



Het activeren van patiënten op West 44

Christine Mallie

Roermond, 27 maart 2018

Fontys Hogeschool HRM en Psychologie

Toegepaste Psychologie, locatie Tilburg

Christine Mallie – 2512866

Opdrachtgever: Marie-José Dols

Begeleider: Chantal Geusgens

Afstudeerdocent: Marga Pruijt

Voorwoord

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van West 44, afdeling Neurologie van het Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen. Mijn dank gaat naar iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan dit onderzoek. Mijn opdrachtgever Marie-José Dols en mijn begeleider Chantal Geusgens wil ik in het bijzonder bedanken voor hun steun, begeleiding, goede raad en adviezen tijdens het opzetten en uitvoeren dit onderzoek. Daarnaast wil ik Marga Pruijt en Wim van de Riet, onderzoeksbegeleiders vanuit de Fontys Hogeschool bedanken. Hun opbouwende kritiek en goede adviezen hebben mij eveneens geholpen bij het vormgeven en de focus gericht houden op mijn onderzoek. Peter Vervuren geef ik dank voor het meedenken en het coördineren van gesprekken met verpleegkundigen op afdeling West 44. Daarnaast wil ik mijn waardering uitspreken richting mijn collega's van Klinische en Medische Psychologie voor de steun en aanmoedigingen, in het bijzonder Anouk Verlinden die de rol van coach op zich nam. Voor de huiselijke en ook praktische ondersteuning terwijl ik met mijn onderzoek bezig was, dank ik Jan Mallie. Mijn oprechte hoop is dat de verpleegkundigen van West 44 hier baat bij zullen hebben en dat de interventie een kwaliteitsverbetering betekent voor de patiënten.

Samenvatting

De focus van dit onderzoek concentreert zich rond de mate van activering van de patiënten die opgenomen zijn op de afdeling West 44 – Neurologie van het Zuyderland Medisch Centrum, locatie Sittard-Geleen. De verpleegkundigen werken volgens de evidence based practice en hebben standaard protocollen voor de uitvoering van de zorgtaken. Hierin is, naast de standaard activiteiten behorende bij de zorgtaken, weinig ruimte voor extra activerende activiteiten. De opdrachtgever meent dat activerende activiteiten een vorm van afleiding zouden kunnen bieden. Deze afleiding zou de patiënt kunnen helpen in het omgaan met de situatie van opname en ziekte (coping).

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is:

“Wat zijn de obstakels die in de weg staan van de activering van patiënten die opgenomen zijn op West 44 en hoe kan activering ingezet worden als een vorm van coping tijdens ziekenhuisopname voor deze patiëntengroep?”

Het uitgevoerde onderzoek is kwalitatief van aard. Er zijn semigestructureerde interviews gebruikt om de data te verzamelen. De respondentengroep bestond uit vijf verpleegkundigen en vijf opgenomen patiënten van West 44. De resultaten van de interviews werden gekoppeld aan de informatie uit het literatuur onderzoek.

Uit het onderzoek kunnen drie hoofdconclusies getrokken worden. Ten eerste, dat er meer aandacht moet komen voor de manier van patiënte benadering. Ten tweede, er is een kloof tussen wat de verpleegkundigen zien als belangrijk en wat er daadwerkelijk gebeurt. Ten derde, door de mantelzorgers meer bij de zorg te betrekken zou de kloof mede opgevuld kunnen worden.

Om de resultaten van dit onderzoek aan de afdeling te presenteren, wordt een voorlichtingsavond gepland. De resultaten van dit onderzoek zullen hiervoor ingezet worden. Als onderwerpen zullen aan bod komen de voorlichting over het psychologisch proces dat zich afspeelt bij de patiënt tijdens het ziek zijn en tijdens de ziekenhuisopname en de noodzaak voor activering. Vervolgens zal er een discussie plaatsvinden waarbij feedback over dit onderwerp van de verpleegkundigen gevraagd wordt. Met deze feedback, wordt vorm gegeven aan een interventie.

De interventie heeft als doel om meer bewustwording te creëren onder de verpleegkundigen van het probleem en de oorzaken daarvan. De interventie zal in de vorm zijn van een informatieve PowerPoint presentatie. Deze kan in het vervolg worden getoond aan nieuwe medewerkers van West 44 en kan worden gebruikt als voorlichting over de patiëntgecentreerde bejegening. Daarnaast wordt er een informatieve folder gemaakt voor de patiënten en mantelzorgers over de activerende activiteiten die tot de mogelijkheden behoren tijdens ziekenhuisopname.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	5
1 Inleiding	6
1.1 Probleemstelling en deelvragen	9
2 Theoretisch kader.....	10
2.1 Stress en Copingstrategieën	10
2.2 Hospitalisatie	12
2.3 Basisbehoeften van patiënten	13
2.4 Best practices	15
2.5 Samenvatting theoretisch kader	15
3 Methode.....	16
4 Resultaten	21
5 Conclusie.....	26
5.1 Conclusies per deelvraag	26
6 Discussie en aanbevelingen.....	31
6.1 Discussie	31
6.2 Aanbevelingen	33
7 Bijlagen 1 t/m 25.....	35

1 Inleiding

Bij het ontwerpen van het ziekenhuisgebouw van het Zuyderland Medisch Centrum (toen Maaslandziekenhuis, later Orbis Medisch Centrum), locatie Sittard-Geleen, werd een bepaalde visie uitgedragen. Deze wordt samengevat in *Patiëntgecentreerde bejegening* (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009), zie figuur 1 (bijlage 24, a). Dit houdt in dat “de dialoog tussen mensen centraal staat en de patiënt wordt gezien als mens en gast. De zorg is zo ingericht dat de patiënt het centrum vormt van alle activiteiten. De patiënt is vertrekpunt en eindpunt van het handelen van de hulpverlener.” (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009, p. 4). Dit is de benchmark. Om deze te halen, wordt er met protocollen gewerkt.

Protocollen

Evidence based practice

In het jaar 2001 werd een rapport samengesteld met de titel: “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”, van het Amerikaanse Institute of Medicine (Institute of Medicine, 2001). In het rapport werden de bevindingen gepresenteerd over de kloof tussen wat wenselijk werd geacht in de zorg en de toenmalige stand van zaken (Clabbers, et al., 2013, p. 61). Door met een standaard te werken, evidence based practice (EBP), zou de kwaliteit van de zorg verbeteren en zouden de uitvoerders, het medisch personeel, meer regie in handen krijgen (Institute of Medicine, 2001). Zij zijn immers degenen die de gebreken als eerste constateerden en die dus ook vaak met de mogelijke oplossingen rondliepen. De kern van EBP, zoals opgesteld door het Institute of Medicine (2001), is dat de gezondheidszorg moet voldoen aan zes specifieke verbeteringen: (1) De zorg moet veilig zijn, (2) De zorg moet effectief zijn, (3) Patiëntgecentreerd, (4) Tijdelijk (in de zin van korte wachtlijsten), (5) Efficiënt en (6) Gelijkwaardig.

Patiëntgecentreerde bejegening

De focus van dit onderzoek ligt vooral op punt 3 van de EBP. Bij het ontwerpen van het model van de *Patiëntgecentreerde bejegening in het Maaslandziekenhuis* (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009), werd onderscheid gemaakt tussen enkele thema's. Er werd gekeken naar hoe de patiënt informatie ontvangt (Cognitie), hoe er met de gevoelens van de patiënt wordt omgegaan (Emotie) en de manier waarop de patiënt zijn eigen waardigheid kan behouden (Eigenwaarde) (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009).

Vandaag de dag wordt ruimschoots aandacht besteed aan de cognities van de patiënten. Bijvoorbeeld, voor min of meer elke (deel-) behandeling in het Zuyderland ziekenhuis bestaat er een informatiefolder om de patiënten goed te informeren. Het meegeven van folders was ook één van de aanbevelingen van Smeijsters et al. (2009). Door de patiënten te informeren, worden ze als partner gezien in het zorgproces (Clabbers, et al., 2013).

In het document van Smeijsters et al. (2009) staan er weinig aanbevelingen voor het omgaan met de emoties van de patiënten. Dat ingrijpende gebeurtenissen een emotionele reactie teweeg kunnen brengen of een angstreactie kunnen veroorzaken, is bekend (Morrison & Bennett, 2013). Het is belangrijk dat er ruimte is om de emoties te kunnen uiten, bevestiging en troost te krijgen en verbondenheid te voelen (Nils, 2012). Echter, vraagt dit ook tijd en zet extra druk op het verplegend personeel (Clercq, 2016). Hoewel *patiëntgecentreerde bejegening* (in de zin van de patiënten extra aandacht geven) leidend is, is er wegens de werkdruk soms geen tijd om hier helemaal aan te voldoen (Clercq, 2016).

In het document van Smeijsters, et al. (2009), wordt de meeste aandacht aan het onderwerp 'Eigenwaarde' besteed. Er zou volgens de auteurs gekeken moeten worden naar de eigen mogelijkheden van de patiënt en rekening gehouden moeten worden met hoe de patiënt geraakt wordt in zijn "zelfredzaamheid, zelfstandigheid en zelfbeschikking" (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009, p. 5). Tevens wordt gesteld dat "de zieke mens wordt afhankelijk van zijn omgeving en van andere mensen" (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009, p. 5). Dit betekent een kentering in hoe de patiënt benaderd zou moeten worden (Clabbers, et al., 2013). De andere mensen in de omgeving (mantelzorgers) worden dan actief bij het proces betrokken (Struijs & Jongsma, 2013). Deze manier van werken vraagt actieve participatie in het proces van zowel de patiënten en de mantelzorgers als de verpleegkundigen (Clabbers, et al., 2013). Tot het werkterrein van de verpleegkundige behoort het verbeteren van het evenwicht tussen de draaglast en draagkracht van de patiënt (Busch, 2017, p. 34). Er wordt gekeken naar hoe de kwaliteit van het leven en het welbevinden van de patiënt vergroot kunnen worden (Hupkens, 2017). Hierbij biedt de geprotocolleerde manier van werken de verpleegkundige houvast.

Huidige situatie

Een belangrijke trend in ziekenhuisbouw is het realiseren van een eenpersoonskamer voor de opgenomen patiënt (Herweijer-van Gelder, 2016). Ook bij het ontwerpen van het ziekenhuisgebouw van het Zuyderland Medisch Centrum, is er voor gekozen om in het klinische gedeelte eenpersoonskamers te maken (Habets, 2017). Het klinische gedeelte is het deel van het ziekenhuis waar patiënten opgenomen worden. Voor veel patiënten is een eenpersoonskamer een uitkomst. Zij krijgen de rust die ze nodig hebben en er is meer privacy (Maben, et al., 2015), (Habets, 2009). Een eenpersoonskamer geeft het medisch personeel ruimte om de aandacht volledig op de patiënt te richten met wie ze bezig zijn, zonder te worden afgeleid door andere patiënten (Glind, Dulmen, & Goossensen, 2008). Er zijn echter ook nadelen aan dit beleid (Maben, et al., 2015). Enkele nadelen voor de patiënten zijn dat ze minder sociale interacties hebben wat tot eenzaamheid kan leiden (Maben, et al., 2015). Dit kan weer een negatieve impact hebben op het patiëntwelbevinden (Maben, et al., 2015), (Oelen, 2012). Als een patiënt onwel wordt en zelf niet in staat is om hulp te roepen, duurt het langer voordat hij geholpen wordt (Maben, et al., 2015). Daarnaast, worden de oudere

patiënten die verspreid door het ziekenhuis liggen, niet altijd aangemoedigd om uit bed te komen (Buurman, 2015). Deze lichamelijke inactiviteit kan leiden tot functieverlies (Buurman, 2015), slapeloosheid en een verstoord dag- en nachtritme (Fox, Sidani, & Brooks, 2010), (Vervuren, 2017). Naast dat dit vervelend is voor de patiënt, doet het ook een extra beroep op het verplegend personeel. De patiënten zijn als gevolg hiervan 's nachts meer onrustig (Vervuren, 2017) wat een voorteken van een delier kan zijn (Garenfeld, 2009). Een delier kan de vorm aannemen van: "motorische onrust, agitatie, mentale rusteloosheid (hyperactieve vorm); bewegingsarmoede, verminderde aandacht voor / interactie met omgeving, apathie (hypoactieve vorm, 'stil delier'); afwisselend hyper- en hypoactief (gemengde vorm)" (Nederlands Huisartsen genootschap, 2014). Nog een nadeel voor de verpleegkundigen is dat zij grotere afstanden moeten afleggen voordat zij bij de patiënten zijn waardoor de tijd die ze aan elk patiënt kan besteden gereduceerd wordt (Maben, et al., 2015).

West 44 – Neurologie

De patiënten die opgenomen zijn in de eenpersoonskamers van West 44 - Neurologie, zijn patiënten met een neurologische aandoening. Deze aandoeningen kunnen variëren van cerebrovasculair accident (CVA), ziekten die ontstaan zijn in de hersenen, in de zenuwen, het ruggenmerg of de spieren. Deze ziekten zijn dan bijvoorbeeld Multiple Sclerose (MS), Parkinson of epilepsie, maar er kunnen ook mensen opgenomen zijn met dementie klachten, spierziekten of een hersentumor (Dols, Vervuren, Essers, Gosselaar, Geelen, & Vrancken).

Aanleiding onderzoek

De aanleiding voor dit onderzoek ontstond nadat een van de psychologen van de afdeling Klinische en Medische Psychologie (KMP) om een klinisch consult op West 44 gevraagd werd. Een klinisch consult is wanneer een medisch specialist een beroep doet op de afdeling KMP. Dit gebeurt als een patiënt behoefte heeft aan psychologische bijstand om welke reden dan ook. Echter, in de meeste gevallen gaat het om een coping vraagstuk. Bij terugkomst op de eigen afdeling, reageerde de psychologe door te zeggen: "Het kan toch niet waar zijn dat er geen mogelijkheden zijn voor het activeren van de patiënten die meer activiteiten wensen en aankunnen (Geusgens, 2017)!" Het grootste probleem van de patiënte was dat zij zich eenzaam voelde en zich verveelde. Zij was mobiel maar had weinig om handen en weinig bezoek en wist niet hoe om te gaan met de situatie van opgenomen zijn in het ziekenhuis. Vertaald naar dit onderzoek: de patiënte had geen effectieve coping stijl voor de situatie waarin zij zich bevond. Het verplegend personeel van afdeling West 44 constateerde het probleem maar had zelf te weinig tijd om hier antwoord op te geven en deed daarom een beroep op de collega's van KMP. De frustratie van de psychologe kwam voort uit de constatering dat zij gevraagd werd om de patiënte te activeren terwijl dat haar taak als psychologe niet is. Met activering wordt in dit geval bedoeld dat de patiënten uit bed komen en voor zover mogelijk iets aan lichamelijke beweging doen en / of sociale interacties hebben.

Ter oriëntatie op het onderwerp, werden gesprekken gevoerd met verpleegkundigen op afdeling West 44 alsook met een verpleegkundig specialist Geriatrie, dhr. Herbert Habets, die zich bezig houdt met zaken rondom het thema oudervriendelijk ziekenhuis. Er zijn gesprekken geweest met het unithoofd, de hoofdverpleegkundige en enkele verpleegkundigen die dienst hadden toen deze gesprekken plaatsvonden. Daarnaast werd er met de psychologe gesproken die het onderwerp ter sprake bracht. Het unithoofd van West 44 is naar aanleiding van het oriënterend gesprek de opdrachtgever van dit onderzoek geworden. De psychologe heeft de onderzoeker begeleid in het structureren van het onderzoek vanuit een psychologisch perspectief.

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in hoe activering, zoals eerder gedefinieerd, voor de patiënten op West 44 als vorm van coping kan worden ingezet. Daarnaast zal er gekeken worden naar de obstakels die activering in de weg staan en de ervaringen van de patiënten en de verpleegkundigen binnen dit kader.

Afbakening

1. Het onderzoek wordt uitgevoerd in het Zuyderland Medisch Centrum, locatie Sittard-Geleen op afdeling West 44 – Neurologie.
2. Als informatiebron wordt bestaande literatuur van onderzoeken gebruikt betreffende dit onderwerp. Daarnaast worden semigestructureerde interviews afgenomen van zowel verpleegkundigen als patiënten (respondenten).
3. Het betreft een explorerend onderzoek.
4. In samenspraak met de opdrachtgever worden er aanbevelingen gedaan en wordt er een interventieplan opgesteld.

1.1 Probleemstelling en deelvragen

Het unithoofd van afdeling West 44, tevens opdrachtgever wil een oplossing voor het probleem van te weinig activering van de patiënten die dat wensen en aankunnen. De activering komt ten bate van zowel de fysieke als psychische welzijn van de patiënten. De onderwerpen die hier aan bod zullen komen zijn; de huidige situatie en werkwijze van de verpleegkundigen, basisbehoeften van mensen over het algemeen en patiënten in het bijzondere, de effecten van stress en manieren van coping en hospitalisatie. Deze onderwerpen zijn gekozen op basis van het verkennend literatuuronderzoek alsook de verkennende gesprekken. Deze onderwerpen geven het onderzoek de benodigde psychologische invalshoek.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is: *“Wat zijn de obstakels die in de weg staan van de activering van patiënten die opgenomen zijn op West 44 en hoe kan activering ingezet worden als een vorm van coping tijdens ziekenhuisopname voor deze patiëntengroep?”*

Deelvragen hierbij zijn: (1) *“Wat verstaan de patiënten en personeel onder activering en welke mate van structurele activering is er nu aanwezig op West 44?”* (2) *“Welke obstakels zijn er voor het structureel toepassen van activering als vorm van coping en wat zijn de oorzaken daarvan?”* (3) *“Komen de verpleegkundigen de patiënten tegemoet bij het vervullen van de basisbehoeften voor zover als deze van toepassing zijn tijdens opname?”* (4) *“Op welke wijze en in welke mate speelt activering van de patiënt een rol bij de coping van de patiënt tijdens opname?”* (5) *“Welke rol speelt de patiëntgecentreerde bejegening van de evidence based practice hierin zoals toegepast in het ziekenhuis bij de activering van de patiënten?”*

2 Theoretisch kader

Voor het theoretisch kader van dit onderzoek is informatie verzameld over de volgende onderwerpen: (1) de effecten van stress en verschillende coping strategieën tijdens opname; (2) hospitalisatie (een term die in dit onderzoek wordt gebruikt om een bepaalde vorm van patiënten gedrag te beschrijven) als copingstrategie herkennen en verminderen; en (3) hoe het tegemoet komen aan de basisbehoeften, zoals in beweging komen en socialisatie, een positief effect kan hebben op de patiënt.

Deze onderwerpen zijn specifiek voor de situatie van West 44 en zijn ook gelinkt aan de thema's van de patiëntgerichte benadering, te weten: cognities, emoties en eigenwaarde. Waar mogelijk zijn de gebruikte bronnen specifiek op het gebied van neurologie. Daarnaast is informatie gezocht over best practices. Deze informatie is verzameld om een onderbouwing te geven t.b.v. de af te nemen interviews met de respondenten. Deze informatie wordt verzameld door literatuuronderzoek. Veel artikelen gaan over patiënten in de leeftijdscategorie van 65+. Op afdeling West 44 komen er diverse patiënten voor. Tijdens dit onderzoek wordt er geen onderscheid gemaakt in leeftijdsverschillen, sekse of diagnose.

2.1 Stress en Copingstrategieën

In 1967, kwamen Thomas Holmes en Richard Rahe met de theorie over Levensgebeurtenissen en gezondheid (Holmes & Rahe, 1968). Op de Holmes-Rahe Life Stress Inventory lijst van stressvolle levensgebeurtenissen staan gezondheidsproblematiek voor jezelf of een geliefde en de gevolgen van gezondheidsproblematiek, zoals ander werk of minder inkomen, genoemd in de top 20 (Morrison & Bennett, 2013, p. 249). Het (chronisch) ziek zijn en het opgenomen worden in het ziekenhuis heeft een grote impact op de patiënt (Nevid, Rathus, & Green, 2008). De stress die erdoor veroorzaakt wordt brengt vaak nieuwe problemen met zich mee. Stress beïnvloedt niet alleen het fysieke genezingsproces maar ook de factoren daaromheen (Bergsma, 2002). De copingstrategieën die een

patiënt hanteert kunnen de invloeden van stress op zijn gezondheid verminderen (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014). Als de patiënt minder last heeft van stress, is er meer ruimte voor positieve emoties en kan er weer een zekere mate van stabiliteit en veiligheid ontstaan (Nevid, Rathus, & Green, 2008). Deze positieve emoties hebben dan ook effect op hoe de patiënt met zijn stressoren zoals de ziekte en ziekenhuisopname omgaat (Walburg, 2010), (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014). Er zijn verschillende definities van het woord 'coping'. Bergsma (2002, p. 198), definieert coping als "bepaalde strategieën van gedrag die bedoeld zijn om de effecten van stress onder controle te houden." Endler & Parker, in de handleiding van de *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) vragenlijst, definiëren coping als "de cognities en gedragingen die als coping worden aangemerkt, als ze min of meer bewust bedoeld zijn als pogingen om de situatie of de emoties die ze oproepen hanteerbaar te maken" (2004, p. 11). Misschien vergelijkbaar is de definitie: "alles wat iemand doet om de invloed van een feitelijke of subjectief ervaren stressor te verminderen (Morrison & Bennett, 2013, p. 277)." Arne Evers, in het boek *De Psychologie van Arbeid en Gezondheid* (Schaufeli & Bakker, 2013, p. 105), noemt coping, of stresshantering, "de manier waarop men met negatieve of stressvolle ervaringen of emoties omgaat. Coping hoeft niet altijd te betekenen dat men handelend optreedt, het kan ook beteken dat men bepaalde situaties probeert te vermijden of accepteert." In het Transactionele coping model van Lazarus zoals afgebeeld in figuur 2 (bijlage 24, b), wordt uitgebeeld hoe stress ontstaat. Dit gebeurt in het spanningsveld tussen de draagkracht en de draaglast (Lazarus & Folkman, 2013). Voor dit onderzoek wordt de coping definitie van Lazarus & Folkman gehanteerd. Opname in het ziekenhuis is een situatie waarin de draagkracht van een individu op de proef wordt gesteld (Kortebein, et al., 2008), (Hoogerduijn, Grobbee, Schuurmans, Duijnste, Rooij, & Grypdonck, 2006). Door een effectieve vorm van coping toe te passen kan de draaglast van de patiënt toenemen waardoor ziekenhuis opname als minder belastend kan worden ervaren (Brown, et al., 2016), (Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000).

Het proces van coping begint met het waarnemen van de situatie waarin men verzeild is geraakt om daarna de ernst van de situatie te taxeren (Brinkman, 2013). Vervolgens begint men te oriënteren op zijn mogelijkheden om uit de onaangename situatie te komen (Morrison & Bennett, 2013). Globaal gezien bestaan drie vormen van coping: taak- (of probleem)gericht, emotiegericht en vermijdingsgericht (Endler & Parker, 2004). De copingstrategie die iemand kiest varieert per situatie en omstandigheden (Nevid, Rathus, & Green, 2008).

Als de patiënt erop vertrouwt dat hij zelfredzaam is, acht hij zich dat hij de bron van de stress effectief aan kan pakken en gaat hij taakgericht te werk om de stressor te verminderen (Nevid, Rathus, & Green, 2008). Deze zelfredzaamheid is waar naar gestreefd wordt met de patiëntgerichte benadering (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009). Bij taakgerichte coping, worden pogingen ondernomen om het probleem (de stressor) op te lossen (Ploeg, 2013). Deze manier van coping is adequaat in situaties die als controleerbaar gezien worden en het houdt in dat de patiënt actie onderneemt (Endler & Parker, 2004).

Als de gezondheidsproblemen als te groot worden ervaren om er actief mee aan de slag te gaan, kan de patiënt frustratie ervaren (Morrison & Bennett, 2013). Om uit een negatieve spiraal te blijven, kan een emotiegerichte copingstrategie goed werken (Endler & Parker, 2004). Met emotiegerichte coping wordt de emotionele gevoeligheid van de stressor verkleind in plaats van de stressor aan te pakken (Nevid, Rathus, & Green, 2008). Bij emotiegerichte coping worden er verwijten gemaakt of boos of verdrietig gereageerd op de situatie (Ploeg, 2013). Ook kan de patiënt zich verliezen in piekeren en in zorgen maken over hoe de situatie zich zou kunnen ontwikkelen (Morrison & Bennett, 2013).

Emotiegerichte coping heeft enige overlap met vermijdingsgerichte coping en wordt eerder toegepast in situaties die als onbeheersbaar of onveranderlijk gezien worden. Zoals tijdens ziekenhuisopname wegens (ernstig) ziekte (Morrison & Bennett, 2013, pp. 278-280). Met vermijdingsgerichte coping wordt bedoeld dat er afleiding gezocht wordt of geprobeerd wordt om niet aan het probleem te denken. Gezelschap opzoeken kan ook afleiding geven en kan gezien worden als een vorm van emotiegerichte coping. Het kan ook een vorm van vermijding zijn in de zin van over alles praten behalve de problematiek van de ziekte (Nevid, Rathus, & Green, 2008). Tijdens ziekenhuisopname wordt dit gezien bij patiënten die veel aandacht vragen van het medisch personeel en vaak om geruststelling of extra informatie vragen. Dit geeft de patiënten mogelijk enige verlichting omdat ze gezien worden en aandacht krijgen, wat geruststelling geeft (Busch, 2017).

Zoals weergegeven in het model van Lazarus (figuur 2) wordt het effect van de gebeurtenis enerzijds bepaald door de interpretatie van wat de gebeurtenis betekent voor de patiënt. Op cognitief niveau weten wat er met zijn gezondheid aan de hand is, kan helpen om de stress van de patiënt te verminderen (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009). Anderzijds, wordt het effect bepaald door het resultaat van de copingstrategieën die gebruikt worden (Lazarus & Folkman, 2013). Coping heeft de functie om ervoor te zorgen dat een gebeurtenis minder psychisch lijden veroorzaakt (Morrison & Bennett, 2013). Het heeft dus een beschermende functie en vergroot het gevoel van veiligheid in een situatie die als onaangenaam of bedreigend ervaren wordt (Endler & Parker, 2004), (Ploeg, 2013).

2.2 Hospitalisatie

De term hospitalisatie wordt in dit onderzoek gebruikt om en bepaalde vorm van patiënten gedrag te beschrijven. Hospitalisatie kan gedefinieerd worden als de veranderingen die men ondergaat tijdens opname in een instelling (Genuchten, 1988). De belangrijkste factor die hospitalisatie in werking zet is niet alleen de ziekte maar de combinatie van de ziekte met de omgeving (Genuchten, 1988), (Kortebein, et al., 2008). Hierdoor wordt het gedrag beïnvloed. Een van de speerpunten van het “ziekenhuis van de 21^{ste} eeuw” (Zuyderland Medisch Centrum, 2018), zoals het ziekenhuisgebouw van Zuyderland in de bouwfase heette, was om eenpersoonkamers te realiseren. Zoals eerder gesteld, hebben eenpersoonkamers zowel voor- als nadelen (Maben, et al., 2015). Een van de

nadelen is dat de patiënten, buiten bezoeken en verzorging om, een groot deel van de tijd alleen op de kamer zijn (Huijben-Schoenmakers, Gamel, & Hafsteinsdottir, 2009). Voor patiënten die ernstig ziek zijn of die rust willen en nodig hebben is dat geen probleem. Voor een andere groep patiënten, pakt het alleen-zijn op een kamer nadeliger uit (Vonk, 2013), (Maben, et al., 2015). Patiënten hebben wel eens de neiging om zich wat passief op te stellen tijdens opname (Brown, Redden, Flood, & Allman, 2009). Als ze niet aangemoedigd worden om de kamer uit te gaan en sociale contacten aan te gaan, kan een gevoel van doelloosheid ontstaan (Vonk, 2013), (Brown, Redden, Flood, & Allman, 2009). Eenzaamheid kan hier ook een rol in spelen (Maben, et al., 2015). Patiënten kunnen een gevoel van algemene regie over hun leven missen wat de zelfredzaamheid ondermijnt (Haaft, 2010). Zaken als wanneer en hoe laat zij eten, naar de wc gaan, naar bed, extra activiteiten, enz. worden door anderen in het gareel gehouden en de patiënten moeten zich schikken naar de regels en routines van het ziekenhuis (Zisberg, Shadmi, Sinoff, Gur-Yaish, Srulovici, & Admi, 2011). Het zich aanpassen aan de situatie kan patiënten minder mondig maken, met andere woorden, dat er een vorm van hospitalisatie optreedt (Kortebein, et al., 2008), (Zisberg, Shadmi, Sinoff, Gur-Yaish, Srulovici, & Admi, 2011). Hospitalisatie kan gezien worden als een vorm van vermijdende coping (Nevid, Rathus, & Green, 2008). Het probleem is echter dat de aan hospitalisatie gekoppelde passiviteit gevolgen heeft voor het herstel van de patiënt, zelfs na ontslag uit het ziekenhuis (Kortebein, et al., 2008). Als een patiënt symptomen van hospitalisatie vertoont, zou dat een teken kunnen zijn dat hij een ontoereikende copingstrategie heeft voor de situatie en er verder geen raad mee weet (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014, pp. 731-732). De patiënt activeren en ruimte geven om zijn verhaal te vertellen, kan de stress verminderen en de patiënt weer versterken in zijn eigenwaarde wat de kans op het ontstaan van hospitalisatie kan verminderen (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2014).

2.3 Basisbehoeften van patiënten

Het hoofdstuk over de basisbehoeften zoomt in op menselijke behoeften in het algemeen en specifiek daar waar het wringt tijdens ziekenhuisopname. Het in beweging blijven en sociale contacten aangaan kunnen positief effect hebben op het psychisch welbevinden en het fysieke welzijn. Volgens de motivatietheorie van Abraham Maslow (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014) hebben mensen bepaalde diepgewortelde basisbehoeften. De theorie is opgebouwd uit lagen, zie figuur 3 (bijlage 24, c). De onderste laag is die van de fysiologische basisbehoeftes zoals ademen, eten, drinken, seks, ontspanning, beweging en slaap. Volgens Maslow, liggen deze fysiologische behoeftes aan de basis van elk levend wezen. Als hier aan voldaan wordt, komen de volgende behoeften aan bod, die van veiligheid, stabiliteit en gezondheid (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014, p. 351).

Tijdens ziekenhuisopname kan de slaap van een mindere kwaliteit zijn, kan de partnerrelatie onder druk komen te staan, is het eten anders en mogelijk op andere tijdstippen, de patiënt kampt met een ziekte en het bewegen kan plotseling anders zijn dan wat hij gewend was. De patiënt wordt in die zin

belemmerd in zijn mobiliteit en autonomie (Brown, Redden, Flood, & Allman, 2009). Als iemand zich als “patiënt” voelt, wil die misschien eerder vertroeteld dan geactiveerd worden (Jansen, 2015). Dit heeft mogelijk te maken met troost zoeken of met ouderwetse ideeën over ziekenhuiszorg (Clabbers, et al., 2013). Vroeger ging men er vanuit dat wie in het ziekenhuis lag, vooral moest rusten (Clabbers, et al., 2013). Dat is niet langer een geldende gedachte. Onderzoek toont aan dat hoe eerder patiënten uit bed en in beweging komen, hoe beter het voor ze is (Jansen, 2015), (Bergouignan, Rudwill, Simon, & Blanc, 2011). Bewegen is niet alleen een behoefte maar kan gezien worden als een vorm van coping. De patiënt is dan met iets anders bezig (afleiding) en is dan minder aan het piekeren (Scherder, 2014, p. 40) wat een afname van stressklachten bevordert. Bewegen is beter voor de gezondheid van de patiënt en kan zelfs bijdragen aan een betere nachtrust (Bergouignan, Rudwill, Simon, & Blanc, 2011), (Fox, Sidani, & Brooks, 2010). Goed kunnen slapen, ook een basisbehoefte, is goed voor de gezondheid en heeft ook invloed op de kwaliteit van leven tijdens de ziekenhuisopname (Gunst, 2011).

Patiënten opgenomen op West 44 worden verzorgd volgens de huidige evidence based medische practice (Dols, Vervuren, Essers, Gosselaar, Geelen, & Vrancken). Zij krijgen een goede verzorging en voor zover mogelijk wordt er tegemoet gekomen aan de basis fysiologische behoeften. Maar door de ontstane ziekte, kan zijn gevoel van eigenwaarde worden aangetast en zijn behoefte aan zekerheid toenemen (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009). Door de aard van het neurologische ziektebeeld en dan vooral voor de CVA patiënten, kan de patiënt zijn behoeften niet altijd goed verwoorden (Huijben-Schoenmakers, Gamel, & Hafsteinsdottir, 2009). Onderdeel van de patiëntgerichte benadering is om de patiënt te helpen om “de wensen en behoeften met betrekking tot zijn / haar zorg / service kenbaar te maken en besluit (voor zover mogelijk) samen met de patiënt en zijn / haar naaste” (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009, p. 6). Dit houdt in dat er tijd gemaakt wordt om bij de patiënt aan te sluiten, bijvoorbeeld door met de patiënt in gesprek te gaan (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009). Sociale contacten zijn ook belangrijke motivatie factoren voor mensen (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014, p. 351). Sociale contacten wil in dit geval zeggen: “liefde ervaren, het ervaren van vriendschap, erbij horen, genegenheid mogen geven en ontvangen, en ook een goede familieband” (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014, p. 351). Tijdens opname op West 44, kunnen enkele van deze factoren in het gedrang komen. De patiënt is deels afgesloten van zijn sociale netwerk en doordat er alleen eenpersoonkamers zijn, heeft hij ook minder aanspraak (Maben, et al., 2015). Door weinig psychische of fysieke activering, zou het risico op een delier groter worden (Zwaag, Winters, Voorhorst, & Kamper, 2016). De inzet van vrijwilligers of familie zou de verpleegkundige zorg hierin goed kunnen ondersteunen (Zwaag, Winters, Voorhorst, & Kamper, 2016), (Hoogerduijn, Grobbee, Schuurmans, Duijnste, Rooij, & Grypdonck, 2006).

2.4 Best practices

Het HELP protocol

In het jaar 2000 werd het 'Hospital Elder Life Program' (HELP) ontwikkeld door dr. Inouye en collega's (Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000). Deze werd geïmplementeerd als interventie ter preventie van delier in patiënten boven de leeftijd van 70 jaar. In eerste instantie werd het alleen gebruikt in ziekenhuizen in de Verenigde Staten maar wordt inmiddels ook in Nederlandse ziekenhuizen gebruikt (Stribos, Steunenbergh, Mast, Inouye, & Schuurmans, 2013). Dit is een goed voorbeeld van hoe vrijwilligers of familie ingezet kunnen worden om verpleegkundigen bij te staan gedurende de opname. HELP wordt ingezet ter voorkoming van een delier. De interventies zijn gericht op het tegemoet komen aan verschillende behoeften: goed slapen, eten en drinken, bewegen, zien, horen en cognities. Een van de pijlers onder HELP is het betrekken van de familie (mantelzorgers) (Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000). Het HELP protocol stond model voor een programma dat al enige jaren in het Zuyderland Medisch Centrum gebruikt wordt (Habets, 2009). Hoewel het protocol voornamelijk gericht is op de oudere patiënt, zijn er principes van het HELP protocol die ook breder toegepast kunnen worden op West 44. Te weten de aandacht in het protocol voor cognitieve problemen en voorkomen van immobiliteit (Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000).

Activiteitenbegeleider

Op afdeling West 52-Geriatrie werkt men al jaar en dag met een activiteitenbegeleider. Deze is een betaalde kracht. In overleg met de verpleegkundigen, neemt zij kleine groepjes patiënten mee om samen te eten of te knutselen. Het is de vraag in hoeverre het aannemen van een betaalde activiteitenbegeleider te realiseren is op West 44. Een betaalde kracht die zich alleen bezig houdt met de activering van de patiënten zal dan de omvang van het probleem op West 44 moeten doen afnemen.

2.5 Samenvatting theoretisch kader

Opname in een ziekenhuis wegens ziekte, is een van de meest stressvolle gebeurtenissen die een mens kan overkomen (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014, p. 575). De patiënt is in een andere omgeving, ziek en met minder mobiliteit of autonomie dan wat hij gewend is (Bergsma, 2002). Het feit van ziek zijn, het opgenomen zijn, kan veel stress opleveren. Er zijn verschillende manieren om te gaan met stress, zoals de eerder besproken: taak-, emotie-, of vermijdingsgerichte coping strategieën (Endler & Parker, 2004). Als de patiënt een ineffectieve coping strategie heeft of als de stressvolle situatie te lang aanhoudt, kan uitputting of een gevoel van malaise ontstaan (Morrison & Bennett, 2013, p. 266). Deze is niet bevorderlijk voor het genezingsproces van de patiënt en kan zijn vraag naar zorg groter maken met het gevolg dat er wat meer druk gelegd wordt op het verplegend personeel (Zwaag, Winters, Voorhorst, & Kamper, 2016).

De factoren mobiliteit, autonomie en aansluiting passen in het patiëntgecentreerd beleid zoals uitgestippeld door Zuyderland (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009). Door aanwezig te zijn bij de patiënt, er respectvol mee om te gaan en er zoveel mogelijk autonomie te verlenen, wordt de patiënt actief betrokken bij zijn fysieke zorg en kan hij zo een gevoel van controle of beheersing over de situatie ervaren (Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000), (Struijs & Jongsma, 2013). Deze autonomie, ook in geringe mate, kan zijn gevoel van eigenwaarde versterken. Deze kan bijdragen aan het ervaren welbevinden en kan bijdragen aan het toepassen van een effectieve coping strategie (Lazarus & Folkman, 2013). Het resultaat hiervan kan de beoogde kwaliteitsverbetering teweeg brengen die gewenst is door de opdrachtgever.

3 Methode

In dit hoofdstuk wordt uitleg gegeven over de methodologie van dit onderzoek. Er is voor gekozen om het onderzoek kwalitatief uit te voeren. Dit om dicht bij de ervaringen van zowel de verpleegkundigen als de patiënten van West 44 te blijven op het gebied van activering zoals eerder gedefinieerd. In het onderstaande worden achtereenvolgend de volgende stappen toegelicht t.w. deelnemers en locatie, dataverzamelmethode, meetinstrument en data analyse.

Deelnemers en locatie

De populatie voor dit onderzoek zijn alle medewerkers en alle patiënten van afdeling West 44 – Neurologie, van het Zuyderland Medisch Centrum, locatie Sittard-Geleen. De steekproef is select en bestaat uit vijf verpleegkundigen en vijf opgenomen patiënten.

Op West 44 zijn er 34 bedden beschikbaar waarvan acht bedden gereserveerd zijn voor de Brain Care Unit (BCU). Deze unit is een subafdeling van de afdeling neurologie en is gericht op de diagnostiek, de zorg en de behandeling van patiënten die verkeren in de acute fase van een beroerte. Deze patiënten werden niet meegenomen tijdens dit onderzoek.

Op afdeling West 44 zijn er 32 verpleegkundigen werkzaam. Zes tot zeven verpleegkundigen werken overdag, afhankelijk van de drukte. Er werken vijf in de avond- en vier in de nachtdienst. Zij hebben wisselende diensten. De ene week werken zij overdag, de volgende week 's avonds en de week daarna in de nachtdienst tenzij er expliciet gekozen wordt voor een andere combinatie. Van deze 32 verpleegkundigen zijn er vijf geselecteerd door de hoofdverpleegkundige voor de interviews. Hij heeft ze onder andere geselecteerd op basis van deelname aan de werkgroep “sterrol oudere patiënten”. Dit is een werkgroep die zich bezighoudt met het activeren van de oudere patiënt. Deze werkgroep heeft in het verleden geprobeerd om een vrijwilligersproject op de afdeling van de grond te krijgen als antwoord op de vraag om de patiënten meer te activeren. Het project is helaas om verschillende redenen niet succesvol geweest. Deze verpleegkundigen zijn gemiddeld 11,6 jaren in functie. Een van de geïnterviewde verpleegkundigen is mannelijk en vier zijn vrouwelijk. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde verpleegkundigen is 31,8 jaar.

De vijf patiënten werden geselecteerd door de verpleegkundigen die werkzaam waren op de dagen wanneer de onderzoeker voor interviews aanwezig was. De geselecteerde patiënten moesten aan een aantal criteria voldoen. Vanwege de populatie van West 44, voornamelijk cerebrovasculair accident (CVA) patiënten, moesten de patiënten helder van geest zijn, goed verstaanbaar, weten waarvoor zij tekenden en bereid zijn om mee te doen aan het onderzoek. De ziekenhuis opnameduur werd buiten beschouwing gelaten. De geselecteerde patiënten zijn gemiddeld 79,4 jaar oud. Drie daarvan zijn man en twee zijn vrouw. De diagnoses zijn CVA (3), navelbreuk (1) en plotselinge blindheid (1). Een patiënte die geselecteerd werd voor een interview is afgevallen. Zij raakte te zeer vermoeid tijdens het interview en kwam onvoldoende uit haar woorden. Daarom besloot de onderzoeker om in haar plaats een andere patiënt te interviewen.

Niet alle opgenomen patiënten of alle werkzame verpleegkundigen van West 44 werden geïnterviewd en daarom is dit een steekproef, doelgericht van aard (Verhoeven, 2014). Kenmerkend aan de geïnterviewde patiënten en verpleegkundigen is dat ze opgenomen of werkzaam zijn op West 44. De geïnterviewde patiënten zijn ervaringsdeskundigen en experts omdat zij de situatie ondergaan. De verpleegkundigen zijn de experts op het gebied van de zorgbehoeften en activeringswensen die zij zien bij de patiënten voor wie zij zorgen.

Data verzameling methode

Er werden semigestructureerde interviews gehouden met deze vijf patiënten en vijf verpleegkundigen (respondenten). Het kortste patiënten interview duurde 24 minuten en het langste duurde 44 minuten. Het kortste verpleegkundige interview duurde 23 minuten en het langste duurde 48 minuten. De interviewvragen werden geformuleerd op basis van de geraadpleegde literatuur en de opgestelde topiclijst. De interviews van de patiënten werden afgenomen op de kamers van de patiënten. De verpleegkundige interviews werden ingepland op basis van de wens van de verpleegkundige. Twee werden afgenomen op een aparte kamer op de afdeling onder werktijd. Twee interviews werden afgenomen op een aparte kamer op een andere afdeling buiten werktijd. Een verpleegkundige heeft ervoor gekozen om zich te laten interviewen terwijl zij aan het werk was. Dit vond de onderzoeker een waardevolle toevoeging aan het onderzoek. Het interview gaf zicht in de werkdruk en dilemma's waar de verpleegkundigen dagelijks mee te maken hebben. Bijvoorbeeld snel kunnen oordelen en mentaal een prioriteitenlijst maken van de zorgbehoeften van de patiënten voor wie zij verantwoordelijk was en keuzes maken betreffende de volgorde van wie zij als eerste of als tweede ging helpen met de zorgvraag.

De respondenten kregen vooraf een informatiebrief over het onderzoek te lezen (bijlage 11). Vervolgens werden zij gevraagd om een toestemmingsformulier te ondertekenen (bijlage 12). Met het toestemmingsformulier, gaf het respondent toestemming voor het opnemen van het interview en voor gebruik van de vergaarde informatie uit het interview voor onderzoeksdoeleinden. In het toestemmingsformulier staat dat er vertrouwelijk met hun gegevens wordt omgegaan. De persoonlijke gegevens van de respondenten zijn niet opgenomen. De gegevens van de

respondenten werden versleuteld op basis van de interviewdatum. In het onderzoeksverslag worden de respondenten gecodeerd als R1, R2, enz.

Andere benodigdheden waren een opnamerecorder voor de interviews, de informatiebrieven, toestemmingsformulieren, interviewvragen, een kladblok en een pen. Daarnaast moest er een ruimte worden gereserveerd voor de interviews met de verpleegkundigen. Voor de interviews met de patiënten werd er een “niet storen” bord op de kamerdeur gehangen.

Het streven was om de interviews binnen zes weken afgerond te hebben en dit is ook gelukt. Zes weken was een harde grens vanwege de streefdatum van 27 maart om het onderzoek in te leveren. De interviews werden opgenomen met een opnamerecorder en letterlijk uitgetypt. De opnames evenals de uitgetypte interviewgegevens, werden anoniem opgeslagen. De gegevens worden bewaakt met een wachtwoord. De gegevens zullen, volgens de richtlijn, voor een periode van 7 jaar worden bewaard en zullen daarna vernietigd worden. De onderzoeker is de enige die toegang tot de ruwe gegevens en de identiteit van de proefpersonen heeft.

Meetinstrument

De interviews, die bij de respondenten zijn afgenomen, gelden als meetinstrument van dit onderzoek. Het was een open, semigestructureerde interviewmethode en voldoet aan de volgende criteria (Verhoeven, 2014, p. 156):

Een kleine groep mensen. Bij dit onderzoek waren er in totaal 10 proefpersonen, wat als een kleine groep gezien kan worden.

Onderzocht werd de beleving, motieven, ervaringen en betekenisverlening. Tijdens dit onderzoek werd onderzocht hoe de patiënten en verpleegkundigen de huidige situatie ervaren en beleven en wat zij anders willen zien gebeuren.

Complexe onderwerpen, onderwerpen die over een taboe gaan. Het onderwerp is complex in de zin van de context waarin de situatie ontstaan is. De samenstelling van de patiëntengroep varieert van dag tot dag en toch wordt de situatie niet beter.

Nieuwe informatie verzamelen, begrippen afbakenen. De nieuwe informatie is de informatie die verzameld werd door de interviews van zowel de patiënten als verpleegkundigen. Er werd, onder andere getracht om erachter te komen of de wensen van de verpleegkundigen overeenkwamen met de ervaringen van de patiënten.

Beschikbaarheid van menskracht, tijd en geld. Het personeel van West 44 wil al langer dat er iets aan de situatie gebeurt en de verpleegkundigen waren stuk voor stuk, bereidwillige gesprekspartners. De patiënten, of ze lang of kort waren opgenomen, toonden zich bereid om belangeloos hieraan mee te werken. De onderzoeker wist de interviews af te nemen grotendeels buiten haar werktijden in het ziekenhuis. Het transcriberen gebeurde 's avonds en in de weekenden.

De interviewvragen zijn ondersteund met een topiclijst. De onderzoeker maakte hier gebruik van tijdens de interviews om ervoor te zorgen dat de relevant geachte topics besproken werden.

De topiclijst werd gemaakt op basis van de hoofd- en deelvragen van het onderzoek. Vervolgens werd er gekeken naar deze hoofd- en deelvragen met de topiclijst erbij om te controleren of de onderwerpen aan bod kwamen die relevant waren. De informatie uit het theoretisch kader is ook meegenomen in de topiclijst. De topiclijst heeft een logische volgorde. Er wordt begonnen met ervaringsvragen terwijl de laatste vragen meer specifiek gericht zijn op het protocol en de werkwijze zoals voorgeschreven door de stichting van Zuyderland. De topics die aan de orde kwamen tijdens de interviews zijn t.w. de activering van patiënten, de copingstrategieën, de rol van de verpleegkundigen en de behoeften van de patiënten. De subtopics die aan de orde kwamen waren de sociale steun die patiënten krijgen, de ervaren aandacht, de informatievoorziening, de patiënten activiteiten, de patiëntgecentreerde bejegening en de evidence based practice (zie bijlage 9: Topiclijst).

De interviews werden, zoals eerder genoemd, afgenomen met een lijst van vragen die gebaseerd waren op het theoretisch kader en de topiclijst. De eerste twee interviews, van een verpleegkundige en een patiënt, werden door de onderzoeker als te mager gezien. De interviewvragen zijn daarna aangevuld. De informatie die vergaard werd was specifiek voor afdeling West 44.

Om het onderzoek zo objectief mogelijk te houden, werd er gelet op de betrouwbaarheid en validiteit (Boeije, 2016). Betrouwbaarheid wil zeggen dat als het onderzoek opnieuw zou worden uitgevoerd, dezelfde resultaten zouden moeten worden bereikt (Verhoeven, 2014). Om de betrouwbaarheid te waarborgen zijn in de bijlagen een logboek, de email correspondentie en het zoekverslag opgenomen. Dit om het onderzoek transparant te houden op welke wijze de gegevens zijn verzameld. De validiteit of geldigheid van het onderzoek wil zeggen dat de verkregen informatie waar is (Verhoeven, 2014) en dat het onderzoek heeft kunnen meten wat bedoeld was te meten (Boeije, 2016). De onderzoeker heeft de validiteit verhoogd door zowel open als gesloten vragen te stellen en door de vraagstelling zo objectief mogelijk te houden en door zich voor zover mogelijk aan de topics van de opgestelde topiclijst te houden. Bovendien worden de opgenomen interviews voor een periode van zeven jaar volgens de richtlijnen opgeslagen.

Data-analyse

De uitgevoerde en opgenomen interviews zijn getranscribeerd. Daarna volgde er een analyse van de verkregen data. De interviews zijn in drie stappen gecodeerd. Als eerste, kregen de teksten van de interviews een open codering. Dat wil zeggen dat er steekwoorden uit de tekst werden gehaald die iets zeiden over wat de respondenten duidelijk wilde maken. Deze codes waren uiteenlopend en niet gebonden aan de topiclijst. Wel waren ze een weerspiegeling van de letterlijk getranscribeerde teksten. Daarna begon de fase van axiaal coderen. Axiaal wil zeggen de gebruikte codes integreren rond de categorieën die als centraal gezien werden, de zogenaamde assen (Ezzy, 2002). Er werd een schifting gemaakt en de categorieën die gezien werden als belangrijk, werden naar voren gebracht. Tijdens het axiaal coderen werden de data daardoor overzichtelijker. Een aantal patiënten vertelde bijvoorbeeld uitgebreid over hun eigen ziektebeeld. Deze gegevens zijn voor het onderzoek niet relevant en werden daarom niet gebruikt. Er werd een onderscheid gemaakt tussen subcodes en hoofdcodes. De subcodes hebben te maken met een onderwerp maar deze codes kunnen uiteenlopen. De hoofdcodes zijn de noemers waar een groepje subcodes onder vallen. Bijvoorbeeld als verschillende verpleegkundigen het over de vrijwilligers hadden, kwamen er verschillende termen aan bod. Deze termen werden ondergebracht onder de subcodes van hoofdcategorie vrijwilligers. De gebruikte hoofdcodes zijn de volgende: activering van patiënten; obstakels voor activering; algemene behoeften tijdens opname; coping tijdens opname; evidence based practice; patiëntgerichte benadering.

Tijdens de derde en laatste coderingsfase werd een selectie gemaakt en werden verbindingen gelegd tussen de resultaten van het onderzoek en de theorie. Hierdoor ontstond er een geïntegreerde verbinding in het onderzoek (Boeije, 2016). De onderzoeker maakte koppelingen tussen de relevante deelvragen en de codes. Het eind resultaat was dat er een codeboom gemaakt kon worden. Deze staat in de bijlagen (zie bijlagen 15 t/m 18). Door te werken met een codeboom kon er een start worden gemaakt met het beantwoorden van de deelvragen. De antwoorden op de deelvragen maakten vervolgens de weg vrij voor het formuleren van de resultaten van dit onderzoek.

4 Resultaten

De verkregen resultaten zijn antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek: *“Wat zijn de obstakels die in de weg staan van de activering van patiënten opgenomen op West 44 en hoe kan activering ingezet worden als een vorm van coping tijdens ziekenhuisopname voor deze patiëntengroep?”*

Deelvraag 1: “Wat verstaan de patiënten en personeel onder activering en welke mate van structurele activering is er nu op West 44?”

Als antwoord op de vraag naar welke activering er nu is op West 44, zeiden enkele verpleegkundigen meteen dat er geen activiteiten op de afdeling is. De meerderheid van de patiënten gaf een vergelijkbaar antwoord. Er liggen spelletjes op de afdeling en deze werden door de meerderheid van de verpleegkundigen en enkele patiënten activiteiten genoemd. Bijna alle verpleegkundigen noemden televisie / dvd's kijken als activiteit. Er is wel een tv met dvd-speler op de afdeling en de meerderheid van de verpleegkundigen noemden de André Rieu dvd's die erbij liggen. Een paar patiënten noemden het een gemis dat er geen mogelijkheid was om gezamenlijk televisie te kijken want, volgens R10:

“Als er een gezamenlijke ruimte was waar een televisie stond, dan ging je er gauwer zitten en misschien een koffie apparaat? Dat mensen onder elkaar wat gaan vertellen”

De meerderheid van de verpleegkundigen en enkele patiënten noemden samen aan tafel eten of samen koffie drinken een sociale activiteit die wel eens plaatsvond op West 44. Enkele patiënten zeiden daar geen behoefte aan te hebben. Zij wilden op hun kamer blijven en de meest genoemde reden was dat ze er geen zin in hadden. Alleen enkele verpleegkundigen noemden een bezoek aan de ergo-, fysio- of logotherapeut (EFL), een activeringsactiviteit. Zowel de verpleegkundigen als enkele patiënten noemden ook de vaste verzorgingsmomenten als activerende activiteit t.w. de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zoals zich wassen, verzorgen, aankleden en zo zelfstandig mogelijk eten. Het samen eten werd door de meerderheid van de verpleegkundigen genoemd als activerende afleiding maar ook als een manier om de dag te structureren. De meeste patiënten noemden rusten op bed of slapen als activiteit. Zoals verwoord door R6:

“Dan gaat een uur om, dan gaat de tijd om. Want nou als je probeert een uur om te krijgen, moet je proberen een uur te slapen.”

Bijna alle patiënten en maar een enkele verpleegkundige noemden samen wandelen over de gang als een mogelijke activiteit. Een paar verpleegkundigen spraken de wens uit dat patiënten wel eens buiten de afdeling een wandeling konden maken, samen met bezoek, wel of niet in een rolstoel. Deze werd door geen van de patiënten genoemd.

Deelvraag 2: “Welke obstakels zijn er voor het structureel toepassen van activering als vorm van coping en wat zijn de oorzaken daarvan?”

Als antwoord op de vraag over obstakels voor activering gaf R9 meteen als antwoord:

“Maar het is hier geen pretpark! ”

Dit om aan te geven dat R9 extra activering een overbodige luxe vond. R1 zag de oorzaken achter weinig activering als een structureel probleem:

“Een moderne ziekenhuis is niet ingericht om zowel patiënten ‘care’ als ‘cure’ te bieden.”

R1 refereerde hiermee aan de werkwijze van het Zuyderland ziekenhuis waarbij de patiëntenzorg in protocollen voorgeschreven is in de zogenaamde verpleegplannen. Er is weinig ruimte in het verpleegplan voor zogenaamde ‘care’ activiteiten. In dit geval zijn care activiteiten de extra taken waar de verpleegkundigen zeggen nu te weinig tijd voor te hebben. De verpleegkundigen zijn vooral met de ‘cure’ taken bezig. Dit zijn taken zoals de voorgeschreven medische handelingen in de verpleegplannen, bedoeld om de patiënt beter te maken.

De gezondheids- of emotionele toestand van de patiënten varieert en werden vaak genoemd door bijna alle verpleegkundigen als obstakels voor activering. Als een patiënt bijvoorbeeld net een CVA heeft gehad, is het soms zoeken naar wat de patiënt wel kan. Slikproblemen, als gevolg van een CVA, werden door de meeste verpleegkundigen genoemd als mogelijke obstakel voor bijvoorbeeld samen aan tafel gaan eten. Qua emoties kunnen angst, teleurstelling en somberheid als belemmerende factoren gelden. De toename van deze negatieve emoties werd door enkele verpleegkundigen en ook patiënten genoemd als factoren die een belemmerende uitwerking hebben. De meerderheid van de verpleegkundigen noemden het verschil tussen hoe de jongere en de oudere patiënten met opname omgaan als obstakel. R4 zei te merken hoe jongere patiënten tegenwoordig:

“Troost putten uit informatie zoeken op internet (over de diagnose).”

R4 zei te merken dat de jongere patiënten niet op activerende activiteiten zitten te wachten omdat ze hun eigen plan trekken met behulp van de gevonden informatie op internet.

Vroeger werd er met vrijwilligers gewerkt op West 44. De vrijwilligers werden echter door de meeste verpleegkundigen genoemd als obstakel in activering. Volgens de meerderheid van de verpleegkundigen kwamen de vrijwilligers op het verkeerde tijdstip en de verwachtingen van de vrijwilligers waren onrealistisch. Alle verpleegkundigen en enkele patiënten noemden 15.00 uur in de middag als ideaal tijdstip voor eventuele activerende activiteiten. Op dit moment wordt er niets extra gedaan. R9 heeft het zo verwoord:

“Adviseer om een uur of 15.00 een lekker kop koffie of zo. Dat je even samen bent, bijvoorbeeld. Wie zin heeft, die komt. Wie geen zin heeft die moet niet komen. Maar je kunt het.”

Dan hebben de patiënten gegeten, is de medicijnen rondje geweest en er is nog niet heel veel bezoek. Enkele verpleegkundigen vonden het bijvoorbeeld onrealistisch om activiteiten als spelletjes op te leggen op deze patientengroep en betreurden het dat de vrijwilligers niet gewoon langsgingen bij de patiënten voor een praatje. R2 zei erover:

“Patiënten vinden het fijn om even hun hart te kunnen luchten. Dat kunnen zij ook bij ons, maar wij hebben soms net wat minder tijd voor.”

De te krappe bezetting werd door de meeste verpleegkundigen genoemd als reden waarom zij er te weinig tijd voor hebben.

Om de bedside terminals te gebruiken om patiënten te activeren, bijvoorbeeld door daar informatie over bewegen op te zetten, werd door de meeste verpleegkundigen als onrealistisch gezien. Zij vertelden er niet mee te werken omdat de bedside terminals niet goed functioneren. Dit werd bevestigd door een enkele patiënt (respondent) die voor deze niet goed werkende televisiedienst betaald had.

De eenpersoonskamers werden door de meerderheid van de verpleegkundigen genoemd als mogelijke oorzaak van minder sociale contacten en minder sociale controle onder de patiënten. Doordat de patiënten eenpersoonskamers hebben, kan het nu iets langer duren voordat het opvalt als een patiënt onwel wordt of verward raakt. Een enkele patiënt zei tevreden te zijn met de mooie kamer maar een andere patiënt voelde zich alleen gelaten. R7 zei erover:

“Ik zit hier alleen. ’s Morgens zetten ze goed eten hier neer, het eten is goed, en dan zit je daar op die stoel, ik heb één stoel. En daarna zit ik in het bedje en voor de rest zie je niemand. En dan zit ik daar een uur op de stoel en dan ben ik maar moe gezeten en dan ga ik maar liggen op het bed. Ja, wat moet je anders doen?”

De meeste verpleegkundigen zeiden hierover dat ze ook daarom proberen de patiënten bij elkaar te brengen, bijvoorbeeld om gezamenlijk te eten wanneer het kan.

Deelvraag 3: “Komen de verpleegkundigen de patiënten tegemoet bij het vervullen van de basisbehoeften voor zover als deze van toepassing zijn tijdens opname?”

Om antwoord op deze vraag te krijgen, werden er vragen gesteld over de behoeften gelinkt aan het opgenomen zijn. De meeste patiënten lieten weten tevreden te zijn met de medische zorg die ze kregen. Enkele patiënten zeiden ook het eten lekker te vinden en een enkele patiënt liet weten blij te zijn met zijn mooie kamer. De basisbehoeften, van eten, drinken, een dak boven het hoofd en goede medische zorg worden in die zin vervuld. Daarnaast, zeiden enkele verpleegkundigen de behoeften

van de patiënten wel te zien, bijvoorbeeld de behoefte aan een praatje, maar hebben de tijd niet om daar op in te gaan. De meeste patiënten spraken tijdens de interviews tot in detail over zichzelf en wat de ziekenhuisopname voor hen betekende. Deze informatie was ongevraagd en los van het beantwoorden van de interviewvragen. Dat patiënten deze neiging hadden komt overeen met de observaties van de meeste verpleegkundigen. Het sociale contact met anderen en het simpelweg aandacht krijgen is heel belangrijk voor de patiënten. Volgens de meerderheid van de verpleegkundigen vertonen de patiënten vaak “roepgedrag” als ze een tekort aan aandacht krijgen. Enkele verpleegkundigen vonden dat het roepen vaak gaat om iemand erbij te hebben. Het geeft de patiënt het gevoel dat er voor hen gezorgd wordt en dat ze niet alleen zijn. Zij voegden hier aan toe dat het vaak de oudere patiënten zijn die een extra beroep op ze doen. Dat patiënten in beweging blijven werd door de meeste verpleegkundigen als een belangrijke behoefte genoemd. De meeste verpleegkundigen zeiden de patiënten die het kunnen aan te moedigen om rondjes over de afdeling te lopen. Zowel R1 als R2 zei:

“Van in bed liggen werd nooit iemand beter.”

Hierbij maakten ze duidelijk dat zij proberen de patiënten uit bed te krijgen en te betrekken bij de zorg. Een paar verpleegkundigen vertelden hoe belangrijk zij het vinden om in gesprek te blijven met de patiënten over de ADL en het actief gebruiken van beide lichaamshelften. De meeste verpleegkundigen gaven aan dat de patiënten tot ADL te stimuleren een van de belangrijkste taken was. Dit vergroot de zelfredzaamheid van de patiënt maar helpt ook om een dagnachtritme vast te houden.

Goed communiceren met de patiënt en met de mantelzorgers vonden de meeste verpleegkundigen belangrijk. Dit komt de patiënt tegemoet in zijn behoefte om goed te worden geïnformeerd. Toch zeiden enkele patiënten dat over hun gezondheid praten met de verpleging of artsen niet vaak gedaan werd.

Deelvraag 4: “Op welke wijze en in welke mate speelt activering van de patiënt een rol bij de coping van de patiënt tijdens opname?”

De manier van coping onder normale omstandigheden (thuissituatie) was voor de meeste patiënten die van actief aanpakken. Door de opname of door de diagnose was actief aanpakken nu niet meer mogelijk en de meeste patiënten zeiden ziekenhuisopname saai te vinden en last te hebben van verveling. Niet alle patiënten hadden afleiding maar een enkele liet haakwerk van thuis meebrengen en een andere patiënt had een betaald televisie abonnement op zijn kamer. De overige patiënten hadden zo goed als niets omhanden. Een enkele werd daar ongelukkig van en gedurende het interview vertelde steeds dat zij naar huis wilde. De meerderheid van de verpleegkundigen en enkele patiënten vertelden vaker frustratie en huilen te zien bij patiënten die er weinig raad wisten met de situatie. Een patiënt zei te proberen veel te slapen. Respondent 8 zei de dagen te vullen met nadenken:

“Overdag als ik wakker ben, ben ik aan het prakkiseren (piekeren) – kan het niet van me afzetten.”

Hij had verder geen activiteiten om handen en zat dagelijks te wachten tot er bezoek kwam. Bezoek krijgen kan gezien worden als een activering. Enkele patiënten vertelden blij te worden van bezoek. Als patiënten geen bezoek krijgen, kan het effect averechts werken en kan het de stemming drukken. Enkele verpleegkundigen brachten dit ter sprake en zeiden veel somberheid onder de patiënten te zien die geen bezoek krijgen.

Enkele verpleegkundigen zeiden dat patiënten die over de afdeling lopen of tv kijken daarin een zekere afleiding vinden. Toch zagen ze dat weinig patiënten een televisie abonnement hadden en de meeste patiënten niet uit zichzelf gingen rondlopen. Het initiatief moest van de verpleegkundigen komen.

Elkaar opzoeken kan ook een vorm van emotiegericht of afleidende coping zijn. Een paar verpleegkundigen alsook enkele patiënten vertelden hoe patiënten elkaar wel eens opzoeken en een enkele verpleegkundige vertelde hoe oudere patiënten zich soms ontfermen over de jongere patiënten.

Als de patiënten daar sterk genoeg voor zijn en de verpleegkundigen er genoeg tijd voor hebben, zetten ze de patiënten samen aan tafel voor de maaltijden. Volgens de meerderheid van de verpleegkundigen is het effect van deze afleiding en activering dat de patiënten zich beter gaan voelen en beter slapen.

Deelvraag 5: “Welke rol speelt de patiëntgecentreerde bejegening van de evidence based practice zoals toegepast in het ziekenhuis bij de activering van de patiënten?”

Onderdeel van werken met evidence based practice is dat er geschreven verpleegplannen zijn voor de behandeling van de verschillende ziektebeelden. Dit is een checklijst van medische handelingen die verricht moeten worden. Er staat echter geen recreatieplan bij. De meeste verpleegkundigen vertelden er geen tijd voor te hebben om boven de drie keer 10 minuten van de verzorgingsrondes te komen. Daarnaast vertelden de meeste verpleegkundigen het gevoel te hebben dat de werkdruk aan het toenemen was. Dit werd door R5 als volgt verwoord:

“Vroeger kon je de mensen lekker insoppen, lekker body lotion insmeren, zo een dingen allemaal. Dat gaat nu niet meer. Nu moet je met de swash (wegwerp washandje) werken.”

Patiëntgericht werken is dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor een aantal patiënten per dienst. Hij is verantwoordelijk voor de zorg en administratie rondom deze patiënten. Een enkele verpleegkundige vertelde, door het strakke schema, niet altijd de tijd te hebben om de patiënten te laten meehelpen met de ADL. Als de patiënten te langzaam zijn worden ze geholpen zodat de verpleegkundige snel door kan naar de volgende patiënt. Enkele verpleegkundigen zeiden geen tijd te hebben om een praatje te maken of langdurig met patiënten activering bezig te blijven omdat de

medische zorg de hoogste prioriteit heeft. De meerderheid van de verpleegkundigen zei dat het soms zo druk was dat ze amper tijd hadden om extra tijd aan patiënten te besteden buiten de verzorgingsrondes om. Als ze een rustige dienst hadden kon de collega misschien hun hulp gebruiken. Volgens R1:

“Als ik een rustige dienst heb, zijn mijn handen even goed nodig bij mijn collega die wel haar benen uit het lijf rent”.

De patiënten zien ook dat de verpleegkundigen onder tijdsdruk werken. Een enkele patiënt zei de verpleegkundigen liever niet lastig te willen vallen en de meerderheid van de patiënten zeiden dat zij probeerden alles zelf te doen omdat ze zagen hoe druk de verpleegkundigen het hadden. Hoewel de meeste patiënten zeiden tevreden te zijn met de verzorging, vonden enkele patiënten dat de verpleegkundigen weinig belangstelling toonden voor hun vragen. R9 zei erover:

“Ja, er is vooral heel weinig informatie, en ze doen wat ze voorgeschreven krijgen. Het is meer een hoe moet ik het zeggen, je bent een nummer.”

Een paar van de geïnterviewde verpleegkundigen noemden de registratiedruk als een obstakel voor het extra tijd besteden aan activering. Alle handelingen moeten in het systeem geregistreerd worden en dit registreren neemt veel tijd in beslag.

5 Conclusie

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag zijn er ook een aantal deelvragen gesteld. Het doel hiervan was om de effecten van de verschillende copingstrategieën in beeld te krijgen. Daarnaast hoe de hospitalisatie als copingstrategie met activering als alternatief te herkennen en te verminderen en hoe het tegemoet komen aan de fysiologische en sociale basisbehoeften een positief effect kan hebben op de patiënt. In paragraaf 5.1 worden de conclusies die antwoord geven op de deelvragen beschreven. In paragraaf 5.2 wordt het antwoord beschreven van de hoofdvraag van het onderzoek.

5.1 Conclusies per deelvraag

Conclusie deelvraag 1: *“Wat verstaan de patiënten en personeel onder activering en welke mate van structurele activering is er nu aanwezig op West 44?”*

Als antwoord op de vraag wat de patiënten en verpleegkundigen onder de noemer ‘activering’ verstaan, werden het wandelen over de gang en spelletjes spelen het vaakst genoemd. De meeste geïnterviewde patiënten wensten echter liever niet mee te doen aan deze activiteiten. De meeste patiënten zeiden het liefst op de kamer te willen blijven om te rusten of te slapen. Dit zagen zij als een effectieve manier om om te gaan met de verveling die gekoppeld is aan de ziekenhuisopname.

De meeste patiënten hadden geen behoefte om de kamer te verlaten. Mogelijk speelt een behoefte aan veiligheid een rol hierin (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014, p. 350). Het toelaten van dit gedrag kan nadelig uitpakken voor de patiënt (Haft, 2010). Een patiënt die zonder afleiding op de kamer blijft gaat piekeren. Dit is weer niet goed voor zijn stemming of voor zijn herstel (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014, p. 585). Behalve de vaste verzorgingsmomenten waarbij er ADL worden uitgevoerd, de vaste eet en drinkmomenten en indien van toepassing, ergo-, fysio- of logotherapie zijn er geen structurele, uitnodigende activiteiten om de patiënten uit hun kamers te krijgen. Spelletjes worden zelden gespeeld en van de geïnterviewde patiënten ging er een klein aantal af en toe over de gang wandelen. Samenvattend kan gesteld worden dat de verpleegkundigen en de patiënten dezelfde ideeën hadden over de vormen van activering die toegepast konden worden. Op dit moment vindt er geen structurele extra activering plaats, behalve dan de bovengenoemde activiteiten.

Conclusie deelvraag 2: *“Welke obstakels zijn er voor het structureel toepassen van activering als vorm van coping en wat zijn de oorzaken daarvan?”*

De meest genoemde obstakels waren de emotionele toestand en ook de gezondheidstoestand van de patiënt. Deze spelen zeker een rol in de bereidheid van de patiënt om zich voor activering als vorm van coping open te staan. De patiënt is opgenomen wegens ziekte en wordt in vele gevallen geconfronteerd met minder mobiliteit of autonomie dan wat hij vanuit de thuissituatie gewend is. De meeste patiënten gaven aan dat zij onder normale omstandigheden de copingstrategie van actief aanpakken gebruikten. Vanwege de diagnose en de opname waren zij gedwongen om een andere copingstrategie te gebruiken. De meerderheid gaf te kennen geen alternatieve strategie voor handen te hebben en zaten zich daarom te vervelen. Dat de patiënten in plaats van te handelen, andere vormen van coping toepasten (in dit geval schijnbaar niets doen) is niet uitzonderlijk (Schaufeli & Bakker, 2013, p. 105). Zoals blijkt uit het transactionele coping model van Lazarus (Lazarus & Folkman, 2013) dat door de diagnose en de opname de draagkracht van de patiënt op de proef wordt gesteld. In het daarop volgende taxatie van de situatie komt de patiënt een aantal onbekende factoren tegen (Brinkman, 2013). Het kwam bij de meeste patiënten niet op om van de kamer af te gaan terwijl dit voor de meeste patiënten wel werd toegestaan.

De verpleegkundigen vertelden veel emotiegerichte coping te zien in de vorm dat patiënten emotionele reacties laten zien als reactie op de situatie. Er is geen gezamenlijke huiskamer waar de patiënten naartoe zouden kunnen gaan om bijvoorbeeld televisie te kijken, te kaarten of een praatje te maken. Om de sociale interacties enigszins te bevorderen en een dag- en nachtritme in stand te houden, zeiden de meeste verpleegkundigen, dat daar waar mogelijk, de patiënten bij elkaar aan de tafel in de hal te kunnen zetten. Deze activiteit haalt de patiënt uit het bed en uit de kamer zodat er minder ruimte opengelaten wordt voor hospitalisatie (Genuchten, 1988). Door drukte, is het echter niet altijd mogelijk voor de verpleegkundige om dit te realiseren. Verder hebben de verpleegkundigen te weinig tijd om buiten deze basiszorg andere activiteiten aan te bieden. Dat de verpleegkundigen weinig tijd hebben voor extra activerende activiteiten is de reden waarom er in het verleden met

vrijwilligers is gewerkt. Toch werden deze vrijwilligers door alle geïnterviewde verpleegkundigen als een obstakel in de activering genoemd. Enkele redenen daarvoor waren dat het tijdstip ongunstig was wanneer zij langskwamen en er door de vrijwilligers te hoge eisen gesteld werden aan het type activiteit voor deze patiëntengroep. Het simpelweg aanknopen van een praatje met de patiënten was mogelijk al voldoende geweest, vertelden de meeste verpleegkundigen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de grootste obstakels voor het activeren liggen in het feit zijn dat de patiënten meer bezig zijn met het wennen aan de nieuwe situatie dan met de aangeboden activering. Bovendien komt de aangeboden activering niet overeen met de emotionele behoeften van de patiënten. Daarnaast hebben de verpleegkundigen te weinig tijd om, buiten de zorgtaken om, de patiënten extra activiteiten aan te bieden. Er zijn geen vrijwilligers om dit hiaat op te vullen.

Conclusie deelvraag 3: *“Komen de verpleegkundigen de patiënten tegemoet bij het vervullen van de basisbehoeften voor zover als deze van toepassing zijn tijdens opname?”*

Waar de verpleging vooral mee bezig is op West 44 en waar zij de meeste tijd en aandacht voor hebben, is met het tegemoet komen aan de medische en fysiologische basisbehoeften. Door deze werkwijze en door de hoge werkdruk is er voor de meeste verpleegkundigen meestal te weinig tijd om extra aandacht te besteden aan de sociale behoeften van de patiënten. De patiënten worden zo vaak als mogelijk bij elkaar gebracht, bijvoorbeeld tijdens eetmomenten. Het eetmoment komt zowel tegemoet aan de basisbehoeften van eten en drinken enerzijds en het opgenomen zijn in een (gelegenheids-) groep anderzijds. Door de drukte of door het ziektebeeld van de patiënt is dit geen standaard activiteit. De voedingsassistenten komen zes keer per dag langs bij de patiënten, drie keer voor de maaltijden en drie keer voor de geplande drinkrondes. Als er patiënten zijn met slikproblemen, helpen zij deze patiënten met eten of drinken, wat de verpleegkundige ontlast. Tijdens het afnemen van de patiënteninterviews viel het op hoe snel de meeste patiënten bereid waren om met een vreemde over zichzelf en hun ziektes te praten. Het was voor de onderzoeker soms moeilijk om de patiënten terug te brengen op de interviewvragen omdat de patiënten hier zo volhardend in waren. Een aantal van de verpleegkundigen hadden dit gesignaleerd als een basisbehoefte van de patiënten d.w.z. dat ze vaak alleen een luisterend oor en het gevoel dat ze gezien worden nodig hebben. Een aantal verpleegkundigen noemden dat de patiënten soms willen weten dat er iemand in de buurt is en het gevoel willen hebben dat er voor hen gezorgd wordt. Dit geldt vooral voor de oudere patiënten. Tijdens drukte, lukt het de verpleegkundige niet altijd meteen om deze veiligheid te bieden hetgeen ‘roepgedrag’ uitlokt bij de patiënten. Als de verpleegkundigen het minder druk hebben en meer tijd kunnen geven aan de patiënten, is het roepgedrag minder. Samenvattend kan gesteld worden dat het de verpleegkundigen vaak niet lukt om meer te bieden dan een tegemoetkoming in de basis, biologische- en veiligheidsbehoeften. Er is een discrepantie in wat de verpleegkundigen zeiden te willen bieden en wat zij in werkelijkheid kunnen bieden. De meesten zeiden meer te willen bieden in de zin van aandacht en aanwezigheid maar er is daar simpelweg meestal geen tijd voor.

Conclusie deelvraag 4: *“Op welke wijze en in welke mate speelt activering van de patiënt een rol bij de coping van de patiënt tijdens opname?”*

De ideeën van de verpleegkundige en de patiënten over hoe activerende activiteiten als vorm van afleidende coping toe te passen zijn verschillend. Voldoende beweging krijgen is een basisbehoefte maar de hoeveelheid beweging die mogelijk is varieert per patiënt. Het initiatief om te bewegen komt vaak van de verpleging uit en niet van de patiënten, vertelden de meeste verpleegkundigen. Dit is voor een deel gerelateerd aan de ziekte maar komt mogelijk ook door onwetendheid. Patiënten beseffen mogelijk niet dat bewegen gunstig kan zijn voor het herstel (Brown, Redden, Flood, & Allman, 2009). Een emotionele reactie werd door zowel enkele patiënten als verpleegkundigen genoemd als factor die een belemmerende uitwerking in activering kan hebben. Activering als een vorm van coping wordt in de huidige situatie niet structureel toegepast. Een informele vorm vindt wel plaats tijdens familiebezoek.

Goed kunnen communiceren met de patiënten en de familie werd door de meeste verpleegkundigen als belangrijk gezien maar toch gebeurt dit niet altijd. De meeste patiënten zeiden onvoldoende geïnformeerd te zijn over hun ziektebeeld en wisten niet dat ze van de kamer af mochten. In het algemeen kan gesteld worden dat hoe beter de patiënten en familie (mantelzorg) geïnformeerd worden des te meer zij mogelijk bereid zullen zijn om mee te doen met activerende activiteiten (Struijs & Jongsma, 2013).

Al met al, activering van patiënten gebeurt voornamelijk tijdens de verzorgingsmomenten door de ziekenhuismedewerkers of als de patiënten bezoek krijgen. Initiatief voor activering komt voornamelijk uit de hoek van de ziekenhuismedewerkers. Een verpleegkundige zei het belangrijk te vinden om de patiënten bewust te maken van waarom deze activiteiten moeten plaatsvinden. Het is ook de patient die bezig moet zijn met zijn eigen herstel. Het gaat dus ook om bewustwording.

Deelvraag 5: *“Welke rol speelt de patiëntgecentreerde bejegening van de evidence based practice zoals toegepast in het ziekenhuis bij de activering van de patiënten?”*

Als antwoord op de vragen over evidence based practice en de daaraan gekoppelde patiëntgecentreerde bejegening, kan gesteld worden dat deze werkwijze wel degelijk invloed heeft op de activering van patiënten. De verpleegkundige moet alle handelingen die hij verricht registreren in het medisch dossier van de patiënt, wat dus veel tijd in beslag neemt. Hoewel er een tabblad is voor de psychosociale informatie over de patiënt in het medisch dossier is er geen standaard plan t.b.v. recreatieve ideeën of sociale begeleiding voor de patiënt. De meerderheid van de verpleegkundigen zeiden meestal geen tijd te hebben om een praatje te maken of langdurig met patiëntenactivering bezig te blijven. De medische of zorghandelingen hebben de voorkeur. Enkele verpleegkundigen vertelden het idee te hebben dat de patiënten steeds vaker binnen komen met zwaardere diagnoses en met een grotere zorgvraag. Dit doet eerder een beroep op de evidence based medische kennis en –handelingen van de verpleegkundige dan op zijn sociale vaardigheden.

De patiëntgerichte benadering vindt zijn weerslag in hoe de verpleegkundigen werken. Per dienst, hebben zij de verantwoordelijkheid voor een aantal patiënten en coördineren dan alle nodige zorgacties voor deze patiënten. Enkele verpleegkundigen vertelden als gevolg van de werkdruk niet altijd genoeg ruimte te hebben om de volle 10 minuten per patiënt volledig te besteden die drie keer per dienst van hun verwacht worden. De voedingsassistenten vullen dit gat enigszins op. Enkele patiënten hadden het idee dat de verpleegkundigen te weinig tijd voor ze hadden en de meeste patiënten vertelden voor zover mogelijk alles zelf te doen omdat de verpleegkundigen het zo druk hadden. Ze wilden hen niet storen.

Samengevat, kan gesteld worden dat het werken volgens protocol zowel voor- als nadelen heeft. Door evidence based te werken, is de kwaliteit van de zorg gewaarborgd. Door de toegenomen registratiedruk, heeft de verpleegkundige echter minder tijd om met extra activering van de patiënt bezig te zijn. Patiëntgericht werken kan gunstig zijn in de zin dat de verpleegkundige veel kennis heeft van de patiënten die onder haar zorg vallen. In het verpleegplan is er te weinig ruimte om aan de socialebehoeftes van de patiënten te voldoen. Door de toegenomen zorgvraag heeft hij minder tijd te besteden aan de patiënt, buiten de medische handelingen om.

Conclusies Hoofdvraag: *“Wat zijn de obstakels die in de weg staan van de activering van patiënten die opgenomen zijn op West 44 en hoe kan activering worden ingezet als vorm van coping tijdens ziekenhuis opname voor deze patiëntengroep?”*

Het antwoord op de hoofdvraag bestaat uit verschillende delen. De obstakels voor het toepassen van activering als vorm van coping hebben vooral te maken met de verschillende verwachtingen van de patiënten en van de verpleegkundigen. Om een brug te slaan tussen de uiteenlopende verwachtingen en ruimte te maken voor het inzetten van activering als vorm van coping, zal er meer bewustwording moeten plaatsvinden over het effect van activering en de redenen waarom het belangrijk is. Een van de onderdelen van de patiëntgerichte benadering is de patiënt goed te informeren. Door de patiënt te informeren over de positieve effecten van activering, wordt hij partner gemaakt en gestimuleerd in zijn zelfzorg, wat de eigenwaarde van de patiënt versterkt.

Wat ook als obstakel gezien kan worden is de werkwijze. De verpleegkundige zorg is vooral gericht op evidence based practice. Er zijn protocollen en de verpleegkundigen voeren deze medische handelingen uit. Er is weinig ruimte hierin voor psychosociale handelingen. Binnen de kaders van geprotocolleerd werken, is de verpleegkundige vrij om een eigen invulling te geven in hoe hij zijn werkzaamheden uitvoert. Een van de pijlers onder de patiëntgerichte benadering is om oog te hebben voor de emoties van de patiënt. De verpleegkundige wordt gevraagd om een sociale antenne te ontwikkelen (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009). Tijdens het onderzoek bleek onder de verpleegkundigen veel betrokkenheid aanwezig te zijn voor de patiënten. Zij menen echter dat zij door de werkdruk te weinig tijd hebben om effectief met de emoties van de patiënten om te gaan. Om activering als vorm van coping in te zetten, zal er antwoord moeten komen op de vragen: *“Wie gaat de activering uitvoeren, wanneer vindt deze plaats*

en welke vorm wordt hieraan gegeven?” Hierop zal verder worden ingegaan in het hoofdstuk Aanbevelingen.

Werken met vrijwilligers werd door de verpleegkundigen als een obstakel genoemd. In het verleden heeft de afdeling met vrijwilligers gewerkt. De meest genoemde redenen van waarom het vrijwilligersproject mislukte waren het verkeerde tijdstip en de verkeerde verwachtingen van de vrijwilligers. Naast het spelen van spelletjes, toonden de vrijwilligers weinig initiatief qua activering. De mogelijkheid werd geopperd aan de vrijwilligers om de kamers langs te gaan en een praatje met de patiënten te maken. Dit strookte echter niet met hun verwachtingen waardoor zij met de activiteiten gestopt zijn.

Als activering in de eerste instantie gezien wordt als het in contact komen met de patiënt dan heeft het vooral te maken met aandacht (Baart, 2003). De patiënt wil weten dat hij gezien wordt en krijgt daardoor het gevoel dat hij veilig is (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2014, p. 350). Er hoeven in die zin geen vrijwilligers te komen. De verpleegkundigen meer kennis geven over de sociale behoeftes van de patiënten tijdens opname, draagt bij aan het ontwikkelen van een sociale antenne en stelt hem in staat om effectiever in te spelen op de behoeften van de patiënt. Dit zou ertoe bijdragen aan meer patiëntgerichte zorg en aan een kwaliteitsverbetering.

Niet elke gekozen vorm van activering is geschikt voor elke patient. Hierbij is maatwerk nodig en kan dus niet zomaar opgelegd worden. Wat tijdens dit onderzoek duidelijk werd is dat de activering als vorm van coping ook gevonden kan worden in de kleine gebaren zoals de patiënten aandacht geven en een gevoel geven dat ze gezien en begrepen worden. In het volgende hoofdstuk volgt een discussie en worden er aanbevelingen gedaan.

6 Discussie en aanbevelingen

6.1 Discussie

Het onderzoek werd uitgevoerd als opdracht van het unithoofd van West 44. Zij ziet in waar het wringt tussen wat de werkvloer, de patiënten en mantelzorgers willen en wat er daadwerkelijk gebeurt. Een ideaal resultaat van dit onderzoek zou zijn dat er extra personeel aangetrokken worden, twee verzorgenden per dienst of een activiteitenbegeleider om de verpleegkundigen bij te staan. Dit gaat echter verder dan de vraag van de opdrachtgever. Zij vraagt om een kwaliteitsverbetering voor de patiënten en tijdens een overleg moment zei ze dat de oplossing gezocht moet worden binnen de afdeling zelf. De vraag is echter of dat mogelijk is, gezien de bezetting gecombineerd met de werkdruk. Een onderwerp dat tijdens de interviews vaker ter sprake kwam was dat de verpleegkundigen meer willen doen op het gebied van activering maar ze hebben er geen tijd voor. De kwaliteitsverbeteringen zullen moeten komen uit anders werken, niet meer of harder.

Op West 44 wordt er met protocollen gewerkt. Deze werkwijze geeft structuur aan de werkzaamheden van de verpleegkundigen. Daarnaast zijn zij vrij om een eigen invulling te geven aan hoe zij hun taken uitvoeren. De ene verpleegkundige is meer extrovert of heeft meer empathie en zal sneller een binding met de patiënten krijgen dan de ander. Wat uit de resultaten bleek is dat de patiënten niet altijd een spraakzame verpleegkundige willen. Zij willen vooral hun eigen verhaal kunnen vertellen en het gevoel hebben dat de verpleegkundige ze ziet. Dat de patiënten ook over hun ziekte willen praten is begrijpelijk maar is ook een dilemma. Wie heeft de tijd om uitgebreid bij de patiënten te zitten en luisteren? Omdat er geen vrijwilligers zijn, zal er toch een beroep gedaan moeten worden op de mantelzorgers om meer in de participerende rol te komen. Dit kan “mondeling, schriftelijk (folders) als digitaal” (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009, p. 5). Passend bij het cognitieve thema van de patiëntgerichte benadering. Hoewel de opdrachtgever het liever binnen de afdeling op wil lossen, is onderdeel van de patiëntgerichte benadering om juist de mantelzorgers bij te betrekken en goed geïnformeerd te houden. Daar passen de folders, op papier of digitaal, goed bij.

In zijn geheel, sluit het theoretisch kader goed aan bij de bevindingen van het onderzoek. Activering als vorm van coping in een situatie zo ernstig en bedreigend als een ziekenhuisopname is sterk persoonsgebonden. Door de patiënten te activeren, door bijvoorbeeld ze uit bed te krijgen, ze iets aan lichamelijke beweging te laten doen en sociale te stimuleren, worden verschillende coping stijlen aangeboord. Dit kan een positieve bijdrage leveren in het verminderen van de aan ziekenhuisopname gerelateerde stress (Bergsma, 2002), (Morrison & Bennett, 2013). Bovendien, door de patiënt bij de zorg te betrekken, behoudt de patiënt enige zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Deze kunnen bijdragen aan het ondersteunen van de eigenwaarde van de patiënt en kunnen een gunstige uitwerking hebben op zijn gezondheid (Smeijsters, Koolmees, Schoenmakers, Welten, Schoot, & Oudijk, 2009), (Brown, et al., 2016).

Als een vervolgonderzoek plaatsvindt, zou het gunstig zijn om de attitudes van de verpleegkundigen, patiënten en mogelijk ook de mantelzorgers te onderzoeken. Wat naar voren kwam tijdens dit onderzoek is dat er uiteenlopende, onderliggende ideeën zijn over wat ziekenhuisopname betekent. Het is een interessante vraag en dient te worden onderzocht of deze ideeën stroken met de huidige opzet. Enerzijds lokaal, of deze stroken met de werkwijze van de verpleegkundigen op West 44. Anderzijds in breder maatschappelijk context, of deze stroken met de participatiemaatschappij en met wat er van mantelzorgers verwacht wordt tegenwoordig. In de aanbevelingen staan suggesties hoe deze kloof enigszins gedicht kan worden.

Hoewel er geprobeerd werd om tijdens het onderzoek sturende vragen te vermijden, kan het toch zijn voorgekomen dat de respondenten beïnvloed werden door de eigen verwachtingen of door de verwachtingen die onbewust geprojecteerd werden door de onderzoeker. Dit kan een bedreiging vormen voor de validiteit van het onderzoek (Boeije, 2016). De validiteit van het onderzoek werd mogelijk ook bedreigd doordat er soms over andere onderwerpen werd gesproken dan de

onderwerpen van de topiclijst en vooraf bedachte interviewvragen. Vooral door de patiënten werd er vaak uitgeweken naar andere onderwerpen, zoals de eigen gezondheid of reden van opname. Hierdoor werd mogelijk kortdurend het doel van het interview uit het oog verloren (Boeijs, 2016). In dit soort situaties werden de gestelde vragen soms te sturend. De onderzoeker was hiervan bewust en zocht dikwijls naar een opening om de aandacht weer op de interviewvragen te richten om de validiteit te waarborgen.

6.2 Aanbevelingen

Als activering als vorm van coping ingezet wordt op West 44, moet er antwoord komen op deze drie eerder gestelde vragen: *“Wie gaat de activering uitvoeren?”* *“Wanneer vindt deze plaats?”* en *“Welke vorm wordt hieraan gegeven?”* Daarnaast wordt er naar de werkwijze gekeken.

Wie gaat de activering uitvoeren?

Van de verpleegkundigen kan niet gevraagd worden dat zij harder gaan werken. Als activering gezien kan worden in kleine gebaren en in de medische verzorging, doen de verpleegkundigen hun werk. Als er meer gevraagd wordt, zal de afdeling weer met vrijwilligers aan de slag moeten gaan en de mantelzorgers meer bij de zorg betrekken.

Wanneer vindt deze plaats?

De meeste verpleegkundigen en enkele patiënten noemden een specifiek tijdstip als ideale tijd voor extra activerende activiteiten, namelijk rond 15.00 uur 's middags. Als de brug als plaats van extra activering (bijvoorbeeld televisiekijken of kaarten) wordt gekozen, kan dit tijdstip gunstig uitpakken. De verpleegkundigen gebruiken de brugruimte om te pauzeren maar op het tijdstip van 15.00 uur is de brug meestal niet bezet. Er zou een afspraak gemaakt kunnen worden met de fysiotherapeut dat de afspraken met de patiënten die de oefenmaterialen moeten gebruiken, buiten 15.00 tot 17.00 uur vallen.

Welke vorm wordt hieraan gegeven?

Er wordt weer met vrijwilligers gewerkt. De vrijwilligers worden geïnstrueerd om bij de patiëntenkamers langs te gaan om een praatje te maken. Een keer per week, begeleiden zij de patiënten die mee mogen doen, naar de brugruimte om naar dvd's te kijken, te kaarten of een praatje te maken, wat de patiënten willen. De vrijwilligers worden hierin geïnstrueerd door de verpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor de zorg over deze patiënten. Daarnaast, zijn er folders beschikbaar voor de mantelzorgers over wat de mogelijkheden zijn in en om het ziekenhuis. Er kan informatie in staan over het huren van een rolstoel en even met de patiënt samen naar buiten te gaan. Dit, in samenspraak met de verpleegkundigen.

Verpleegplan onder de loep nemen

Een deel van de frustratie van de verpleegkundigen is dat zij graag zowel met informele als met formele patiëntenzorg bezig willen zijn maar door de geprotocolleerde werkwijze, de registraties en werkdruk is daar te weinig ruimte voor. De verpleegplannen zijn ooit, evidence based geschreven door professionals, werkend in de gezondheidszorg. Het zou een idee zijn om ruimte in de verpleegplannen te maken voor evidence based sociale zorg. Dit is niet alleen goed voor de patiënten maar komt dan ook de verpleegkundige tegemoet met zijn zorgbehoefte.

Voorgestelde interventie

Om de resultaten van dit onderzoek aan de afdeling te presenteren, wordt een voorlichtingsavond gepland. De resultaten van dit onderzoek zullen hiervoor ingezet worden. Als onderwerpen zullen aan bod komen de voorlichting over het psychologisch proces dat zich afspeelt bij de patiënt tijdens het ziek zijn en tijdens de ziekenhuisopname en de noodzaak voor activering. Vervolgens zal er een discussie plaatsvinden waarbij feedback over dit onderwerp van de verpleegkundigen gevraagd wordt. Met deze feedback, wordt vorm gegeven aan een interventie.

De interventie heeft als doel om meer bewustwording te creëren onder de verpleegkundigen van het probleem en de oorzaken daarvan. De interventie zal in de vorm zijn van een informatieve PowerPoint presentatie. Deze kan in het vervolg worden getoond aan nieuwe medewerkers van West 44 en kan worden gebruikt als voorlichting over de patiëntgecentreerde bejegening. Daarnaast wordt er een informatieve folder gemaakt voor de patiënten en mantelzorgers over de activerende activiteiten die tot de mogelijkheden behoren tijdens ziekenhuisopname.

Inhoudsopgave

1. Tussentijdsevaluatie formulier Opdrachtgever d.d. 27 maart	36
2. Tussentijdsevaluatie feedback Opdrachtgever d.d. 27 februari	40
3. Eigen evaluatie onderzoeker en reflecties op het proces	41
4. Toestemmingsformulier HBO Kennisbank	43
5. Ethische verantwoording	45
6. Literatuuronderzoek	49
7. Zoekverslag	50
8. Bibliografie	56
9. Topiclijst	60
10. Analyse plan	61
11. Informatiebrief voor deelnemers	62
12. Toestemmingsverklaring voor deelnemers	64
13. Interviewvragen patiënten	65
14. Interviewvragen verpleegkundigen	70
15. Logboek interviews en respondentencode	75
16. Voorbeeld tekst uit afgenomen interview	76
17. Codelijst	77
18. Taxonomie	86
19. Onderzoekslogboek	87
20. Correspondentie	101
a. Toestemming Bureau Wetenschappelijk Onderzoek (BWO)	
b. Toestemming Medisch Ethisch Toetsingscomité (METC)	
c. Mailverkeer en Feedback Zuyderland	
d. Mailverkeer en Feedback Fontys	
21. Mindmap gebruikt tijdens voorbereidende fase van onderzoek	143
22. Foto impressie West 44	144
23. PowerPoint presentatie voor de opdrachtgever	147
24. Schema's	152
a. Patiënt als mens en gast	
b. Transactionele coping model	
c. Behoeftepiramide van Maslow	
25. Gelinkte bestanden	155
a. Linke Onedrive voor transcripties	
b. Link MyMedia voor presentatie	

Bijlage 8: Bibliografie

- Baart, A. (2003). *Een theorie van de presentie* (3e druk ed.). Amsterdam: Boom.
- Bergouignan, A., Rudwill, F., Simon, C., & Blanc, S. (2011, October). *Physical inactivity as the culprit of metabolic inflexibility: evidence from bed-rest studies*. Opgeroepen op maart 17, 2018, van PubMed:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Physical+inactivity+as+the+culprit+of+metabolic+inflexibility%3A+evidence+from+bed-rest+studies>
- Bergsma, J. (2002). *Lichamelijke verstoring en autonomie - een medisch-psychologische bijdrage* (4e druk ed.). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek - Denken en doen* (2e druk ed.). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Boone, M. (2012, november 9). *marketingrulz*. Opgeroepen op maart 12, 2018, van marketingrulz:
<https://marketingrulz.nl/nieuwe-relevantie-maslow-anno-2012/>
- Brinkman, J. (2013). *Voor de Verandering - Een praktische inleiding in de agogische theorie* (5e druk ed.). Groningen: Nordhoff Uitgevers b.v.
- Brown, C., Foley, K., Lowman, J., MacLennan, P., Razjouyan, J., Najafi, B., et al. (2016, July). *Comparison of Posthospitalization Function and Community Mobility in Hospital Mobility Program and Usual Care Patients A Randomized Clinical Trial*. Opgeroepen op maart 23, 2018, van JAMA Network:
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2525418>
- Brown, C., Redden, D., Flood, K., & Allman, R. (2009, September). *The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults*. Opgeroepen op maart 14, 2018, van PubMed:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682121>
- Busch, M. H. (2017). *Inleiding Complementaire zorg*. Opgeroepen op januari 21, 2018, van https://rd.springer.com/chapter/10.1007%2F978-90-368-1712-7_1
- Buurman, B. e. (2015, Maart 31). *Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis*. Opgeroepen op 09 18, 2017, van medrie.nl:
https://medrie.nl/sites/default/files/uploads/functieverlies_ouderen_bij_acute_opname_in_ziekenhuis_ntvg.pdf
- Clabbers, N., Dijken, P. v., Gool, A. v., Greef, J. v., Groot, J. d., Hendriks, et al. (2013, juni 11). *Informatie over Innoveren voor Gezondheidszorg / kosten, participatie*. (C. G. Wevers, Red.) Opgeroepen op maart 16, 2018, van TNO Strategy & Change:
https://www.tno.nl/media/2114/tno_innoveren_voor_gezondheid.pdf
- Clercq, R. d. (2016, November). *Zicht op tijdsdruk*. Opgeroepen op maart 16, 2018, van SpringerLink: <https://link-springer-com.lib.fontys.nl/article/10.1007%2Fs41193-016-0181-4>
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2014). *General: Psychosocial Aspects of Care, van boek: Nursing care plans: guidelines for individualizing client care across the life span, 9th ed*. Opgeroepen op maart 24, 2018, van Nursing Reference Center: <http://www.fadavis.com>

Dols, M., Vervuren, P., Essers, N., Gosselaar, J., Geelen, A., & Vrancken, R. (sd). *Informatiefolder West 44 Neurologie*. Opgeroepen op december 18, 2017, van zuyderland.nl:
<https://leerplein.zuyderland.nl/Search?searchText=west+44>

Endler, N., & Parker, J. (2004). *Coping Inventory for Stressful Situations*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information b.v.

Ezzy, D. (2002). *Qualitative analysis: practice and innovation*. . Londen: Routledge.

Fox, M., Sidani, S., & Brooks, D. (2010, April 30). *Differences in sleep complaints in adults with varying levels of bed days residing in extended care facilities for chronic disease management*. Opgeroepen op februari 18, 2018, van
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1054773810365957>

Garenfeld, W. &. (2009, June). *Een verwarrend samenspel*. Opgeroepen op maart 13, 2018, van
<https://doi-org.lib.fontys.nl/10.1007/BF03088269>

Genuchten, H. v. (1988, april 5). *Hospitalisatie. Bewoner heeft zich goed aangepast, maar vertoont weinig initiatief*. Opgeroepen op december 28, 2017, van BTSG:
<https://web.archive.org/web/20130103202735/http://www.btsq.nl/infobulletin/hospitalisatie.html>

Geusgens, C. (2017, september). Dr. Klinisch Neuropsycholoog. (C. Mallie, Interviewer) Sittard-Geleen.

Glind, I. v., Dulmen, S. v., & Goossensen, A. (2008). *Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms*. Opgeroepen op Januari 27 2018, van Nivel:
<https://www.nivel.nl/sites/all/modules/custom/wwwopac/adlib/publicationDetails.php?database=ChoicePublicat&preref=3298&width=650&height=500&iframe=true>

Gunst, S. v. (2011, april). *Goed slapen, minder vallen*. Opgeroepen op maart 17, 2018, van SpringerLink: <https://link-springer-com.lib.fontys.nl/article/10.1007/s12503-011-0024-3>

Haaft, G. t. (2010, August). *Dokter is ziek - als patiënt zie je hoe zorg beter kan*. Opgeroepen op september 14, 2017, van SpringerLink: <https://link-springer-com.lib.fontys.nl/article/10.1007%2FBF03089085>

Habets, H. (2017). Coördinator Ouder Vriendelijk Ziekenhuis - Zuyderland Medisch Centrum. (C. Mallie, Interviewer)

Habets, H. (2009, October). *Grijze wolken boven de witte wereld*. Opgeroepen op maart 24, 2018, van Denkbeeld: <https://link-springer-com.lib.fontys.nl/article/10.1007/BF03088300>

Herweijer-van Gelder, I. M. (2016, juli). *Evidence-Based Design in Nederlandse ziekenhuizen - Ruimtelijke kwaliteiten die van invloed zijn op het welbevinden en de gezondheid van patiënten*. Opgeroepen op 01 07, 2018, van TUDelft:
https://pure.tudelft.nl/portal/files/4700191/1156_2279_2_PB.pdf

Holmes, T., & Rahe, R. (1968, March 19). *The social readjustment rating scale*. Opgeroepen op maart 14, 2018, van sagejournals:
<http://journals.sagepub.com/lib.fontys.nl/doi/pdf/10.1177/003591576806111P129>

Hoogerduijn, J., Grobbee, D., Schuurmans, M., Duijnste, M., Rooij, S. d., & Grypdonck, M. (2006, november 21). *Prevention of functional decline in older hospitalized patients: Nurses should play a key*

role in safe and adequate care. Opgeroepen op maart 17, 2018, van Wiley Online Library:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2006.01579.x>

Huijben-Schoenmakers, M., Gamel, C., & Hafsteinsdottir, T. (2009, september 28). *Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day?* Opgeroepen op maart 14, 2018, van Sage journals:

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215509341526?related-urls=yes&context=23%2F12%2F1145&context=23%2F12%2F1145&legid=sprecre%3B23%2F12%2F1145&patientinform-links=yes>

Hupkens, S. (2017). Wat is complementaire zorg? . In M. D. Busch, *Inleiding Complementaire Zorg* (p. 34). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Inouye, S., Bogardus, S. j., Baker, D., Leo-Summers, L., & Cooney, L. j. (2000, December). *The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients*. Opgeroepen op maart 17, 2018, van PubMed:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11129764?dopt=Abstract>

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21'st Century*. Opgeroepen op December 29, 2017, van Nationalacademies:

<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>

Jansen, R. (2015, augustus 27). *nursing*. Opgeroepen op maart 12, 2018, van nursing.nl:

<https://www.nursing.nl/5-tips-om-je-patient-zoveel-mogelijk-uit-bed-te-krijgen-2676834w/>

Kortebein, P., Symons, T., Ferrando, A., Paddon-Jones, D., Ronsen, O., Protas, E., et al. (2008, October). *Functional impact of 10 days bed rest in healthy older adults*. Opgeroepen op maart 15, 2018, van UTMB health: <https://utmb.influent.utsystem.edu/en/publications/functional-impact-of-10-days-of-bed-rest-in-healthy-older-adults>

Lazarus, R., & Folkman, S. (2013). Stress, Appraisal and Coping. In V. & Morrison, *Gezondheidspsychologie 2e editie*. Amsterdam: Pearson Benelux.

Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Anderson, J., Robert, G., et al. (2015, September 25). *One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs*. Opgeroepen op oktober 1, 2017, van

guusschrijvers.nl: <http://guusschrijvers.nl/wp-content/uploads/2015/10/One-size-fits-all-Mixed-methods-evaluation-of-the-impact-of-single-room-accommodation-on-staff.pdf>

Morrison, V., & Bennett, P. (2013). *Gezondheidspsychologie* (2e druk ed.). Amsterdam: Pearson Benelux.

Nederlands Huisartsen genootschap. (2014). *Nederlands huisartsen genootschap; informatie over delier*. Opgeroepen op maart 19, 2018, van nhg.org:

<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/delir>

Nevid, J., Rathus, P., & Green, B. (2008). *Psychiatrie een Inleiding* (6e editie ed.). Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Nils, F. &. (2012). Beyond the myth of venting: social sharing modes determine the benefits of emotional disclosure. In R. Vonk, *Sociale Psychologie* (pp. 42, 672-681). Groningen : Nordhoff Uitgevers, b.v.

Oelen, M. (2012, Maart 5). *Nursing.nl*. Opgeroepen op 01 10, 2017, van Nursing- Thema bejegening: <https://www.nursing.nl/averpleegkundige-zorg-gebaat-bij-eenpersoonkamersa-nurs007749w/>

Ploeg, J. v. (2013, July 26). *Wanneer is een copingstrategie effectief? - informatie over coping in stress bij kinderen*. Opgeroepen op maart 19, 2018, van SpringerLink: https://link-springer-com.lib.fontys.nl/chapter/10.1007/978-90-368-0419-6_3

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2013). *De psychologie van arbeid en gezondheid* (3e herziene druk ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Scherder, E. (2014). *Laat je hersenen niet zitten - hoe lichaamsbeweging de hersenen jong houdt*. Amsterdam: Athenaeum - Polak & van Gennep.

Smeijsters, H., Koolmees, H., Schoenmakers, S., Welten, J., Schoot, T., & Oudijk, R. (2009). *Patiëntgecentreerde bejegening in het Maaslandziekenhuis* 33:. Opgeroepen op december 17, 2017, van fontys.nl: <https://doi-org.lib.fontys.nl/10.1007/BF03080179>

Strijbos, M., Steunenbergh, B., Mast, R. v., Inouye, S., & Schuurmans, M. (2013, December). *BMC Geriatrics*. Opgeroepen op maart 17, 2018, van Springer Link: <https://link-springer-com.lib.fontys.nl/article/10.1186/1471-2318-13-78>

Struijs, A., & Jongsma, K. (2013). *Informatie over besluitvorming voor zorgverlener en patiënt*. Opgeroepen op maart 15, 2018, van Centrum voor Ethiek en Gezondheid: https://ceg.nl/uploads/publicaties/Achtergrondstudie_Gezamenlijke_besluitvorming_zorgverlener_patiënt.pdf

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag : Boom Lemma uitgevers.

Vervuren, P. (2017, december 20). Teamleider Neurologie afdeling West 44, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard-Geleen. (C. Mallie, Interviewer)

Vonk, R. (2013). *Sociale psychologie*. Groningen: Nordhoff Uitgevers.

Walburg, J. (2010, March). *Wat heeft de positieve psychologie te bieden? Een reactie op Ad Bergsma*. Opgeroepen op maart 14, 2018, van SpringerLink: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03089343>

Zimbardo, P., Johnson, R., & McCann, V. (2014). *Psychologie een Inleiding, 7e editie* (Vol. Hoofdstuk 14). Amsterdam: Pearson Benelux, bv.

Zisberg, A., Shadmi, E., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Srulovici, E., & Admi, H. (2011, February 11). *Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults*. Opgeroepen op maart 12, 2018, van Wiley Online Library: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2010.03276.x>

Zuyderland Medisch Centrum. (2018). *Historie van Zuyderland*. Opgeroepen op 03 26, 2018, van Stichting Zuyderland Medisch Centrum: <https://www.zuyderland.nl/zuyderland/historie/>

Zwaag, S. v., Winters, A., Voorhorst, W., & Kamper, A. (2016, December). *TVZ Tijdschrift voor verpleegkundige experts*. Opgeroepen op maart 2017, 2018, van SpringerLink: <https://link-springer-com.lib.fontys.nl/article/10.1007/s41184-016-0145-9>

