingen, ook uitleg geven over De Hazelaar, wat is revalideren, hoe lang duurt revalideren en waar ga je revalideren.”

Moeilijk cliëntgericht informeren

De zorgadviseur stelt zichzelf de vraag, welke en hoeveel informatie die moet geven aan de cliënt en zijn familie. De informatie die gegeven wordt is hierop gebaseerd. Dit wordt aan de hand van de vragen die de cliënt en familie stellen gedaan. Meer vragen vergt dus meer informatie. De hoeveelheid informatie die gegeven wordt varieert van oppervlakkig tot gedetailleerd. Er wordt getracht niet te veel informatie te geven aan de cliënt en familie. Volgens de zorgadviseur is dit niet ten goede voor de informatie die daadwerkelijk onthouden wordt. Wat is nu ‘niet te veel’ informatie geven. Deze vraag stelt de zorgadviseur zichzelf en geeft aan hier moeilijk antwoord op te kunnen geven.

De zorgadviseur geeft aan dat de cliënten die op Spinnewiel komen erg divers zijn. Onder andere op gebied van achtergrond, opnameduur, zorg, therapie en behoefte van informatie. Cliëntgerichte informatie geven wordt hierdoor als lastig ervaren.

Volgens de zorgadviseur zit er in de manier van informatie geven aan cliënten en hun familie geen rechte lijn. Dit zou een verbeterpunt voor het voorlichtingstraject kunnen zijn. In het voorlichten kan ook de folder van Damast en map worden verbeterd. De folder is ongemakkelijk leesbaar en bevat schrijffouten. Dit kan onduidelijkheden en vragen oproepen bij de cliënt en familie, aldus de zorgadviseur.

“Ik kan dat wel vanuit mezelf wel gaan vertellen, maar dan krijg je zoveel informatie dat onthoudt je gewoon niet.”

“Er zijn zat mensen die zeggen: ‘dat hoeft ik helemaal niet te weten’ of ‘dat wil ik helemaal niet weten’. Dus het is altijd afwachten, wat wil iemand weten.”

“Er zijn mensen die heel detaillistisch vragen, maar er zijn ook mensen die het geen moer interesseert waar ze terecht komen. Dus dat is ook van de situatie afhankelijk wat je vertelt en wat ik net aangaf, het is heel moeilijk in te schatten, zelfs als mensen heel gedetailleerd vragen, in hoeverre heeft het nut.”

Zorgcoördinator

Cliëntgericht informeren over Damast en algemeen over zorg

De informatie die de cliënt en hun familie ontvangen vanuit het opnamegesprek van de verpleegkundige gaat vooral over specifieke zaken binnen de afdeling en Damast die op de cliënt zijn toegespitst. Daarnaast wordt algemene informatie gegeven over de zorg binnen Damast. De informatie die gegeven wordt over specifiek Damast gaat vooral over het ZIC concept, het gebruik van hun kamer, belsysteem, maaltijd procedures en parkeerfaciliteiten.

Met het ZIC concept wordt uitgelegd dat er studenten gekoppeld worden aan een kamer voor het ondersteunen van de cliënt in de zorg en dat er ruimte op Damast is voor verbetering. Het gebruik van de kamer van de cliënt wordt volledig uitgelegd. Van de warmteregeling tot de instructie over ‘het uitklap tafeltje’ en alle extra’s die erbij gehuurd kunnen worden. Hoe de cliënt de verpleegkundige kan bereiken wordt aan de hand van belsystemen uitgelegd en er wordt duidelijk besproken dat er getracht wordt om in het restaurant te eten. Daarnaast wordt de bereikbaarheid van Damast uitgelegd en waar het bezoek kan parkeren.

Over de zorg worden algemene zaken verteld. Zo wordt uitgelegd wie van de cliënt de zorgcoördinator en behandelend arts is, het zorgleefplan en zorgcontract worden toegelicht en de verpleegdoelen worden samen met de cliënt opgesteld. Daarnaast wordt uitgelegd dat het uiteindelijke doel is dat de cliënt weer naar de thuissituatie terugkeert, er wordt kort gevraagd naar de huidige thuissituatie (woonomstandigheden) en de opname in ziekenhuis. De zorg wordt niet expliciet uitgelegd in woorden van revalidatiezorg. Er wordt verteld dat er ‘wat’ van de cliënt wordt verwacht. Wat er dan precies wordt verwacht van de cliënt wordt niet verder toegelicht. Over therapie wordt niet concreet gesproken. Er wordt uitgelegd dat er verschillende disciplines bij de cliënt langskomen om zo de therapieën samen te stellen die de cliënt uiteindelijk krijgt.

De verpleegkundige geeft dus geen specifieke informatie over wat de zorg inhoud.

“Dan hebben we de opname formulieren en de checklist die loop je helemaal door. Eigenlijk alles van wat je moet vragen en moet uitleggen staat daar in. Eigenlijk puntsgewijs, zoals uitleg over een kamer, tot rondleiding geven, ID-kaarten, vragen om kopie, vragen wat voor beleid ze hebben. Als je dat puntsgewijs helemaal doorneemt heb je eigenlijk alles wat je moet vragen.” (zoco 2)

“Wij hebben een mooi formulier waar alles op staat, aan de hand van de opname wat we willen weten en wat zij, de mensen willen weten.” (checklist)(zoco3)

Verskil in verpleegkundige opname

Volgens de zorgcoördinatoren wordt de verpleegkundige opname niet door ieder op dezelfde manier uitgevoerd. Er is een checklist waardoor er structuur komt in de opname, zodat er geen informatie wordt vergeten te vragen dan wel te geven. Er wordt aangegeven dat hier niet een echte lijn in zit wat onduidelijkheden bij de cliënt en familie kan geven. Een zorgcoördinator gaf aan na een week te evalueren met de cliënt over het verblijf op Spinnewiel. Er werd getwijfeld of iedereen dat deed. Er staat in de checklist dat er geëvalueerd dient te worden met de cliënt en eerste contactpersoon na de eerste twee weken. Het komt niet duidelijke uit de interviews dat dit ook wordt toegepast.

“Ik denk dat de één de opname wel anders doet dan andere daarin.” (zoco 2)

“Na een week informeren of alles duidelijk is. Ik weet niet of iedereen dat doet.” (zoco 3)

Revalidatiezorg is punt van verbetering

Zorgcoördinatoren geven aan dat er veel verschil in aanpak zit in de zorg van de cliënten. Zo neemt de ene zorgverlener sneller bepaalde handelingen over dan een andere zorgverlener. Volgens de drie zorgcoördinatoren is het binnen de revalidatiezorg belangrijk dat cliënten bepaalde handelingen zelf doen en dat de verpleegkundige een ondersteunende taak heeft. De benadering naar de cliënt toe is hierin belangrijk om zo de cliënt te stimuleren tot zelfzorg. Twee zorgcoördinatoren geven aan dat cliënten wisselend omgaan met de gegeven revalidatiezorg, omdat de cliënt verwacht dat de verpleegkundige de zorg overneemt in plaats van zelfsturing stimuleert. Op Spinnewiel krijgt de cliënt een wisselende benadering van de zorgprofessionals en dus wisselende informatie aangereikt. Volgens de zorgcoördinatoren heeft de cliënt wel besef van wat revalidatiezorg inhoud, alleen kan de cliënt meer gestimuleerd worden in zelfzorg. De oorzaken hiervan zijn verschillend. Zorgcoördinatoren zien hierin een verbeterpunt. Er zou meer geoefend moeten worden met revalidatiezorg door zorgverleners, op welke manier is nog niet duidelijk. Volgens de drie zorgcoördinatoren is er vanuit het verpleegkundig team weinig ervaring met revalidatiezorg. Het is een ZIC afdeling, waardoor er veel studenten rondlopen die geen ervaring hebben met revalidatiezorg. De cliënten zouden meer gestimuleerd moeten worden in zelfsturing om zo hun revalidatieproces te bevorderen, aldus twee zorgcoördinatoren.

“De ene doet het wel en de ander doet het niet, waardoor het voor de cliënt ook lastig wordt. Ik denk dat we daar dan ook meer een lijn in moeten trekken als team en dat ontbreekt daarbij” (overnemen van zorg) (Zoco1)

“Echte revalidatie zijn de meeste van ons ook niet gewend. En daarom zijn we ook wel geneigd om snel dingen over te nemen. Ik denk dat we daar als team ook wel iets in kunnen doen.” (Zoco1)

“Ik denk dat we vanuit het team ook sowieso meer met de mensen kunnen oefenen en daardoor de revalidatie compleet maken. Ik denk dat de verpleging een heel groot aandeel heeft in de revalidatie.” (Zoco2)

Arts

Geeft weinig informatie over revalidatietraject

De arts geeft informatie op de afdeling, maar soms ook al in het ziekenhuis waar de cliënt op dat moment ligt. Volgens de arts gebeurt dit niet op een professionele wijze. In dit gesprek wordt geen inhoudelijke informatie gegeven over zorg of behandeldoelen. Het gaat hier over algemene informatie van Damast en algemeen over revalideren. Er wordt verteld dat de cliënt een eigen kamer krijgt en dat er de mogelijkheid is om binnen te lopen om ervaring van Damast op te doen. Over het revalideren wordt uitgelegd dat de cliënt therapie krijgt voor een bepaalde periode. Het is min of meer een kennismaking met de arts en het creëren van een algemeen beeld van revalideren. Ook op Damast geeft de arts weinig specifieke informatie over de zorg aan de cliënt of familie. De arts stemt samen met de paramedici af welke behandeldoelen er zijn en welke therapieën er ingezet worden. Volgens de arts worden deze gecommuniceerd naar de cliënt door de zelfstandige paramedici en verpleegkundige. De eerste aanvragen van therapieën worden niet concreet besproken

met de cliënt. De arts stimuleert de cliënt in hun revalidatieproces, door geregeld in de ochtend binnen te lopen en advies te geven over bepaalde oefeningen. Dit gebeurt informeel en niet consequent, aldus de arts.

De arts geeft aan weinig direct te communiceren met de cliënt, mede doordat er geen duidelijke kaders kunnen worden besproken met de cliënt. Er kan van te voren niet duidelijk worden vastgesteld hoe lang de cliënt verblijft op Damast en daardoor staat het beschikbare budget voor revalidatiezorg ook niet vast. Doordat de zorgprofessionals zelf niet goed weten hoeveel therapie er geboden moet worden, wordt dit ook niet eenduidig naar de cliënt kortgesloten.

“Er wordt eigenlijk heel weinig gecommuniceerd op het niveau van ‘u krijgt zoveel therapie, u krijgt dit of dat’.”

“Ik heb soms met de cliënten al contact gehad over hun opname en dan praat ik over wat ze kunnen verwachten van het verblijf hier. Dat is altijd in heel algemene termen. Ik geef nooit concrete behandeldoelen aan en ik geen schriftelijke informatie.”

Revalidatiezorg is ook therapie

Volgens de arts is een meer therapeutisch klimaat op de afdeling bevorderend voor de revalidatie van de cliënt. Revalidatiezorg is een belangrijke factor in het revalidatieproces in tegenstelling met wat cliënten en hun familie vaak denken. De arts geeft aan dat cliënten en hun familie revalidatiezorg zien als minderwaardig ten opzichte revalideren. Om de verwachting van de cliënt meer bij de werkelijke revalidatie te laten aansluiten, zou dit principe naar de cliënt duidelijker moeten worden verwoord. De verpleegkundigen zouden de cliënt meer kunnen stimuleren in zelfzorg, oefeningen en voorlichting. De arts geeft aan zelf bezig te zijn met soort van zorgpaden in kaart te brengen, zodat de diversiteit van de cliënten meer in kaders kan worden geplaatst. Dit zou mogelijk bij kunnen dragen in het verbeteren van de voorlichting.

“Het is juist belangrijk dat mensen doen wat ze kunnen en daar kan dus een therapeutisch klimaat van de verpleging een hele grote rol in spelen, eigenlijk is dat het therapeutisch klimaat. Dat is nog veel belangrijker eigenlijk dan die drie keer per week of vijf keer per week een half uurtje fysiotherapie.”

“De verpleging moet eigenlijk met ze lopen, dat is veel belangrijker en dan hebben ze de hele dag therapie.”

Conclusie onderzoeksvraag 3

De cliënten en naastbetrokkenen worden in het St. Elizabeth ziekenhuis door de transferverpleegkundige en de zorgadviseur over algemene zaken over Damast ingelicht. Het betreft informatie die niet specifiek op de cliënt is gericht, omdat er op dat moment geen behandelplan is opgesteld. In de informatieverschaffing over Damast wordt er gesproken over de ligging van Damast, vergoedingen van revalidatie, eenpersoonskamer en de aanwezige disciplines. Aanvullend beantwoordt de zorgadviseur de vragen van de cliënten en naastbetrokkenen. Deze informatie betreft algemene cliëntgerichte zaken over Damast. Er wordt een verdiepingsslag gemaakt op de algemene informatie over Damast. Over revalideren wordt er verteld dat er een behandelingsplan wordt gemaakt wat specifiek gericht is op het individu, waar de therapieën en de frequenties onderdeel van zijn. Er wordt verder niet cliëntgericht ingegaan op de inhoud van de zorg, de therapieën of het behandelingsplan.

Op Damast gaan de zorgcoördinatoren wat dieper in op de informatie over Damast. De algemene informatie over Damast en Spinnewiel wordt nauwkeuriger en cliëntgericht besproken. Algemene informatie in de vorm van welke kamer van de cliënt is, dat er studenten in de zorg werken en welke extra diensten de cliënt kan huren. Over het revalideren wordt meer algemeen aandacht aan besteed. Hierin komen onder andere de zorgovereenkomst, verpleegdoelen en hoe het belsysteem in voor. Het zou dus voor iedere cliënt op Spinnewiel qua revalideren hetzelfde verhaal kunnen zijn. Alle disciplines geven aan dat de cliënt veel informatie krijgt in de eerste dagen. McKain et al. (2005) geven aan dat het voorkomt dat een cliënt zich de eerste dagen nog moet realiseren wat er precies gaande is en hierdoor nog niet open staat voor informatie. Dit in tegenstelling met wat er op Spinnewiel gebeurt aan informatie geven. De vraag is of de cliënt open staat voor informatie. Er komt niet naar voren hier rekening mee wordt gehouden op Spinnewiel.

De arts geeft weinig vernieuwde informatie. Deze gaat een behandelplan opstellen samen met de andere zorgprofessionals binnen Damast. Hierin wordt weinig gecommuniceerd met de cliënt. Daarnaast geeft de arts informatie aan de cliënt over oefeningen wat niet op professionele basis berust of consequent is. Op Damast wordt de algemene informatie verder uitgebreid en blijft de informatie over revalideren oppervlakkig.

Er wordt in het gehele opnametraject weinig cliëntgerichte informatie gegeven met betrekking tot zorg, therapie of behandeling. Er wordt meer aandacht besteed aan de algemene zaken rondom Damast en Spinnewiel.

De manier van informatie geven verschilt per zorgprofessional. In de intake gesprekken geven zorgprofessionals informatie in de vorm van een gesprek variërend van een kwartier tot een uur. De zorgadviseur en de zorgcoördinatoren geven daarnaast schriftelijke informatie. De informatie die cliënten en naastbetrokkenen van zorgprofessionals krijgen wordt enkel gecodeerd op datgene wat zij aanhoren en niet op een andere manier. De code wordt op deze manier minder goed onthouden bij de cliënt en naastbetrokkene (Brysbaert, 2006). Wel wordt geadviseerd door de transferverpleegkundige, de zorgadviseur en de arts om bij Damast langs te gaan voor een eerste indruk.

Als verbeterpunt geeft de zorgadviseur aan dat 'te veel' informatie geven niet goed zou zijn voor de informatie die daadwerkelijke onthouden wordt door de cliënt. Dit is in overeenstemming met Eulderink, Heeren, Knook en Ligthart (2004). Waar wordt verteld dat het gemiddelde kortetermijngeheugen van de mens vier tot vijf items kan onthouden en dat ouderen minder goed zijn in het terug roepen van informatie. De zorgadviseur geeft aan hier rekening mee te houden, maar niet kan schatten waar de grens van hoeveelheid informatie geven ligt. Er wordt niet expliciet uitgelegd dat er rekening wordt gehouden met de geriatrische cliënt.

Twee van de drie zorgcoördinatoren en een arts gaven aan dat revalidatiezorg niet optimaal wordt ingezet op afdeling Spinnewiel. Er is sprake van wisselende manieren van zorg toepassen door de

zorgprofessionals. Hierdoor krijgt de cliënt verschillende informatie toegespeeld wat kan leiden tot verwarrende signalen bij de cliënt en daarbij ook de familie. Volgens hen zouden de verwarrende signalen voorkomen kunnen worden als het team meer gericht is op revalidatiezorg en dat de waarde van de revalidatiezorg ook duidelijk bij de cliënt wordt aangegeven. De verwachting van de cliënt en naastbetrokkene over revalidatie kan meer aansluiten als zij de verpleegkundige revalidatiezorg ook zien als een belangrijk onderdeel in de revalidatie. De zorgcoördinatoren geven aan dat cliënten begrijpen wat revalidatiezorg inhoud. In tegenstelling tot Pryor en O'Connell (2007) die juist aangeven dat cliënten vaak een ander beeld hebben van revalidatie. Cliënten geven hierin aan dat zij revalidatie zien als therapie op bepaalde momenten met de paramedici en niet als een continuerend proces met onder andere de verpleegkundigen. Vanuit de zorgcoördinatoren komt naar voren dat de cliënten wisselend kunnen reageren op de gegeven zorg. In overeenstemming met Pryor en O'Connell (2007) geven de zorgcoördinatoren aan dat een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de cliënt de zorg vanuit het ziekenhuis gewend is en niet revalidatiezorg. In het onderzoek van Burke en Doody (2011) komt naar voren dat de verpleegkundige een belangrijke rol heeft in het revalidatieproces, wat de arts en de zorgcoördinatoren van Spinnewiel ondersteunen.

Conclusie

Cliënten en naastbetrokkenen hebben over het algemeen alleen het einddoel van de revalidatie als verwachting voor ogen, waarbij de nadruk in het revalidatieproces voornamelijk op de hoeveelheid therapieën ligt. In het voortraject komt het onderwerp therapiefrequentie vaak ter sprake, maar er wordt door zorgprofessionals niet cliëntgericht op ingegaan. Mede doordat het vooraf nog niet duidelijk is hoeveel therapiefrequenties een cliënt gaat krijgen. De hoge verwachtingen van cliënten en naastbetrokkenen over de therapiefrequentie wordt dus niet beïnvloed door zorgprofessionals. Hierdoor blijft de cliënt en naastbetrokkene de verwachting over hoge therapiefrequentie behouden.

Over de inhoud van de revalidatiezorg door het verplegend en verzorgend personeel, wordt door cliënten en naastbetrokkenen amper gesproken. Het is niet duidelijk wat hun verwachtingen hierover zijn. Aangezien er wel klachten over de zorg zijn, hebben cliënten en naastbetrokkenen blijkbaar wel een soort 'zorgstandaard' ontwikkeld, door andere prikkels/informatie dan door zorgprofessionals, waaraan niet wordt voldaan. Zorgprofessionals geven geen cliëntgerichte informatie over verpleegkundige revalidatiezorg, waardoor het belang hiervan in het revalidatieproces minder lijkt voor cliënten en naastbetrokkenen, terwijl dit volgens meerdere studies (RCN, 2007; Burke & Doody, 2012; Squire & Hastings, 2002) wel een belangrijke factor is in het revalidatieproces. Ook uit de conclusie van deelvraag 3 blijkt dat de rol van de verpleegkundigen en verzorgende belangrijk is in de revalidatie. Uit Pryor en O'Connell (2007) blijkt dat cliënten verwachten dat revalidatie plaatsvindt op intermitterende momenten met paramedici en niet als een continuerend proces. Om de verwachting van de cliënten en naastbetrokkenen over het revalidatieproces meer te laten aansluiten bij de werkelijkheid zou dit continuerend proces binnen de revalidatiezorg meer naar voren moeten komen in de voorlichting.

De gegeven informatie door de zorgprofessionals voor opname in Damast is voldoende wat betreft de algemene zaken. Deze informatie wordt voornamelijk mondeling gegeven. Wanneer cliëntgerichte informatie over het revalidatieproces op Damast gegeven gaat worden, is het toevoegen van beelden (foto's, video) (Brysbaert, 2006) aan de gesprekken en geschreven teksten een verbetering. Op deze manier wordt de informatie beter opgeslagen door de cliënten en naastbetrokkenen.

Naast de voorlichting te verbeteren is er uit de interviews met de zorgprofessionals van Damast gekomen dat de zorg niet optimaal is. De zorgcoördinatoren gaven al aan een belangrijke rol te hebben in het revalidatieproces. De vraag is of het gehele team van het verplegend en verzorgend personeel dit ook ziet en of hier ook naar wordt gehandeld. Dat is op dit moment niet duidelijk. Uit deelvraag drie is wel naar voren gekomen dat de verpleegkundige en verzorgende de revalidatiezorg niet eenduidig uitdragen. Door verwarring te voorkomen bij cliënten tijdens zorgmomenten is het van belang dat de boodschap van verplegend en verzorgend personeel eenduidig is (Deenen et al., 2000). Op welke punten de zorg nog meer niet optimaal is, is niet naar voren gekomen. Deze zouden verder moeten worden onderzocht om te kunnen verbeteren.

Discussie

Algemeen

Voor de gehele opdracht zou het goed zijn om de klachten van cliënten en naastbetrokkenen over de zorg en therapiefrequenties concreet in kaart te brengen. Dit zou het probleem sterker kunnen onderbouwen, wat de resultaten van het onderzoek richter maakt. Om dit goed te kunnen aanpakken zouden deze mondelinge klachten van te voren goed moeten worden omschreven door middel van een beschrijvend onderzoek. Hierdoor komt een gedetailleerd probleem naar boven, wat beter aangepakt kan worden. Gezien het tijdsbestek van achttien weken die beschikbaar zijn voor het afstudeerproject, was het niet haalbaar om dit van te voren te onderzoeken. In overleg met de opdrachtgever en de projectbegeleider was er voor gekozen om dit niet van te voren uit te voeren.

Onderzoeksvraag 1

In het interview van deelonderzoek één is tussentijds samengevat om zo het verhaal van de cliënt te controleren. In alle interviews heeft dit een goede uitwerking gehad om de data te verifiëren. Zij vulden in sommige gevallen de data nog aan. De respondenten hebben allen een formulier ondertekend waarin staat dat zij toe gezegd hebben deel te nemen aan het interview. Deze zijn bewaard door de onderzoeker. Met het oog op een ethische verantwoording is dit een sterke aanpak. In de analyse fase zijn de codes en thema's meerdere keren bekeken en van feedback voorzien door de andere onderzoeker en de projectbegeleider. Het voordeel is dat zij een meer overkoepelende, frisse blik erop hebben. Door vragen te stellen werd er extra nagedacht tijdens de analyse. Dit heeft een positieve invloed op de resultaten van het onderzoek.

De cliënten en hun naastbetrokkenen zijn maar één keer geïnterviewd in vrijwel het begin van de opname in Damast, omdat het doel was om het ontstaan van de verwachtingen te achterhalen volgens de cliënt en hun naastbetrokkene. Hierdoor is het mogelijk dat zij te weinig ervaring op Damast hebben. Om deze reden kan het zijn dat niet helemaal is achterhaald of er informatie vooraf gemist is of graag meer gehad zouden hebben. Zij zijn nog niet geconfronteerd met alles waar een verwachting over is/was. Wanneer de respondenten later nog een keer geïnterviewd zouden worden, zal hier een duidelijker beeld over gegeven kunnen worden.

Voor één respondent (cliënt) was het niet duidelijk dat het interview aan de hand was van een afstudeeropdracht voor Damast. Op het einde van het interview komt dit naar voren, waarna is uitgelegd dat het in opdracht voor Damast is. De respondent gaf daarna aan dat dit niets aan zijn verhaal veranderde, maar daar wordt wel over getwijfeld. Het verhaal van de respondent is namelijk redelijk neutraal en zegt letterlijk zich over één punt zich niet te willen uitlaten. De naastbetrokkene laat zich meer uit over de houding van en gedachten van de cliënt. Het zou beter zijn geweest om de cliënt vooraf aan het interview duidelijk uit te leggen dat het onderzoek plaatsvindt in opdracht van Damast.

Onderzoeksvraag 2

Afdeling Spinnewiel is een nieuwe ZIC afdeling en constant in verandering. De manier van informatie geven kan snel veranderen, waardoor de resultaten over een paar maanden anders kunnen zijn. De omvang van de participanten (6) kan als laag gezien worden, aangezien er vier verschillende disciplines zijn geïnterviewd. In de resultaten komt dit terug, doordat er thema's zijn waar één professional als onderbouwing geldt.

Twee zorgcoördinatoren zijn samen geïnterviewd, wat een mogelijk gevolg heeft op de resultaten. De vragen kunnen 'mooier' zijn beantwoord dan werkelijk is en zo een invloed hebben op de data. De twee konden elkaar ook aanvullen, waardoor de data rijker is geworden. De manier waarop informatie is gegeven is nu gedestilleerd uit interviews, waar observatie meer op zijn plek zou zijn. Er moet op het woord van de zorgprofessional worden geloofd, wat met observatie niet het geval zou zijn.

Het onderzoek is meerdere keren van feedback voorzien van een begeleider en andere onderzoeker. De analyse wordt op deze manier vanuit meerdere kanten belicht en hierdoor de inzichten vergroot. Dit heeft een positieve invloed op de resultaten.

Elke participant heeft de resultaten van zijn thema's bekritiseerd, waarop de thema's zijn aangescherpt en zo de verifieerbaarheid groot is. De verbeterpunten op gebied van de verpleegkundige revalidatiezorg worden door alle zorgprofessionals van Damast ondersteund, waardoor het verplaatsbaar is naar de praktijk. Dit zou voor een mogelijke implementatie sterk zijn.

Aanbevelingen vervolgonderzoek

Door naastbetrokkenen en cliënten wordt aangegeven dat de tijd naast de therapieën die zij krijgen, voornamelijk gezien wordt als zitten. Ze ervaren het als doelloze tijd. Voor een vervolgonderzoek is het interessant om te onderzoeken of dit ligt aan de therapiefrequenties of aan de dagbesteding. Daar is in dit onderzoek geen aandacht aan besteed. Hoewel Damast bezig is met verschillende activiteiten te organiseren voor mensen volgens de opdrachtgever, blijft een groot deel van de tijd over waarin weinig wordt ondernomen of georganiseerd. Een vraag die onderzocht zou moeten worden is dan bijvoorbeeld: "Als cliënten meer dagbesteding zouden hebben, ervaren zij de tijd dan naast de therapie ook als zinloze/doelloze tijd?".

Voor cliënten en naast betrokkenen houdt de revalidatie en het revalidatieproces voornamelijk therapieën in. Het therapeutisch verplegen lijkt minder belangrijk, terwijl de autonomie terug krijgen wel als belangrijk gezien wordt. Hiervoor is de setting van een eigen kamer en elke ochtend de ADL uitvoeren een perfecte oefensituatie die lijkt op die van het eigen huis. Als het verzorgend en verpleegkundig personeel hier eenduidig in werken en de cliënten stimuleren om dit zelf weer goed te leren, is minder therapie krijgen dan van invloed op het totale revalidatieproces? Hiermee kan namelijk geld bespaard worden en er is meer tijd om te revalideren op de afdeling. Voor vervolg onderzoek is het interessant dit uit te zoeken.

Voor vervolg onderzoek kan de hoeveelheid en welke informatie zorgprofessionals moeten geven aan cliënten en naastbetrokkenen worden onderzocht. De resultaten kunnen vergeleken worden om de communicatie tussen zorgprofessional en cliënt te verbeteren.

De paramedici zijn niet direct betrokken geweest bij het onderzoek, hoewel het onderwerp therapieën wel aan bod komt. De invloed van paramedici op de verwachting van de cliënt en naastbetrokkene over het revalidatieproces zou kunnen worden onderzocht.

Implementatie

In de conclusie van het onderzoek worden twee aanbevelingen gedaan om de verwachting van de cliënt en naastbetrokkene over hun revalidatieproces beter te laten aansluiten bij de werkelijkheid. De voorlichting kan worden verbeterd en de revalidatiezorg van de verpleegkundige en verzorgende kan worden verbeterd. Deze twee punten zijn op korte termijn niet in het geheel te implementeren, waardoor er gekozen is om een plan voor afdeling Spinnewiel te schrijven, waarin een advies wordt gegeven hoe revalidatiezorg van de verpleegkundigen en verzorgenden verbeterd kan worden. Hiernaast wordt er een advies gegeven over hoe de cliënten en naastbetrokkenen te informeren over de waarde van de zorg door verpleegkundige en verzorgende in hun revalidatieproces. Er wordt van een belemmering de eerst stap gezet in een verbetervoorstel, wat zal leiden tot een kleine verbetering in de zorg. Als de stappen in dit implementatieplan worden uitgevoerd zal de verwachting van de cliënten en naastbetrokkenen over het revalidatieproces beter aansluiten bij de werkelijkheid.

Ontwikkeling voor adviesnota

Kader verbetervoorstel

De opdrachtgever heeft problemen gesignaleerd op afdeling Spinnewiel omtrent de zorg. Zorgprofessionals van afdeling Spinnewiel geven zelf aan dat de verpleegkundige zorg verbeterd kan worden. De doelgroep van afdeling Spinnewiel is traumatologie met geriatrische revalidatie als zorg. De V&VN heeft richtlijnen voor geriatrieverpleegkundige en revalidatieverpleegkundige, maar geen waarbij deze samen vallen. Om een begin te maken van een verbetervoorstel is er een kader opgesteld vanuit de richtlijnen van V&VN over geriatrieverpleegkundige en revalidatieverpleegkundige (Bijlage X). De factoren die spelen bij de geriatrische cliënt zijn aan de richtlijnen van de revalidatieverpleegkundige toegevoegd. Dit zou verder moeten worden geverifieerd.

Verbeterpunten in de zorg

Om de verbeterpunten van de zorg op een rijtje te krijgen is er gekozen om twee bijeenkomsten te plannen met de verpleegkundige en verzorgende van afdeling Spinnewiel. In de bijeenkomsten zijn de resultaten van het onderzoek teruggekoppeld naar teamleden van de afdeling. Hierbij lag de nadruk op het belang van de rol van de verpleegkundige in de revalidatie, met de vraag of de teamleden en stagiaires dit ook zo zien en waarom. Dit zorgt ervoor dat er nagedacht wordt over hun rol als verpleegkundige/verzorgende in het revalidatieproces. Door middel van een dialoog wordt er zo informatie herhaald en nieuwe informatie vergaard (Bijkerk & van der Heide, 2006; Niessen, Legius, Munten & Snoeren, 2013). Het doel van de eerste bijeenkomst was om de vijf belangrijkste taken van de geriatrische revalidatie verpleegkundige, volgens hen, in kaart te brengen. Met daarbij de vraag of zij deze ook voor verbetering vatbaar zien. Hiernaast welke belemmerende factoren zij in hun werk zien met betrekking tot de vijf punten. De tweede bijeenkomst heeft als doel om één punt van de vijf gezamenlijk te kiezen die voor verbetering vatbaar is en hierbij de belemmerende en bevorderende factoren uiteen te zetten. Hierdoor krijgen zij zelf inzicht op de verpleegkundige zorg, dat volgens hen verbeterd moet worden. De bevorderende factoren zijn toegevoegd, zodat er juist wordt gekeken naar wat er gedaan kan worden in plaats van wat er niet gedaan kan worden (van Vuuren & Crous, 2005). Doordat zij hier zelf naar toe werken en in dialoog gaan, staan zij meer open voor een mogelijke verandering, in plaats van een implementatievoorstel dat wordt voorgedragen door derden. De opbouw en resultaten van de twee bijeenkomsten zijn hieronder uiteengezet.

Bijeenkomst 1: 17-06-2013

Doel: Vijf belangrijkste taken van geriatrische verpleegkundige/verzorgende uiteenzetten.
Belemmerende factoren aan het licht brengen.

Aanwezigen: één senior verpleegkundige, drie verpleegkundigen, één zorgcoördinator en één HBO-V stagiaire. Allen van afdeling Spinnewiel.

Werkwijze

Ons zelf kort voorstellen aan de aanwezigen. Vertellen dat wij onderzoek op afdeling Spinnewiel hebben gedaan naar de verwachtingen van cliënten en naastbetrokkenen over het revalidatieproces. De resultaten van het onderzoek terugkoppelen aan de groep. Belang van de verpleegkundige staat voorop. De aanwezigen kregen de opdracht om voor zichzelf de vijf belangrijkste taken van de geriatrische verpleegkundige/verzorgende op te schrijven, zodat alle aanwezigen werden gehoord. Er werd gevraagd om bij elke taak een voorbeeld te geven om het zo naar de praktijk te zien. Vanuit deze punten werden de vijf gezamenlijke belangrijkste taken uiteengezet door middel van een dialoog. En of er belemmeringen zijn in hun dagelijks functioneren met betrekking tot de vijf punten.

Resultaten

De vijf belangrijkste taken als geriatrische revalidatieverpleegkundige/verzorgende en de belemmerende factoren hierin. Deze zijn genoteerd op een A1 vel (bijlage IX) en worden hieronder nogmaals aangehaald.

De vijf taken

- Duidelijkheid bieden bij opname over het revalidatieproces aan cliënt en naastbetrokkenen. (wat bieden wij? Wat wordt er van de cliënt verwacht?)
- Stimuleren van zelfzorg/zelfredzaamheid, gericht op de gestelde doelen. (hoe motiveer je iemand? Wat is een juiste benadering?)
- Communiceren tussen de teamleden/andere disciplines met betrekking tot het revalidatieproces.
- Stimuleren van cliënten in het nemen van eigen regie van zijn/haar revalidatieproces.
- Communiceren naar naastbetrokkenen over het revalidatieproces.

Belemmerende factoren

- Nog lerende in het geven van geriatrische revalidatiezorg (nieuwe setting voor teamleden).
- Communicatie (rapporteren, evaluatie van zorg tussen professionals/cliënten)
- Verschillende benaderingen voor cliënt
- Verschillende werkwijzen
- Gevoel van verantwoordelijkheid.

Vervolg

De vijf belangrijkste taken van de geriatrische revalidatie verpleegkundige/verzorgende en belemmerende factoren zijn genoteerd op een A1 vel en opgehangen in de teamkamer van afdeling Spinnewiel. Hiernaast is een A1 vel opgehangen waarop men uitgenodigd wordt om toevoegingen op te schrijven en opmerkingen te geven op de resultaten van bijeenkomst 1. Hiermee bestaat er de mogelijkheid dat iedereen zijn of haar mening kan geven en gehoord wordt (Niessen et al. 2013). De A1 vellen worden meegenomen naar bijeenkomst 2 om te evalueren.

Bijeenkomst 2: 20-06-2013

Aanwezigen: twee zoco's, één verzorgende, één verpleegkundige, twee HBO-V studenten. Allen van afdeling Spinnewiel.

Doel: samen met de aanwezigen één belangrijkste taak als geriatrische revalidatie verpleegkundige/verzorgende kiezen, die voor verbetering vatbaar is en deze uitlichten

(belemmerende, bevorderende factoren). Samen verbetervoorstel construeren.

Opbouw

Ons zelf kort voorstellen aan de aanwezigen. Vertellen dat wij onderzoek op afdeling Spinnewiel hebben gedaan naar de verwachtingen van cliënten en naastbetrokkenen over het revalidatieproces. De resultaten van het onderzoek terugkoppelen aan de groep. Resultaten van bijeenkomst 1 weergeven en hierop laten reageren. Ieder maakt een top drie van belangrijkste taken. Er wordt door ieder uitgelegd waarom deze top drie, zodat er een dialoog kan worden gevormd in de groep om zo één gezamenlijke taak te kiezen. Vanuit deze taak worden de belemmerende en bevorderende factoren opgesteld die zij aangeven te hebben in hun dagelijks functioneren.

Resultaten

De verpleegkundigen en verzorgenden zagen de communicatie tussen de professionals zelf als team en interdisciplinair, als belangrijkste verbeterpunt. Hieronder worden de belemmerende en bevorderende factoren uitgezet in een schema ten opzichte van het gezamenlijke belangrijkste verbeterpunt.

Communiceren tussen de teamleden/andere disciplines met betrekking tot het revalidatieproces.

Belemmerende factoren	Bevorderende factoren
Fysiotherapeut heeft ander doel dan verpleegkundige met de cliënt.	Deel van therapie op afdeling laten starten.
Verpleegkundige houdt rekening met groter geheel in plaats van het focussen wat de paramedici doet.	Structurele rapportage, manier van communiceren.
Niet altijd duidelijk wat gezamenlijk doel is. (zowel in het team als interdisciplinair)	Duidelijke afspraken maken in team en tussen disciplines.
Verschillende interpretaties van rapportages.	Duidelijker rapporteren van voortgang revalidatie, via het werkplan, waar te rapporteren.
Rapportages van fysio moeilijk te lezen, vakjargon	Fysio: overzichtelijker maken wat cliënt mag (kijkend naar transfers, ADL)
Lezen van rapportage kost veel tijd.	Fysio Jargon vermijden naar verpleegkundige toe.
Wat moet je precies rapporteren?, Wat moet je weten? (verpleegkundig/verzorgend gezien)	

Conclusie twee bijeenkomsten

De verpleegkundigen en verzorgenden zien punten van verbetering wat het onderzoek bevestigt. Zij hebben zelf punten opgesteld die zij voor verbetering vatbaar zien wat betreft de revalidatiezorg. De signalen over de niet optimale zorg zijn nu omgezet in verbeterpunten. Deze verbeterpunten kunnen naast het kader van het verbetervoorstel worden gelegd. Hieruit zou een verbetervoorstel kunnen

worden geschreven, wat de eerste stap (1. Ontwikkeling voorstel voor verandering) is in de implementatie volgens het model van Grol en Wensing (bijlage XI).

Adviesnota zorg

De vijf punten die verbeterd kunnen worden vanuit de bijeenkomsten zijn een uitgangspunt om de verpleegkundige revalidatiezorg te verbeteren. Om de veranderingen te realiseren is er voor afdeling Spinnewiel een plan van implementatie gemaakt in de vorm van een adviesnota. Het plan wordt aan de hand van het model van Grol en Wensing (2011) beschreven (bijlage X). Hierin wordt aangegeven dat een verbetering begint bij signalen voor verbetering van de zorg of dat er vanuit wetenschappelijke artikels innoverende zorg is. In de eerste bijeenkomst is duidelijk geworden dat een groot deel van het verpleegkundige en verzorgende team de zorg ziet als een punt van verbetering. Er zijn vijf gezamenlijke punten opgesteld, omdat dit overzichtelijk, duidelijk (Bijkerk & van der Heide, 2006) en makkelijk te onthouden is, zodat het gangbaar is voor de zorgprofessionals om het aan te pakken. Vanuit bijeenkomst twee is er samen met een groep verpleegkundigen en verzorgenden een begin gemaakt om één punt aan te pakken. Deze is uiteengezet bij de resultaten van bijeenkomst twee. Het advies is om één voor één de overige vier verbeterpunten uiteen te zetten in belemmerende en bevorderende factoren. En deze vijf vervolgens één voor één aan te pakken met behulp van de zeven stappen van Grol en Wensing te beginnen met het verbeterpunt uit bijeenkomst twee.

Model van Grol en Wensing

Na de signalen uit de zorg, moet er volgens het model een planning en voorbereiding worden opgesteld, waarna de zeven stappen kunnen worden doorlopen. Het model is geen stappenplan waar niet van kan worden afgeweken. Elke gemaakte stap geeft inzicht voor de volgende stappen. Zo kan het plan eventueel worden bijgesteld (Grol & Wensing, 2011).

Planning en voorbereiding

Het implementatieproces vergt de nodige planning en voorbereiding voordat de zeven stappen kunnen worden doorlopen. Er moet een gemotiveerd team met voldoende expertise zijn, de afdeling moet een gunstige context hebben, sleutelfiguren moeten betrokken zijn bij de gehele implementatie net zoals de doelgroep waar de implementatie gaat plaatsvinden (Grol & Wensing, 2011).

Een gemotiveerd team met voldoende expertise

Het team dat de implementatie gaat doorvoeren heeft een aantal personen nodig met bepaalde competenties. Een leider, iemand die wordt gezien als een autoriteit, die communiceert met de doelgroep en deze in het project betreft. Iemand die het project kan coördineren, personen die nodige data kunnen verzamelen en analyseren en iemand met administratieve vaardigheden om processen in gang te kunnen zetten.

Creëren van een context die gunstig is voor verandering

Een gunstige context is belangrijk om een verandering in de organisatie door te voeren (Cox & Holleman, 2006; Grol & Wensing, 2011; Rycroft-Malone, 2004). Door middel van de Context Assessment Index (CAI) wordt de mate waarin de organisatie openstaat voor een verandering gemeten (Cox, 2009). Het doel van de CAI is om een beeld te krijgen in welke mate afdeling Spinnewiel voor een verbetering open staat. De drie punten (cultuur, leiderschap en evaluatie) van context volgens het Parijs model worden door middel van de CAI getoetst. Dit model is gekozen, omdat het verwant is aan de context van het model van Grol en Wensing en het een indruk geeft op welke van de drie punten gewerkt moet worden, alvorens er een verbetering kan worden bewerkstelligd. De CAI is een vragenlijst die ingevuld wordt door de personeel op de afdeling waar de implementatie zal plaatsvinden, in dit geval afdeling Spinnewiel. De Nederlandse versie van de CAI kan worden gevonden door de link hieronder te openen en vervolgens 'Gids voor gebruik van de Context assessment index (CAI)' te openen. Hierin wordt verteld hoe deze te analyseren en te interpreteren is.

<http://www.fontys.nl/ebp/pd.bronnen.en.hulpmiddelen.270902.htm>

Zorgen voor betrokkenheid van leiders en sleutelfiguren.

Zorg dat het afdelingshoofd te allen tijde op de hoogte is van de stappen. Neem haar ook mee in de maandelijkse evaluatie. Als er een bepaald budget voor bijvoorbeeld een training moet losgemaakt worden kan zij waarschijnlijk hierbij helpen (Grol en Wensing, 2011).

Betrekken van de doelgroep in alle fasen van het proces

De verpleegkundigen en verzorgenden van afdeling Spinnewiel moeten te allen tijde betrokken worden bij de stappen van de implementatie. Om dit te kunnen volgen moet de coördinator een schema opzetten voor het maandelijks evalueren van de vooruitgang (Grol & Wensing, 2011).

Na deze punten te hebben verwerkt kunnen de zeven stappen van Grol en Wensing verder worden bekeken. Verder wordt er geadviseerd om steeds een kleine belemmerende factor aan te pakken die concreet en eenvoudig te realiseren is op afdeling Spinnewiel. Dit principe heet 'lean management', wat al door meerdere zorginstellingen wordt gebruikt, zoals het Catharina ziekenhuis (Lijkendijk, z.j.) en UMCG ("Lean six sigma in UMCG", 2009). Dit is een interessant onderwerp, doordat het uiteindelijk ook kostenbesparend is ("Sectoren Zorg en Welzijn Structurele verbetering met Lean Six Sigma", z.j.).

Adviesnota voorlichting

Om de verwachting van de cliënten en naastbetrokkenen over het revalidatieproces meer te laten aansluiten bij de werkelijkheid is het advies om het continuerend proces binnen de revalidatiezorg meer naar voren moet komen in de voorlichting. Uit meerdere bronnen (Dosaris, 2013; "24 uren therapeutisch klimaat," 2012; Regionale Stichting de Zorgcentra de Kempen, 2012), komt de term therapeutisch verplegen naar voren, waaruit blijkt dat het belangrijk is. Dit zou mogelijk kunnen worden geïntroduceerd in de voorlichting als belangrijk onderdeel van de revalidatiezorg, zodat cliënten en naastbetrokkene dit ook zo zien. De voorkeur ligt om de voorlichting bij de zorgadviseur en zorgcoördinatoren toe te passen. De zorgadviseur verteld over het algemeen het eerste van de zorgprofessionals wat meer over Damast. De zorgcoördinatoren kunnen dit in het opnamegesprek herhalen, zodat het beter bij de cliënten en naastbetrokkenen blijft hangen.

Advies vervolg

Afdeling Spinnewiel is een ZIC afdeling met als voordeel dat er kwaliteitsprojecten en afstudeeropdrachten plaatsvinden. Er wordt geadviseerd om deze opdracht verder uit te werken als een kwaliteitsproject, dan wel afstudeeropdracht.

Literatuurlijst

Artikels:

- Burke, K.G., Doody, O. (2012). Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing Older People*, 24, 33-38. Ontleend aan <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2d974467-0f59-4b7e-903c-b52e4f743fe6%40sessionmgr14&vid=6&hid=21>
- Cox, K. & Holleman, G. (2006). EBP en het PARIHS-model. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 04, 22-26. doi: 10.1007/BF03071167
- Cox, K. (2009). Evidence-based implementeren: twee instrumenten om de context in kaart te brengen. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 4, 8-10.
- McKain, S., Henderson, A., Kuys, S., Drake, S., Kerridge, L. & Ahern, K. (2005). Exploration of patients' needs for information on arrival at a geriatric and rehabilitation unit. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 704–710. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01140.x
- McKinley, R.K., Stevenson, K., Adams, S. & Manku-Scott, T.K. (2002). Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Fam Pract.*, 4, 333-8.
- McKinley, R.K. & Roberts, C. (2001). Patient satisfaction with out of hours primary medical care. *Quality in Health Care*, 10, 23-28.
- Niessen, T., Legius, T., Munten, G. & Snoeren M. (2013). Veranderingen in zorg en onderwijs gaan gelijk op met veranderingen in mensen. *Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorgonderwijs*, 3, 3-6.
- Pryor, J. & O'Connell, B. (2007). Incongruence between nurses' and patients' understandings and expectations of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1766-1774. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02322.x
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework-A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, 297-304
- Vuuren, L.J. van & Crous, F. (2005). Utilising Appreciative Inquiry (AI) in Creating a Shared Meaning of Ethics in Organisations. *Journal of Business Ethics*, 57, 399-412. doi: 10.1007/s10551-004-7307-3
- Yrrell, E.F., Levack, W.M., Ritchie, L.H. & Keeling, S.M. (2012). Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 2466–2476. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05944.x

Boeken:

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Meer-Middelburg, A.G.E. van der (2000). *Basisboek open interviews*. Houten: Stenfert Kroese.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Theunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Bergsma, A. (2003). *Het Brein van A tot Z. Hersenstichting Nederland*. Utrecht: het Spectrum.
- Bijkerk, L. & Heide, W. van der (2006). *Het gaat steeds beter! Activerende werkvormen voor de opleidingspraktijk*. Houten: Bohn Stafleu van loghum.
- Brysbaert, M. (2006). *Psychologie*. Gent: Academia Press.
- Cox, K., Louw, D. de, Kuiper, C. & Verhoef, J. (2008). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: LEMMA BV.
- Damast (2012). *Studiehandleiding ZIC Damast 2012*. Tilburg: De Wever.
- Deenen, Th.A.M., Janssens, J.R., Kila, C.M., Vaate, E. bij de, Baeten, J., Engelsman, C. & Asperen, E. van (2000). *Gezondheidsvoorlichting in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does bv.

- Eulerink, F., Heeren, T.J., Knook, D.L., Lighart, G.J. (2004) *Inleiding gerontologie en geriatrie*. Houten: Bohn Stafleu van loghum.
- Grol, R., Wensing, M. (2011). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hafsteinsdóttir, T. & Schuurmans, M. (2009). *Verpleegkundige revalidatierichtlijn beroerte*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hazelhof, T. & Verdonschot, T. (2000). *Begeleiden van ouderen met problemen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hemel, L. van & Geurden, B. (2010). *Verpleegkundige concepten en methoden*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Lechner, L., Mesters, I., & Bolman, C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Nieswiadomy, R.M., Maten-Speksnijder, A. ter & Lange, J. de (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Schim van der Loeff-van Veen, R.J. (2010). *Zorg voor de kwetsbare oudere*. Houten: Bohn Stafleu van loghum.
- Terra, B., Mechelen-Gevers, E.J. van, Burgt, M. van der. (2010). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundige. De stappen naar zelfmanagement*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg
- Van Dale. (2005). *Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie.
- Vonk, R. (2003). *Cognitieve Sociale Psychologie. Psychologie van het dagelijks denken en doen*. Utrecht: LEMMA BV.
- Wiekens, C.J. (2012). *Beïnvloeden en veranderen van gedrag*. Amsterdam: Pearson Education.

Webpagina's:

- CVZ (2012) *Diagnosebehandeling-combinaties*. Op 18-03-2013 ontleend aan <http://www.cvz.nl/zorgpakket/zvw-kompas/medisch-specialistische+zorg/dbc-systeem/dbc-systeem.html>
- DBC-onderhoud (2012). *24 uren therapeutisch klimaat*. Op 18-06-2013 ontleend <http://www.dbconderhoud.nl/319-24-uren-therapeutisch-klimaat/menu-id-1011>
- DBC-onderhoud (2012). *DBC-systematiek voor de geriatrische revalidatiezorg*. Op 18-03-2013 ontleend aan http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3488
- De Wever (z.j.). *folder van Damast*. Op 11-03-2013 ontleend aan <http://www.dewever.nl/~media/Files/Damast.ashx>
- Dosaris (2013). *GRZ-Wat betekent dit voor uw therapeutisch klimaat?* Op 18-06-2013 ontleend aan http://www.advisaris.nl/userdata/site_90/documents/Dosaris-opleiding-GRZ-therapeutisch-klimaat.pdf
- Juridisch Woordenboek (2013). *Verwachting / verwachten / verwacht (expectation)*. Op 18-06-2013 ontleend aan <http://jw.juridischwoordenboek.com/contentDefinition.asp?termRechtsgebiedId=982600>
- Lean six sigma in UMCG. (2009). Op 15-06-2013 ontleend aan <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2009/6/Lean-six-sigma-in-UMCG-ZVS005805W/>
- Lijkendijk, L. (z.j.). *Catharina Ziekenhuis opereert als een bedrijf*. Op 19-06-2013 ontleend aan <http://www.maruna.nl/blog/case-catharina-ziekenhuis/>

- Medisch Spectrum Twente (z.j.). Geriatriische zorgvrager. Op 11-03-2013 ontleend aan https://www.mst.nl/kwetsbareouderen/kwetsbare_ouderen/Geriatriische%20zorgvrager/
- Boddeke, H.W.G.M. (z.j.). Het verouderingsproces. Op 11-03-2013 ontleend aan <http://studiekringnoord.nl/Syllabus/syllabus2004//bijdragen/bo/bo2.htm>
- Hoeymans, N. & Schellevis, F.C. (2008). Wat is een chronische ziekte en wat is multimorbiditeit? Op 11-03-2013 ontleend aan <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/beschrijving/>
- NBRV (2004). *Revalidatieverpleegkundige*. Op 15-03-2013 ontleend aan http://www.venvn.nl/Portals/20/afdelingen_platforms/BDP_Revalidatieverpleegkundige.pdf
- Plochg, T., Juttman, R.E., Klazinga, N.S. & Mackenbach, J.P. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Op 11-04-2013 ontleend aan <http://books.google.com/>
- Regionale Stichting de Zorgcentra de Kempen (2012). *Revalideren in een therapeutisch klimaat*. Op 19-06-2013 ontleend aan http://www.rszk.nl/files/Therapeutisch_klimaat_RCvS_april_2012.pdf
- Sectoren Zorg en Welzijn Structurele verbetering met Lean Six Sigma, (z.j.). Op 15-06-2013 ontleend aan <http://www.plusdelta.nl/referenties-sector-zorg-unc-plus-delta-lean-six-sigma.php?gclid=CPywxqnb9LcCFVHMTAodOG8AHQ>
- Squires, A.J. & Hastings, M.B. (2002). *Rehabilitation of the Older Person: A Handbook for the Interdisciplinary Team*. Op 19-06-2013 ontleend aan <http://books.google.com/>
- Thesaurus zorg en welzijn (z.j.). *Behandeling*. Op 11-04-2013 ontleend aan <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/behandeling.htm>
- Verenso (2012). *Triage instrument revalidatiezorg, versie 1*. Op 18-03-2013 ontleend aan www.actiz.nl/stream/verenso-triage-instrument-revalidatiezorg

Bijlage I

De geriatrische zorgvrager

Het is een oudere patiënt die een complex ziektebeeld vertoont door de aanwezigheid van onderstaande factoren:

- een veelvoud van ziektes;
- stoornissen in het geestelijke en/of lichamelijk functioneren;
- en/of een ontregelde sociale situatie.

Naast deze factoren is de oudere patiënt meer kwetsbaar en heeft een verminderde reservecapaciteit. Verschillende systemen verouderen, zoals het immuunsysteem en het zenuwstelsel. Er is bijvoorbeeld een verminderde motorische en zintuigelijke functie. Hierdoor kan men ook minder goed zien en horen. Hierdoor verloopt herstel bij verzwaarde omstandigheden zoals ziekte en stress moeizamer en vraagt het meer tijd. Weerstand bieden wordt moeilijker en ook het kwalitatief functioneren van de organen neemt af.

Lang niet alle oudere patiënten zijn geriatrisch, maar meestal zijn geriatrische patiënten wel oud. Kalenderleeftijd staat dus niet gelijk aan de biologische leeftijd (*Geriatrische zorgvrager* (z.j.); Boddeke (z.j.); Schim van der Loeff-van Veen, 2010).

Geriatrische revalidatie

In onderstaande tekst worden twee definities gegeven welke in de basis overeenkomen met elkaar. Het college voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft een definitie opgesteld:

“Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is”.

Kwetsbaarheid: een gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.
(*Triage instrument revalidatiezorg*, 2012)

Multimorbiditeit: het tijdens een bepaalde periode optreden van meer dan één (chronische) ziekte in één individu. Comorbiditeit is een ander begrip, en gaat uit van een extra aandoening bij mensen die al een ziekte hebben (Hoeymans & Schellevis, 2008).

Het document ‘Triage Instrument Revalidatiezorg’ (2012) geeft een volgende definitie:

“Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die is gericht op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag-belastbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang (door werkgroep specialisten ouderengeneeskunde, 2009)”.

Verder uitgewerkt door minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS):

“- Er heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden, waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname en deze is afgerond.”;

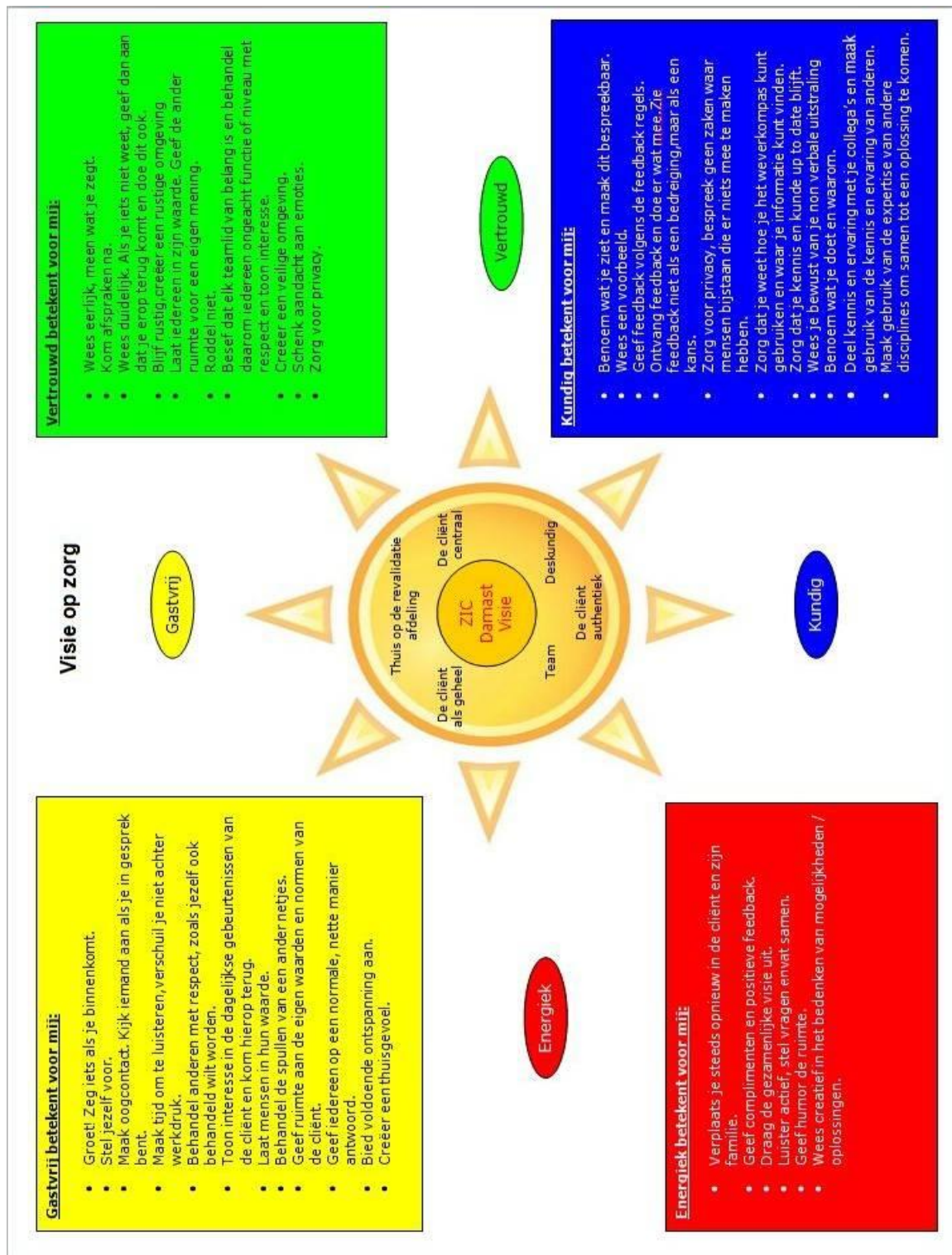
- In aansluiting hierop is behoefte aan revalidatiebehandeling zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden en die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist.”;

- Naast de aandoening waarvoor de patiënt wordt gerevalideerd heeft de patiënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), die in combinatie tot verminderde leer- en trainbaarheid leiden.”;

- het betreft revalidatie op basis van een behandelingsplan (vrijwel altijd in combinatie met verzorging en/of begeleiding) die direct aansluit op een medische interventie door een medisch specialist.”;

- De behandeling richt zich op de terugkeer naar de thuissituatie of het verzorgingshuis.

Bijlage II



Bijlage III

DBC (Diagnosebehandeling-Combinatie)

Het DBC-systeem is een registratiesysteem die zorgverleners gebruiken om verleende zorg uiteindelijk te kunnen declareren bij een zorgverzekeraar of patiënt. Het levert ook inzicht in het daadwerkelijke gebruik van geleverde zorg en de behoeften van cliënten.

De overheid wenst dit, om zo transparantie te verkrijgen over prijzen en prestaties in de gezondheidszorg. Hiermee moet het mogelijk worden om te sturen op de kosten en de kwaliteit van zorg. Voor elke sector in de zorg is er een verschillende DBC-systematiek.

Een DBC-systematiek bevat een groot aantal zorgpakketten. Deze worden DBC-zorgproducten genoemd.

“Een DBC-zorgproduct bevat alle handelingen die gemiddeld nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en de behandeling te verrichten.” ...“Er staat ook informatie in over de vergoeding voor de behandelaar en de kosten van de zorginstelling. Het totaal aan zorgpakketten heet een productstructuur”.

De wijze waarop de zorg in de vorm van DBC's of DBC-zorgproducten wordt geregistreerd, intern verwerkt en gedeclareerd staat in een set van vaste afspraken in iedere DBC-systematiek (*DBC-systematiek voor de geriatrische revalidatiezorg*, 2012).

Het college van zorgverzekeringen (CVZ) beoordeelt of zorgactiviteiten binnen het basispakket vallen (*Diagnosebehandeling-combinatie*, 2012).

Bijlage IV

Uitnodiging aan cliënten (en naast betrokkene) voor deelname aan onderzoek door middel van interview

Tilburg, 23-04-2013

Onderwerp: uitnodiging voor deelname aan interview.

Beste heer/mevrouw,

Mijn naam is Pasquale Antonis (,22 jaar oud) en volg de studie HBO Verpleegkunde in Tilburg. Momenteel ben ik in de afronding van deze studie en ben ik samen met een studiegenoot bezig aan een afstudeeropdracht.

Wij doen onderzoek naar verwachtingen van cliënten en familie over het revalideren op Damast. Ik ben geïnteresseerd in welke verwachtingen cliënten en hun meest betrokken naaste hadden en hebben over het revalideren. Of verwachtingen bij de werkelijkheid aansluiten en ook welke informatie zij gemist hebben en waarom. Op basis van deze gegevens kunnen wij de informatieverstrekking aan cliënten en familie voor en tijdens de opname op Damast verbeteren en proberen we ervoor te zorgen dat cliënten en hun naast betrokkenen (in de toekomst) beter weten waar ze aan toe zijn als zij gaan revalideren.

Ik wil graag in gesprek gaan met cliënten en naast betrokkenen die nog niet zo lang (bij voorkeur korter dan 14 dagen) op afdeling Spinnewiel verblijven.

Graag zou ik met u en uw meest betrokken naaste hierover praten. Bij voorkeur vinden deze interviews na elkaar plaats. Ik wil vermelden dat er tijdens het gesprek geen goede of foute antwoorden zijn, ik ben benieuwd naar uw ervaring en mening. In geen enkel geval zal deelname nadelig zijn voor de zorg of behandeling die u krijgt. Het gesprek wordt opgenomen met geluidsapparatuur voor enkel mijn eigen gebruik en gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Om het u gemakkelijk te maken kan het plaatsvinden op uw eigen kamer of in een andere ruimte op afdeling Spinnewiel. Het gesprek zal ongeveer een half uur duren.

Ik zou graag van u vernemen of u (en uw betrokken naaste) wil deelnemen aan de interviews. Indien u akkoord bent zullen we een afspraak maken, op een moment dat het u en uw naaste het beste uitkomt. Ik zal u dan het onderzoek nog eens toe te lichten en kunnen er vragen vooraf gesteld worden.

Heeft u nog vragen over het interview of het onderzoek, kunt u deze aan mij stellen. Dit kan door een mailtje te sturen naar: projectdamast@gmail.com Of u kunt informeren bij het afdelingshoofd van Spinnewiel.

Met vriendelijke groet,

Pasquale Antonis
Student HBO-Verpleegkunde
Fontys Hogescholen te Tilburg

Onderzoek naar verwachtingen van cliënten en hun betrokken naasten.

Hierbij verklaar ik, de respondent, dat ik op de hoogte ben van het doel van het onderzoek en dat ik hierover geïnformeerd ben.

Ik neem deel aan het interview, d.d.:-.....- **2013**.

Tijdstip::.....

Handtekening respondent:

.....

Uitnodiging naast betrokkene voor deelname aan onderzoek door middel van interview

Tilburg, 23-04-2013

Onderwerp: uitnodiging voor deelname aan interview.

Beste heer/mevrouw ,

Mijn naam is Pasquale Antonis (,22 jaar oud) en volg de studie HBO Verpleegkunde in Tilburg. Momenteel ben ik in de afronding van deze studie en ben ik samen met een studiegenoot bezig aan een afstudeeropdracht. We zijn geen medewerkers van Damast.

Wij doen onderzoek naar verwachtingen van cliënten en familie over het revalideren op Damast. Ik ben geïnteresseerd in welke verwachtingen cliënten en hun meest betrokken naaste hadden en hebben over het revalideren. Of verwachtingen bij de werkelijkheid aansluiten en ook welke informatie zij gemist hebben en waarom. Op basis van deze gegevens kunnen wij de informatieverstrekking aan cliënten en familie voor en tijdens de opname op Damast verbeteren en proberen we ervoor te zorgen dat cliënten en hun naast betrokkenen (in de toekomst) beter weten waar ze aan toe zijn als zij gaan revalideren.

Ik wil graag in gesprek gaan met betrokkenen naaste van cliënten die nog niet zo lang (bij voorkeur korter dan 14 dagen) op afdeling Spinnewiel verblijven..

Graag zou ik met u, als meest betrokken naaste, hierover praten. Bij voorkeur vindt het interview na het interview met dhr./mw. plaats. Ik wil vermelden dat er tijdens het gesprek geen goede of foute antwoorden zijn, ik ben benieuwd naar uw ervaring en mening. In geen enkel geval zal deelname nadelig zijn voor de zorg of behandeling die dhr./mw. krijgt. Het gesprek wordt opgenomen met geluidsapparatuur voor enkel mijn eigen gebruik en gegevens zullen anoniem verwerkt worden. Om het u gemakkelijk te maken kan het plaatsvinden in een ruimte op afdeling Spinnewiel. Het gesprek zal ongeveer een half uur duren.

Ik zou graag van u vernemen of u wilt deelnemen aan het interview. Indien u akkoord bent zullen we een afspraak maken, op een moment dat het u het beste uitkomt. Ik zal u dan het onderzoek nog eens toe te lichten en kunnen er vragen vooraf gesteld worden.

Heeft u nog vragen over het interview of het onderzoek, kunt u deze aan mij stellen. Dit kan door een mailtje te sturen naar: projectdamast@gmail.com Of u kunt informeren bij het afdelingshoofd van Spinnewiel.

Met vriendelijke groet,

Pasquale Antonis
Student HBO-Verpleegkunde
Fontys Hogescholen te Tilburg

Bijlage V

Interview – cliënt & naast betrokkene

Topics en vragen

Interview met respondent cliënt – naam is een pseudoniem

1. Opening: uitleggen doel onderzoek, tijdsduur, toestemming vragen opname gesprek.

2. Kern

Persoonsgegevens:

- Geboortjaar:
- Woonplaats:
- Geboorteplaats:
- Opleiding & beroep:
- Reden van opname:
- Revalidatiedoelen:

Beginvraag cliënt

Kunt u wat vertellen over het moment waarop u voor het eerste hoorde dat u mocht gaan revalideren?

Alternatieve vraag:

Kunt u iets vertellen over welke verwachtingen u had over het revalideren op Damast voordat u hier opgenomen werd?

→ Waar kwamen die verwachtingen vandaan?

Topics:

- Informatiebronnen (Wie of wat?)
 - Welke personen in traject (o.a. zorgprofessionals).
 - Eerdere ervaringen met revalidatie.
 - Eigen kennis.
 - Andere cliënten, familie/vrienden/kennis.
- Eerste algemene informatie over Damast. – Waarover en op welke wijze? Verwachting? Later gekregen informatie?
 - Zorg op Damast.
 - Werkwijze verpleegkundigen, ochtend, avond, tussenmomenten.
 - Therapie(frequenties) op Damast.
- Gemiste informatie (ter verbetering).
- Stemt verwachting overeen met werkelijkheid?

3. Afsluiting:

- Informeren vragen of opmerkingen.
- Mailen voor latere opmerkingen naar: projectdamast@gmail.com
- Vertellen wat er met gegevens gebeurt.
- Bedanken voor tijd en gegevens.

Interview met respondent naast betrokkene

1. Opening: uitleggen doel onderzoek, tijdsduur, toestemming vragen opname gesprek.

2. Kern

Persoonsgegevens:

- Relatie tot cliënt (hoelang al):
- Geboortejaar
- Woonplaats
- Opleiding & beroep

Beginvraag naast betrokkene

Kunt u wat vertellen over het moment waarop u voor het eerste hoorde dat uw familielid/vriend/kennis mocht gaan revalideren?

Alternatieve vraag:

Kunt u iets vertellen over welke verwachtingen u had over het revalideren op Damast voordat dhr/mw. hier opgenomen werd?

→ Waar kwamen die verwachtingen vandaan?

Topics:

- Informatiebronnen (Wie of wat?)
 - Welke personen in traject (o.a. zorgprofessionals).
 - Eerdere ervaringen met revalidatie.
 - Eigen kennis.
 - Andere cliënten, familie/vrienden/kennis.
- Eerste algemene informatie over Damast. — Waarover en op welke wijze? Verwachting? Later gekregen informatie?
 - Zorg op Damast.
 - Werkwijze verpleegkundigen, ochtend, avond, tussenmomenten.
 - Therapie(frequenties) op Damast.
- Gemiste informatie (ter verbetering).
- Stemt verwachting overeen met werkelijkheid?

3. Afsluiting:

- Informeren vragen of opmerkingen.
- Mailen voor latere opmerkingen naar: projectdamast@gmail.com
- Vertellen wat er met gegevens gebeurt.
- Bedanken voor tijd en gegevens.

Opbouw en onderbouwing van het interview

De deelvraag is opgesplitst in twee delen om duidelijk te krijgen welke twee vragen beantwoord dienen te worden aan de hand van de gegevens van de interviews.

1. Waarover ontstaan verwachtingen met betrekking tot het revalidatieproces volgens cliënten en hun betrokken naasten?
2. Hoe ontstaan verwachtingen met betrekking tot het revalidatieproces volgens cliënten en hun betrokken naasten?

Om antwoord te kunnen krijgen op de bovenstaande vragen is het belangrijk te weten welke informatie verkregen moet worden uit de interviews. Hieronder is opgesomd welke informatie verkregen wil worden.

- a. *Erachter te komen wie of welke informatiebronnen zij hebben gehad.*
- b. *Wat de informatie die zij gekregen hebben volgens hen inhoud en welke verwachting(en) er is/zijn ontstaan over welke onderwerpen.*
- c. *Wanneer en op welke manier (verbaal en/of visueel) deze informatie verkregen is.*
- d. *Waarom juist deze informatie onthouden/bijgebleven is.*

- *Welke informatie gemist is in het gehele traject van het ziekenhuis tot en met opname Damast (ter verbetering).*

Om het gesprek te openen zal eerst het doel van het onderzoek worden uitgelegd, de tijdsduur wordt benoemd en er wordt toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Dit is ook in de uitnodiging besproken, maar wordt nog een keer toegelicht (Michgelbrink, 2006).

In het interview zal eerst worden gevraagd naar wat persoonlijke gegevens. Op een dergelijk soort vragen kan de respondent vaak eenvoudig antwoord geven, zodat de interviewer en de respondent aan de setting kunnen wennen (Baarda, 2005). Naar het revalidatiedoel van de cliënt zal worden gevraagd, om erachter te komen wat de cliënt als doel voor ogen heeft. Dit komt ook terug in het werkwijze van Tyrrell et al. (2012).

De beginvraag luid: *“Kunt u wat vertellen over wanneer u voor het eerste hoorde dat u mocht gaan revalideren?”*

Het is belangrijk om een niet suggestieve, open beginvraag te formuleren, om zo de eerste prikkel te geven aan de respondent en hem/haar uit te nodigen om te vertellen. Michgelbrink (2006) stelt nog een aantal voorwaarden aan een beginvraag, hieraan is voldaan. Met de beginvraag wordt er antwoord gevraagd op informatie uit het verleden. Hoewel dit niet lang is, valt het toch onder de retrospectieve vragen (Baarda, 2005). Wanneer de vraag weinig of niets oproept mag er een geheugensteuntje gegeven worden. Zo kan er in plaats van revalideren, “herstellen” of “werken aan zelfstandigheid” gezegd worden en/of het beeld schetsen dat de respondent nog in het ziekenhuis lag en voor het eerst hoorde wanneer hij/zij weg mocht uit het ziekenhuis.

De topics zijn gebaseerd op de bovenstaande vier punten (a,b,c en d), kennis uit de oriëntatiefase en literatuur. Deze topics zijn niet in het geheel chronologisch en zullen in het interview door elkaar lopen. Zo zullen de informatiebronnen en informatie die gemist is op bepaalde punten in het traject van ziekenhuis naar opname Damast, meerdere keren aanbod komen.

De topics:

- **Informatiebronnen**
- **Eerste informatie over Damast**
- **Zorg op Damast**
- **Therapie op Damast**

- Gemiste informatie

Informatiebronnen

Er zijn verschillende informatiebronnen die prikkels kunnen geven voor het creëren van een verwachting. De verschillende prikkels uit deze bronnen vormen samen een schema of vullen een bestaand schema aan (Vonk, 2003). Hierop kan een persoon zijn verwachting baseren. Hoewel informatie krijgen van een zorgprofessional een duidelijke (nieuwe) informatie prikkel is, kunnen eerdere ervaringen, eigen kennis en verhalen van andere cliënten ook bijdragen. Misschien zijn er voor cliënten en hun betrokken naaste nog meerdere en/of andere prikkels, maar bovenstaande zullen zeker aanbod komen in het interview. Er zal vooral worden ingegaan op informatie van derden (zorgprofessionals), omdat hier invloed op kan worden uitgeoefend en deelvraag twee onderzoek verricht bij zorgprofessionals.

Dit topic zal meerdere keren aanbod zijn in het interview.

Eerste informatie over Damast

Er zal proberen worden te achterhaald hoe de respondenten voor de eerste informatie krijgen over Damast. Dit vormt namelijk een eerste beeld. Hebben zij wat gelezen op internet, eerdere ervaringen, gehoord van derden, de zorgprofessional die er wat over verteld? Etc. Vanaf dat punt zal de verwachting door nieuwe prikkels worden bijgesteld.

Zorg op Damast

Respondenten hebben waarschijnlijk over meerdere zaken verwachtingen. Het onderzoek is geïnteresseerd naar verwachtingen over de zorg op Damast, dus dit moet zeker aanbod komen. Het onderwerp zorg zal gesplitst worden in de werkwijze van verpleegkundigen op Damast, ochtend- en avondzorg en zorgmomenten gedurende de dag. Hoe en welke verwachtingen zijn hierover gevormd en komen deze volgens hen overeen met de werkelijkheid?

Therapie op Damast

In dit topic zal vooral de frequentie van de therapieën aanbod komen gezien dit een onderdeel is van de probleemstelling.

Gemiste informatie

Hoewel dit per respondent waarschijnlijk verschillend zal zijn, kan deze informatie nuttig zijn ter verbetering en is het mogelijk dat er een gezamenlijk thema/onderwerp naar voren komt. Vragen die hierbij gesteld worden, zullen gericht zijn op waarom deze informatie gemist is en wanneer zij deze graag zouden hebben.

In de afsluiting van het interview zullen onderstaande punten aanbod komen.

- Informeren of de respondent nog opmerkingen en/of vragen heeft.
- Mailen voor latere opmerkingen en vragen kan naar: projectdamast@gmail.com Dit heeft als doel vergeten informatie door de respondent te laten benoemen.
- Vertellen wat er met de gegevens van het interview gebeurt.
- Bedanken voor de gegevens en tijd (Baarda, 2005).

Aandachtspunten interviews

Tussendoor zal gegeven informatie worden samengevat om te checken of de interviewer het juist begrepen heeft. Dit is een soort van member-check. Daarnaast zal rekening worden gehouden met de oudere patiënt. Vragen zullen zo duidelijk mogelijk gesteld worden. Er zal niet te snel worden gepraat door de interviewer, zodat het gesprek goed gevolgd kan worden.

Bijlage VI

Informed consent onderzoek 2

Betreft: uitnodiging onderzoek op Damast

Beste meneer/mevrouw,

Mijn naam is Marc van Bakel en ben student aan Fontys Hogeschool Verpleegkunde, waar ik momenteel afstudeer. Samen met een andere student doe ik onderzoek naar verwachtingen van cliënten en hun familie over de zorg en behandeling binnen behandelcentrum Damast. Het doel is om inzicht te krijgen in welke informatie en op welke manier de cliënt en familie deze krijgt aangeboden en hoe dit verbeterd kan worden.

Ik wil voor dit onderzoek graag met die professionals in contact komen die informatie geven aan cliënten en familie die (gaan) verblijven op behandelcentrum Damast. Ik wil u daarom uitnodigen voor een gesprek. Het gesprek zal ongeveer een half uur in beslag nemen en opgenomen worden met geluidsapparatuur. Ik zal u dinsdag 23/woensdag 24 april persoonlijk benaderen om u in te lichten over het onderzoek en te vragen of u zich beschikbaar stelt. Er zal een afspraak worden gemaakt op een moment dat het u uitkomt.

De gegevens die gedurende dit onderzoek verzameld worden zullen anoniem worden verwerkt. Tevens kunt u zich ongeacht de reden op elk moment terugtrekken uit het onderzoek. Voor vragen of het verkrijgen van de resultaten van het onderzoek kunt u mailen naar: Projectdamast@gmail.com. Voor klachten kunt u allereerst het voorgaande e-mail adres mailen of terecht bij Carin van Loon, hoofd van afdeling Spinnenwiel.

Met vriendelijke groet,

Marc van Bakel
Student Hbo verpleegkunde
Fontys Hogescholen

Bijlage VII

Het interview

Voor interview vertellen

- Doel van het interview
- Het gaat niet om juiste/onjuiste antwoorden
- Toestemming om interview op te nemen
- Vragen of informatie mag worden gebruikt
- Tijd van interview
- traceerbaar via Projectdamast@gmail.com

Voor interview vragen

Hoeveel ervaring heeft u met het huidige werk?

Heeft u nog meer ervaring met zorg of revalidatie?

Opening transferverpleegkundige/zorgadviseur:

Er komt een consult binnen van een cliënt, hoe pakt u dit verder aan?

Opening zorgcoördinator/ Arts:

Er staat een nieuwe cliënt op de planning van de afdeling, wanneer begint uw rol?

Topics

- Informatie aanbod
- Doel van voorlichting
- Manier van communiceren, informatie overbrengen
 - o Cliënt
 - o Samenwerking disciplines
- Visie op eigen handelen, invloed op de cliënt zijn verwachtingen.
 - o Belangrijkste aspecten volgens hun.
- Verbeterpunten
 - o Eigen
 - o Andermans
 - o Algemeen/organisatorisch

Tussen door samenvatten/parafraseren voor membercheck

Voor zoco's: Heeft u klachten gehoord van patiënten of familie?

Aan het eind van het interview

- Informeren of er nog vragen zijn.
- Bedanken voor interview,
- Vertellen hoe zij aan de resultaten van het onderzoek kunnen komen

Interview onderbouwing/ topiclijst

Eisen

De eisen waaraan een interview moet voldoen volgens Cox(2008, p108)

- Duidelijk verband tussen de onderzoeksvraag, de geïnterviewde en de interviewthema's, topics.
- Traceerbaarheid van de interviews(vastleggen, uittypen)

- Toestemming om de interviews te gebruiken en ernaar te verwijzen.

Het eerste punt wordt onderbouwd aan de hand van de topic's die gesteld zijn. Hierdoor wordt er getracht een zo rijk mogelijke data te vergaren.

In de mail die ik heb gestuurd naar de professionals staat dat de resultaten van de interviews kunnen worden geraadpleegd aan de hand van het e-mail adres projectdamast@gmail.com. Ook is er ruimte voor vragen te stellen via dit adres. Vooraf het interview vraag ik om toestemming om de interviews te mogen gebruiken en ernaar te verwijzen.

Opbouw van interview

Voor het interview

- Hoe is de persoon uitgekozen
- Hoe wordt de informatie gebruikt.
- Tijd van interview

Deze informatie staat in de informed consent, die de professionals hebben gekregen.

- Geen beloning vaststellen, want dit kan vertekening geven van data.

Vragen voor interview

- Hoeveel ervaring heeft u met het huidige werk?
- Heeft u nog meer ervaring met zorg of revalidatie?

Er wordt gevraagd welke professie de persoon uitvoert, hoe lang en of er nog meer ervaring in zorg of revalidatie is. Dit wordt gevraagd om in kaart te brengen welke professional er bij welk verhaal hoort, zodat de gegevens uiteindelijk kunnen worden geanalyseerd met de verschillende professionals en met de ervaring van de professional.

tijdens het interview

Gemakkelijke sfeer creëren:

- gemakkelijke positie zitten onnodige geluiden uitbannen, interviewer duidelijke taal spreken en op een natuurlijke manier praten. Geïnterviewde duidelijk maken dat er geen foute of goede antwoorden zijn gaat om zijn mening, geen druk uitoefenen voor antwoord, gevoelige vragen op het einde.

na het interview

- Informeren of er nog vragen zijn.
- Bedanken voor interview,
- Vertellen hoe zij aan de resultaten van het onderzoek kunnen komen

(Nieswiadomy, 2009 P267-268)

Opbouw van topics

De topic's van het interview wordt gemaakt aan de hand van vooronderzoek en de literatuurvraag. In het vooronderzoek is de onderzoeksvraag geformuleerd met een gesteld doel. Het doel van de onderzoeksvraag is:

Inzicht krijgen in de manier waarop cliënten en hun familie informatie over behandelcentrum Damast krijgen aangeboden. Wat de gedachtegang is van de zorgprofessionals over hun invloed en bijdrage op het creëren van de verwachtingen. Daarnaast of zij ideeën hebben/mogelijkheden zien wat zij in de voorlichting/informatieverschaffing zouden kunnen doen om meer reële verwachtingen te kunnen creëren bij cliënten en hun familie.

Door het doel te splitsen in vier sub vragen is het overzichtelijk welke data er verzameld dient te worden tijdens het interviewen.

- a. Hoe wordt informatie gegeven?**
- b. Welke informatie wordt gegeven?**
- c. Welke invloed en bijdrage denkt de professional te hebben?**
- d. Welke verbetering ziet de professional?**

Iedere vraag wordt gekoppeld aan de literatuurstudie om tot de uiteindelijke topic's te komen die in het kopje interview zijn weergegeven.

a. Hoe wordt informatie gegeven?

Bewust toepassen van en letten bij de cliënt op verbaal/non verbaal (van der Brugt & Verhulst, 2003; Soonius, 2010). Er kan worden gedacht aan standaard processen of juist specifieke voorlichting per cliënt.

Op letten wie de patiënt voor zich heeft, op wat voor benaderen manier? (Soonius, 2010)

Patiënt heeft:

Weinig kennis en wat motivatie : instrueren (uitleggen).

Weinig kennis en weinig motivatie: overtuigen (noodzaak).

Wat kennis en wat motivatie: overleggen (meedenken).

Veel kennis en veel motivatie: overdragen (zelfstandig).

Observatie punten van een gesprek volgens Soonius (2010) (wordt dit toegepast door de professional):

- Doel van het gesprek
- Wordt er gevraagd naar de kennis van de cliënt?
 - o Hierop aansluiten?
- Informatie helder en geordend?
- Wordt er gevraagd of de informatie duidelijk is?
- Ingegaan op vragen van de zorgvrager?
- Is er een gelegenheid tot vragen stellen en het kenbaar maken van gevoelens?
- Wie worden betrokken bij het gesprek?
- Wordt er doorgevraagd/verhelderd?
- Lichaamshouding en oogcontact
- Probleemoplossend vermogen van de voorlichter?
- Wordt de zorgvrager geaccepteerd zoals die is, op wat voor manier?
- Hoe is de afronding van de voorlichting?

Samenwerking tussen professionals, welke informatie wordt uitgewisseld?

Topics die hieruit voortkomen zijn *manier van communiceren en informatie overbrengen*.

b. Welke informatie wordt gegeven?

Onderverdeeld in:

- Revalideren in het algemeen
- Damast specifiek pakket
- Geriatrie apart besproken

Topic die hieruit voortgekomen is informatie aanbod.

c. Welke invloed en bijdrage denkt de professional te hebben?

Belang van voorlichting voor de patiënt:

- Kan zich voorbereiden
- Kan zich een voorstelling maken (onbekendheid roept angst op).
- Voelt zich aangesproken (inspraak, medezeggenschap).
- Kan medewerking geven (kennis van het doel).

(Soonius, 2010)

Verschillende aspecten binnen voorlichting geven:

- Doel van voorlichting geven
- Educatie geven over standaard zaken
- Instructies
- Begeleiding

Informatie over beleving speelt grote rol bij ondervraging patiënt, meer dan de zakelijke informatie.
(Soonius, 2010)

Topic die hieruit voortkomen zijn en het doel van de voorlichting en visie op eigen handelen .

d. Welke verbetering ziet de professional?

Verbeteringen betrekking op:

- Eigen verbeteringen
- Andermans verbeteringen
- Organisatie breed

Topics die hieruit voortkomen zijn visie op eigen handelen en verbeter punten.

Bijlage VIII

Definities - volgens van Dale:

Behandeling: *“geneeskundige verzorging, wijze van behandelen”.*

Geriatricie: *“kennis en leer van het ouder worden en de ouderdomsziekten, synoniem voor ouderdomskunde”.*

Revalidatie: *“het woord is een samenstelling van latijn re-(opnieuw)+ valide (sterk, gezond). Geheel van medische en sociale maatregelen, die tot doel hebben de validiteit van de patiënt zo ver mogelijk te herstellen, respectievelijk de invaliditeit te verminderen en mindervalide arbeidskrachten weer tot voor hen geschikt werk terug te brengen”.*

Therapie: *“dienst, verzorging van het lichaam, genezing, therapie. Onderdeel van de geneeskunde, dat zich met het behandelen, met name met de genezing van ziekten bezighoudt. Methode om iets te verbeteren”.*

Verwachten: *“voorzien of mogelijk achten dat iets gebeuren zal of zich op zekere wijze zal ontwikkelen”.*

Verwachting: *“het verwachten. Dat wat men verwacht: onder, boven verwachting. Beter, slechter dan verwacht; de verwachtingen overtreffen; aan de verwachting beantwoorden; de verwachtingen zijn hooggespannen. Men verwacht er veel van; - hoop, uitzicht; de beste verwachtingen hebben omtrent, van”.*

Verwachtingspatroon: *“(het) min of meer vastomlijnd idee van wat komen gaat, van wat men kan verwachten, gebaseerd op wat men van het betreffende fenomeen al weet”.*

Zorg: *“het streven en de pogingen die men aanwendt, de moeite die men doet om iets in stand of in goede conditie te houden, of zo goed mogelijk te doen zijn of te maken”.*

(van Dale, 2005)

Definities uit andere bronnen:

Behandeling: *“Behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard, gericht op herstel of voorkoming van verergering van een lichamelijk of psychogeriatrische aandoening of beperking of van gedragsproblemen in verband met zo’n aandoening (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, verblijf en behandeling)”.*
(Behandeling, z.j.)

Revalidatie:

“Een multidisciplinaire, doelgerichte en taak georiënteerde diagnostiek of behandeling op zijn minst ter behoud, maar strevende naar verbetering van echt functioneren en het behoud of vergroten van (maatschappelijke) participatie”.
(Triage instrument revalidatiezorg, versie 1, 2012).

Verpleegkundige revalidatie: *“Verpleegkundige revalidatie is het totale proces van het begeleiden en faciliteren van het herstel van een patiënt met beperkingen en handicaps naar een optimaal functioneel niveau (zowel sociaal, fysiek als psychisch) (Waters e.a. 1996, Burton 2000). Zes verpleegkundige taken worden onderscheiden: assessment, communicatie, aspecten van basiszorg, therapie-integratie en therapievoortgang, emotionele ondersteuning en contact met de familie (Long e.a. 2002). Burton (2000) onderscheidt, naast aspecten van zorg, het faciliteren van herstel door patiënten te helpen herleerde handelingen te integreren in het dagelijks functioneren en het creëren van een omgeving om te kunnen revalideren. Verscheidene onderzoeken benadrukken het belang*

van een autonome, therapeutische rol van de revalidatieverpleegkundige (Long e.a. 2002, Long e.a. 2003, Nir e.a. 2004). Maar een te grote concentratie op de eigen rol werkt juist averechts (Strasser e.a. 2005).

...In het multidisciplinaire team kunnen gegevens met elkaar worden uitgewisseld om weloverwogen een behandelplan op te stellen en beslissingen te nemen met betrekking tot de vervolgbehandeling. Samenhang en samenwerking binnen een team zijn belangrijk. Een team is krachtig door de samenwerking tussen verschillende disciplines. Een goed functionerend revalidatieteam met een groot saamhorigheidsgevoel beïnvloedt de functionele uitkomst van de patiënt positief en leidt tot een kortere opnameduur (Strasser e.a. 2005)".

(Hafsteinsdóttir, & Schuurmans, 2009)

Therapie: "Medische term die alle vormen van behandeling van patiënten omvat. De aard van de therapieën kan zeer verschillend zijn, zoals stralingstherapie, geneesmiddelen therapie, psychotherapie en chirurgische therapie. Verder worden de causale therapie (gericht op uitschakeling van de ziekteoorzaak) en de symptomatische therapie (gericht op bestrijding van de ziekteverschijnselen) onderscheiden".

(Bergsma, 2003)

Zorg:

- "het fysieke element van de zorg: het doen, handelen, bewaken.

- Het affectieve element, het gevoel: bekommernis, zorgzaamheid, aandacht".

(Hemel & Geurden, 2010)

Bijlage IX

Resultaten bijeenkomst 1 – ontwikkeling concreet verandervoorstel

DE 5 BELANGRIJSTE 'taken' ALS GERIATRISCHE REVALIDATIE (omvangsopdraken)

- * Duidelijkheid bieden bij opname over het revalidatieproces aan cliënt & naastbetrokkenen.
(Wat weten zij? Wat wilt u van de cliënt verwacht?)
- * Stimuleren van zelfregie/zelfredzaamheid, gericht op de geselede doelen.
(Hoe motiveer je iemand? Wat is een juiste bemoeienis?)
- * Communiseren tussen de teamleden/andere disciplines m.b.t. het revalidatieproces.
- * Stimuleren van cliënten in het nemen van eigen regie van zijn/haare revalidatieproces.
- * Communiseren naar naastbetrokkenen over het revalidatieproces.

Belemmerende factoren in het uitvoeren van deze taken:

- Nog lerende in het geven van geriatrische revalidatiezorg.
(nieuwe setting voor teamleden)
- Communicatie (rapporteren, evaluatie van zorg tussen professionals / cliënten).
- Verschillende benaderingen naar cliënt.
- Verschillende werkwijzen.
- Gevoel van verantwoordelijkheid.

Toevoegingen/opmerkingen belemmerende factoren:
(zijn er nog meer dan de benamende factoren?)

- * Toevoegingen/opmerkingen belemmerende factoren:
(zijn er nog meer dan de benamende factoren?)

Bijlage X

Competenties en kertaken van de geriatrische revalidatieverpleegkundige [\(de blauwe tekst zijn de toegevoegde stukken uit de richtlijnen voor de geriatrieverpleegkundige\)](#)

Algemene revalidatieverpleegkundige

- Kennis van omgaan met beperkingen.
- Kennis van hulpmiddelen en farmacologie.
- Kennis over didactiek en agogiek voor invloed op collega's/studenten.
- Communicatieve vaardigheden voor intermediair tussen zorgvragen, diens naasten en multidisciplinair team.
- Richt zich op herstel/stabiliteit van de cliënt.
- Kennis van psychosociale gevolgen.
- Continuerende en nabije begeleiding van revalidatiedoelstellingen.
- Hervinden van emotioneel evenwicht.
- Confronteren/inzicht geven van grenzen en beperkingen op gebied van ADL en HDL
- Bevorderen van zelfcontrole.
- Informeert over de effecten van problemen bij het vervullen van sociale rollen die vaak secundair zijn aan lichamelijke beperkingen.
- Bewaken van balans tussen leefregels en kwaliteit van leven.
- Geeft voorlichting en advies over het ziektebeeld, eventuele co-morbiditeit en de wederzijdse beïnvloeding.
- Belang van therapietrouw uitleggen/bewaken.
- Proces en doelstellingen bespreken.
- Oefeningen van behandelaars voortzetten.

Kenmerken geriatrische cliënt

- Multi-diagnostiek
- Bedreiging van verlies autonomie
- Verlies aan vitaliteit
- Naasten hebben een belangrijke rol mbt informatievoorziening

Waarden van geriatrische cliënt

- Rust
- Duidelijkheid
- Bescherming
- zorg voor voeding en vocht
- structuur
- veiligheid

Taken geriatrie verpleegkundige

- Psychosociale begeleiding van de mantelzorg.
- Rekening houden met de waarden en normen, de wensen en gewoonten en de behoefte aan privacy van de zorgvrager.

- zich ervan bewust is dat de gelijkwaardigheid van de relatie onder druk kan staan doordat de zorgvrager min of meer afhankelijk is van de verpleegkundige zorg.

Kerntaak: informeren, adviseren en voorlichten

Informeren en adviseren:

De geriatrieverpleegkundige houdt rekening met cognitieve en communicatieve vaardigheden van zowel zorgvrager als naasten. Goede kennis van sociale kaart en beschikbare hulpverleners is vereist.

Eerste informeren, adviseren en voorlichten over organisatie en uitvoering van revalidatiezorg.

- *Wensen en verwachtingen inventariseren voor zorg op maat.*
- *Informatie: uitvoeren van onderzoeken, behandeling, rechten en plichten zorgvrager, rol van cliënt tijdens revalidatieproces, functie revalidatievpk, functie van disciplines.*

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de revalidatieverpleegkundige:

- de zorgvrager en diens naasten over iedere fase van de behandeling informeert en adviseert
- voorkomende vragen beantwoordt dan wel verwijst naar derden
- de continuïteit en kwaliteit van de verwezen zorgvraagbeantwoording door derden bewaakt
- advies en instructies geeft over praktische zaken als hulpmiddelen, werkhervatting, aanpassingen
- mogelijkheden aanreikt die maatschappelijke deelname stimuleren.
- de autonomie van de zorgvrager rond benodigde informatieverstrekking bewaakt
- de regiefunctie van de zorgvrager rond informatieverstrekking bewaakt
- het zelfmanagement rond informatievoorziening stimuleert
- het zelfmanagement van de zorgvrager bevestigt door een pro-actieve houding van de zorgvrager en diens naasten te stimuleren
- gevraagd maar ook ongevraagd informatie verstrekt
- het kennis en inzicht niveau van de zorgvrager regelmatig peilt.

Kerntaak: Verpleegkundige diagnoses vaststellen

- *Revalidatiezorg berust (vooral) op eenduidige hanteerbare beschrijving van verpleegproblemen voor doelen en interventies*

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de revalidatieverpleegkundige:

- gegevensverzameling aanpast aan de omstandigheden van de zorgvrager, het doel van de zorgverlening en de aard van de problematiek
- zich een totaalbeeld vaststelt van de situatie van de zorgvrager en diens naasten en nagaat welke (risico)factoren van invloed kunnen zijn op de leefsituatie van de zorgvrager
- gegevens op een transparante en toegankelijke wijze schriftelijk vastlegt en hierbij rekening houdt met de rechten van de zorgvrager
- de verpleegkundige diagnoses vaststelt op basis van de (on)mogelijkheden en de vermogens van de zorgvrager m.b.t. de ziekte/stoornis en deze beargumenteert
- uitgaat van (standaard-) procedures, maar deze aan de zorgvrager en zijn naasten aanpast
- de samenhang en wisselwerking van de problematiek analyseert en hierin prioriteiten aangeeft
- waar nodig de problematiek van de zorgvrager herbenoemt, zodat deze toegankelijk wordt voor beïnvloeding
- gebruik maakt van algemeen aanvaarde omschrijvingen van verpleegproblemen
- professioneel en zorgvraaggericht denkt, een cliëntgerichte houding aanneemt en dit toont in een context van nabijheid en distantie

- signalen die op (potentiële) verpleegproblemen duiden en de diagnose mogelijk kunnen beïnvloeden, checkt of uitzoekt
- los van richtlijnen en schema's tot vermoedens van problemen en hun achterliggende oorzaken analyseert.

Zelfmanagement optimaliseren door het verplegen aan te sluiten op vastgestelde revalidatieproces en wensen/verwachtingen van zorgvrager.

Dit betekent in concreet gedrag en handelen dat de revalidatieverpleegkundige:

- een klimaat schept waardoor er een vertrouwensrelatie kan ontstaan
- vaardigheden van de zorgvrager op basis van het revalidatiebehandelplan integreert
- stimuleert en helpt bij het realiseren van therapieën en leefregels, die het herstel beïnvloeden
- [Begeleiden van nuttigen van maaltijden en vinden van rust en activiteit.](#)
- psychosociale zorg verleent bij het verwerken van de ziekte, het aanvaardingsproces en het aanpassingsproces. Dit kan gedragsverandering tot gevolg hebben, zoals: therapietrouw zijn, verbetering van keuzes die de gezondheid in stand houden en ook de gezondheid van anderen
- de zorgvrager begeleidt bij diverse gemoedstoestanden en bij praktische, sociale, ethische en levensbeschouwelijke zaken
- [Zorg voor geriatrische zorgvragers wordt sterk bepaald door een verwevenheid van maatschappelijke, somatische en psychosociale problemen. Deze stellen hoge eisen aan de fysieke en psychosociale ondersteuning van de geriatrische zorgvragers in hun dagelijkse leven en functioneren.](#)
- de zorgvrager adviseert over het omgaan met sociaal-maatschappelijke problemen
- [intensieve begeleiding op zowel praktisch, psychisch, sociaal, als maatschappelijk gebied.](#)
- in staat is tot het signaleren en interpreteren van specifieke kenmerken van risicopopulaties, symptomen van en reacties op ziekte of stoornis en daarvoor mede samen met anderen interventies voor opstelt
- [Laten ervaren waar de eigen krachten en mogelijkheden liggen.](#)
- [Zo hoog mogelijke mate van autonomie bij zorgvrager nastreven. --> er is veel aandacht voor het geven van voorlichting en advies over leefregels en voorzieningen.](#)
- op een professionele wijze prognoses geeft over de (potentiële) risico's die een zorgvrager loopt
- in crisissituaties de essentiële zaken goed kan afhandelen
- maatwerk levert aan de zorgvrager met diens belang als uitgangspunt
- verpleegtechnische en begeleidende (be)handelingen correct uitvoert, zodat de zorgverlening steeds adequaat plaats kan vinden en de zorgvrager beter in staat is zijn problemen te hanteren, zich meer gesteund voelt, zich minder machteloos voelt en meer samenhang in zijn leven ervaart.
- [Vertrouwen en veiligheid creëren in het tempo en tijdsduur van de zorgvrager.](#)
- [Problemen met oriëntatie vermogen: bieden van structuur in ruimte en dagindeling voor een veilig gevoel](#)

[Verzorgen van geriatrische cliënt](#)

- [Geheel/gedeeltelijk overnemen van ADL](#)
- [Vertrouwen winnen om te verzorgen](#)
- [Beperkte uithoudingsvermogen, beperkte prikkeltolerantie van cliënt](#)
- [Aandacht voor cognitieve en communicatie \(on\)mogelijkheden.](#)

Ondersteunen in therapietrouw

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de revalidatieverpleegkundige:

- voorlichting geeft over en begeleidt bij:
 - o de medicatie en werking en bijwerkingen hiervan
 - o het nemen van de beslissing 'al dan niet starten' met de medicatie
 - o de wijze van inname van de medicatie
 - o eventuele interacties met co-medicatie
 - o therapietrouw
 - o inpassing van de therapie in het dagelijks leven
- aandacht heeft voor de psychosociale, maatschappelijk en relationele gevolgen
- aandacht heeft voor de factoren die invloed hebben op therapieontrouw, zoals:
 - o het hebben van een druk leven
 - o onbegrip/ tekort aan ziekte-inzicht/ gebrek aan motivatie
 - o bijwerkingen
 - o de wens om de ziekte verborgen te houden
 - o onmacht/onkunde van de zorgvrager en zijn naasten
 - o psychische factoren.

Onderzoek en behandeling ondersteunen door vpk interventies zodat dit als integraal onderdeel van de zorgverlening

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de revalidatieverpleegkundige:

- participeert bij uitvoering van onderzoek en behandeling door de eigen en andere disciplines
- de zorgvrager nieuw aangeleerde vaardigheden en inzichten vanuit de therapeutische setting laat integreren in zijn zelfmanagement tijdens het verblijf op de verblijfsafdeling
- periodiek voortgang rapporteert aan behandelaren
- de zorgvrager adviseert bij de keuze van materialen en hulpmiddelen die ADL en HDL ondersteunen
- zorgvrager en naasten ondersteunt in het zelfstandig uitvoeren van bepaalde handelingen
- pro-actief zelfstandig adviezen geeft
- in overleg een afwijkend genezingsproces medebehandelt onder supervisie van de behandelend arts
- bij gecompliceerde zorg specifieke interventies uitoefent
- probleemoplossend handelt bij complexe zorg
- mede zorg draagt voor de organisatie van materialen en hulpmiddelen in de thuissituatie
- zelfstandig of in overleg verpleegtechnische handelingen uitvoert
- zelfstandig of in overleg gedelegeerde medische handelingen uitvoert.

Kwaliteit van zorgverlening en samenwerking evalueren met andere disciplines en de tevredenheid met de client en diens naasten.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de revalidatieverpleegkundige:

- afdelings- en instellingscriteria bij de evaluatie toepast
- (nieuwe) evaluatiecriteria voorstelt
- het zorgproces zowel tussentijds als na afloop evalueert op efficiëntie en effectiviteit, en het proces van toewerken naar beoogde en feitelijk behaalde doelstellingen volgens organisatiecriteria
- tussentijdse veranderingen signaleert en op basis hiervan het integrale verpleegplan bijstelt
- gegevens op een transparante en toegankelijke wijze schriftelijk vastlegt en hierbij rekening houdt met de rechten van de zorgvrager

- rapporteert over de kwaliteit van de verleende zorg aan relevante partijen/zorgorganisaties
- de zorgvrager informeert over het klachtenreglement en de klachtenprocedure
- organisatorische en logistieke knelpunten signaleert en analyseert
- aanvaarde verbetervoorstellen omzet in nieuwe interventies.

Verpleegtechnisch handelen:

Door haar houding, waarmee zij non-verbaal vertrouwen of juist wantrouwen opwekt, kan de geriatrieverpleegkundige in belangrijke mate bijdragen aan de diagnostiek en therapie van zowel de eigen – als de andere disciplines.

Door geheugenstoornissen of door ernstige verzwakking kan de zorgvrager geen informatie onthouden.

Belangrijke competentie:

- bij de keuze van interventies rekening houdt met de levensloop en de fysieke en psychische belastbaarheid van de zorgvrager en diens mantelzorg.

Bijlage XI

Model Grol en Wensing (2011)

