

Proeve van bekwaamheid 2

De rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar

Naam:	
Studentnummer:	14057751
Opleiding:	HBO verpleegkunde, De Haagse Hogeschool
Klas:	HBOV-krt3
Voorstel proeve 2:	Kwalitatief onderzoek
Osiriscode:	VP-Proeve2-14 Verslag1
SLB-er:	Anita Ham
E-mailadres:	a.ham@hhs.nl
Werkbegeleider:	
E-mailadres:	
Inleverdatum:	maandag 27 maart '17 (definitief)
Aantal woorden:	3890

To effectively communicate, we must realize that we are all different in the way we perceive the world and use this understanding as a guide to our communication with others.

- *Tony Robbins*

Communicatie in de zorg: een praktijkgericht onderzoek naar de ervaringen tussen zorgprofessional, mantelzorger en cliënt

De Haagse Hogeschool, Johanna Westerdijkplein 75, 2521 EH Den Haag, Nederland

Samenvatting

INLEIDING: NIVEL voert sinds 1975 diverse onderzoeken in Europa uit over communicatie tussen zorgprofessional en cliënt, om de reden dat communicatie een belangrijk onderdeel is van de zorgverlening. Daarnaast is communicatie essentieel om een vertrouwensband met de cliënt en diens mantelzorger op te bouwen. In dit artikel wordt het onderzoek naar de ervaringen over communicatie in de zorgverlening in woonzorgcentrum Rosa beschreven. Er is nagegaan wat de ervaringen van de zorgprofessionals, mantelzorgers en cliënten, ten aanzien van de informatievoorziening over de zorgvoortgang zijn.

METHODE: Om inzicht te krijgen in de ervaringen over communicatie in de zorgverlening in woonzorgcentrum Rosa, is een kwalitatief onderzoek met een exploratief doel verricht. Twee zorgprofessionals, twee mantelzorgers en twee cliënten hebben deelgenomen. De zes respondenten werden geïnterviewd middels de semigestructureerde methode. De vragen die gesteld werden, waren herleid van de topics communicatie, betrokkenheid, het zorgproces, professioneel handelen en bejegening. Vier interviews werden getranscribeerd en twee werden samengevat. De interviews werden vervolgens geanalyseerd middels de methode van constante vergelijking, volgens de gefundeerde theoriebenadering van Glaser & Straus en Boeije.

RESULTATEN: Uit de interviews kwam naar voren dat de zorgprofessionals, de mantelzorgers en de cliënten goede communicatie in de zorgverlening belangrijk vinden. Er heerst echter ontevredenheid over de wijze waarop het de communicatie verloopt.

CONCLUSIE: Vanuit de resultaten kan geconcludeerd worden dat iedere zorgprofessional een eigen mening heeft over hetgeen wat zij aan de mantelzorgers communiceren. De mantelzorgers zijn echter ontevreden over de wijze waarop de communicatie tussen hen en de zorgprofessionals verloopt. Eén van de twee cliënten is ontevreden over de wijze waarop de zorgprofessionals met haar communiceren en over de wijze waarop zij betrokken wordt bij haar zorgproces.

Inleiding

In Nederland wordt uitvoerig onderzoek gedaan naar nieuwe of betere manieren om de communicatie tussen de zorgprofessionals en de cliënten te verbeteren, waarbij de wijze van communiceren aansluit bij de behoeften van de cliënten (Nivel, 2014). Daarbij is het leveren van patiëntgerichte zorg uitermate belangrijk om aan de zorgbehoeften te kunnen voldoen. Met patiëntgerichte zorg wordt bedoeld dat de cliënt goede communicatie ervaart met verschillende zorgprofessionals en dat de cliënt meebeslist over zijn/haar behandeling (Nivel, 2012). Vriendelijk zijn en een luisterend oor bieden zijn onderdelen die de cliënten ook belangrijk vinden bij patiëntgerichte zorg.

De Boer, Delnoij en Rademaker onderzochten in 2011 het belang van patiëntgerichte zorg onder cliëntengroepen van diverse leeftijden, met diverse gezondheidsproblemen. Met dit onderzoek wilden zij achterhalen welke van die cliëntengroepen meer waarde hechtten aan patiëntgerichte zorg. De onderzoekers concludeerden dat alle cliënten, ongeacht leeftijd en gezondheidsproblemen, wisten te vertellen wat zij belangrijk vinden. Door de onzekerheid waar zij mee kampen, maakt het dat zij goede informatie nodig hebben om met hun gezondheidsproblemen om te gaan.

Caris-Verhallen, Kerkstra, van der Heijden en Bensing onderzochten in 1998 de verbale communicatie tussen zorgprofessionals en oudere cliënten in een verzorgingshuis en een thuiszorginstelling. Zij hebben onderzocht welke vormen van communicatie zorgprofessionals nodig hebben om goede zorgverlening te bieden aan oudere cliënten.

Tevens wilden zij weten of de professionals over de juiste communicatieve vaardigheden beschikken om tijdens een gesprek te achterhalen wat de behoeften van cliënten zijn. De zorgprofessionals van de verschillende zorgsettings vertoonden verschillen in de verbale communicatie onderling en tussen zorgprofessionals en de cliënten. In het verzorgingshuis was sprake van meer sociale communicatie, terwijl in de thuiszorg vooral sprake was van affectieve communicatie. Bij sociale communicatie wordt een relatie opgebouwd die gebaseerd is op gelijkwaardigheid, waarin op effectieve wijze informatie wordt uitgewisseld en afstemming kan plaats vinden ten aanzien van de doelen die binnen het verpleegproces bereikt dienen te worden. Bij affectieve communicatie vertoont de zorgprofessionals vooral empathie en emotionele steun tijdens een gesprek (NIVEL, z.d.). De verschillende manieren van communiceren boekte resultaten in de zorgverlening.

Stichting Pioenveld wil samen met de zorgprofessionals onderscheid richting de cliënten maken door samen met hen, middels gesprekken, te bepalen welke verwachtingen zij hebben, waar de regie ontbreekt en wat de prioriteit is in het terugkrijgen van de zelfredzaamheid. Zorgprofessionals willen samen met de cliënt en diens mantelzorger bekijken wat er ontbreekt in de sociale omgeving en/of veiligheid van de cliënt en daar stappen in ondernemen. Stichting Pioenveld heeft om deze reden in 2012 een hulpmiddel ontwikkeld dat als leidraad voor gespreksvoering tussen zorgprofessional, cliënt en mantelzorger dient. Dit formulier heet CERES. Het doel van het CERES-formulier is

om middels dialoog klantenevaluatie te vertalen naar resultaatgerichte acties. CERES staat voor Cliënt Evaluatie en Resultaten.

Eind 2015 en begin 2016 heeft de klachtencommissie van Pioenveld een aantal klachten behandeld van mantelzorgers van cliënten in woonzorgcentrum Rosa. Deze klachten hadden betrekking op kwaliteit van zorg- en dienstverlening. Bij nadere analyse bleek dat veel te maken had met miscommunicatie en uiteenlopende verwachtingen over diverse zorg gerelateerde zaken. Bovendien is gebleken dat cliënt en mantelzorger niet voldoende betrokken werden bij veranderingen in zorgafspraken. Daarnaast werden evaluatiegesprekken niet naar behoren gepland en uitgevoerd.

Met behulp van dit onderzoek wilt de onderzoeker achterhalen welke factoren van invloed zijn op de communicatie tussen zorgprofessionals van woonzorgcentrum Rosa, cliënt en mantelzorger. De onderzoeker richt zich met name op de informatievoorziening over de zorgvoortgang van de zorgprofessional, naar de mantelzorger en cliënt toe.

1. Vraag- en doelstelling

Vraagstelling. De vraagstelling die na aanleiding van de probleemanalyse is geformuleerd:

Wat zijn de ervaringen van de zorgprofessionals, mantelzorgers en cliënten ten aanzien van de communicatie over de informatievoorziening over de zorgvoortgang in woonzorgcentrum Rosa?

Doelstelling. De verwachting is dat cliënt- en mantelzorgerstevredenheid verhoogd zou kunnen worden, wanneer de

informatievoorziening over de zorgvoortgang verbeterd wordt.

2. Methode

2.1. Design

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van de respondenten is gekozen om een kwalitatief onderzoek te verrichten. De onderzoeker koos voor een exploratief doel, omdat woonzorgcentrum Rosa tot heden geen onderzoek naar de communicatie onder de zorgprofessionals, mantelzorgers en cliënten heeft verricht. De onderzoeker wilde middels de antwoorden van de respondenten leren hoe de communicatie in de huidige situatie verloopt (Baarda, 2013).

2.2 Respondenten

De respondenten bestonden uit twee zorgprofessionals, twee mantelzorgers en twee cliënten die direct verbonden zijn met woonzorgcentrum Rosa. De steekproef werd per groep aselekt samengesteld, nadat beoordeeld werd of zij aan de inclusiecriteria voldeden (Verhoeven, 2014). De participanten dienden aan de onderstaande inclusiecriteria te voldoen:

- De zorgprofessionals waren minimaal twee jaar in dienst;
- De zorgprofessionals moesten minimaal een opleiding tot verzorgende IG hebben gevolgd;
- De zorgprofessionals moesten minimaal één jaar ervaring als contactverzorgende van een groep cliënten en diens mantelzorger hebben;
- De cliënten moesten in staat zijn om interviewvragen te begrijpen en te beantwoorden;

- De cliënten moesten in staat zijn om zich verbaal goed te kunnen verwoorden;
- Minimaal één mantelzorger moest mantelzorger zijn van een cliënt die niet in staat was om zijn/haar ervaringen te verwoorden.

Zorgprofessionals die minder dan twee jaar in dienst waren, enkel een opleiding tot Helpende Welzijn hebben gevolgd en/of minder dan één jaar ervaring als contactverzorgende hadden, werden uit het onderzoek geëxcludeerd. Leerlingen, stagiaires, inval- en uitzendkrachten vielen ook onder de exclusiecriteria, evenals cliënten in een (vergevoerde) stadium van dementie en cliënten die verbaal beperkt waren ten gevolge van een aandoening.

Noodzakelijk was om allereerst een scheiding te maken tussen de zorgprofessionals en cliënten die wel en niet aan de inclusiecriteria voldeden. De onderzoeker heeft hiervoor gebruikgemaakt van het personeels- en cliëntenbestand van het woonzorgcentrum Rosa.

Drie lijsten werden gecreëerd; lijst één was van de zorgprofessionals die aan de inclusiecriteria voldeden. Op lijst twee stonden de cliënten die in staat waren om interviewvragen te begrijpen en te beantwoorden en die in staat waren om zichzelf goed te kunnen verwoorden. Lijst drie bestond uit de cliënten die niet in staat waren om deel te nemen aan het onderzoek vanwege (vergevoerde) dementie of verbale beperking ten gevolge van een aandoening. De laatste lijst was nodig om een mantelzorger van een cliënt uit deze groep te selecteren.

Een onafhankelijke zorgprofessional die niet op lijst één stond, wees met afgewend gezicht twee namen per lijst aan.

2.3. Toestemming

In de week van 26 januari 2017 kregen de zes respondenten een uitnodigingsbrief, waarin uitleg werd gegeven over het doel van het onderzoek en werd aan hen gevraagd of zij bereid waren om hieraan deel te nemen (bijlage 1). Tevens kregen zij met de brief het Informed Consent formulier dat zij ondertekend konden retourneren (bijlage 2), indien zij akkoord gingen met de deelname aan het onderzoek (Baarda, 2013). Alle participanten gaven binnen één week hun akkoord voor deelname en retourneerden een ondertekend formulier.

2.4. Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats middels semigestructureerde interviews, waarbij de topics en de belangrijkste vragen vaststonden (bijlage 3). Zij fungeerden als een leidraad tijdens de interviews en zijn geformuleerd naar de werkervaring van de onderzoeker ten aanzien van het regisseren van het zorgproces van de cliënt. De topics die aan bod kwamen, waren: communicatie, betrokkenheid, het zorgproces, professioneel handelen en bejegening. Bij deze vorm van dataverzameling hoefde de onderzoeker enkel ervoor te zorgen dat alle topics besproken werden. Er was geen sprake van een chronologische volgorde. De onderzoeker speelde in op het verhaal van de geïnterviewde en had veel mogelijkheden om door te vragen voor verdieping (Baarda, 2013).

De interviews werden in de week van 30 januari 2017 en 6 februari 2017, in de

vergaderzaal, in het woonzorgcentrum Rosa afgenomen. De onderzoeker heeft voor de zaal gekozen om ervoor te zorgen dat de interviews in een rustige omgeving zouden worden afgenomen en geen derden mee konden luisteren. De interviews duurden gemiddeld 41 minuten en elk interview werd opgenomen met een voicerecorder.

2.5. Data-analyse

De onderzoeker schreef de zes afgenomen interviews uit en analyseerde deze middels de methode van constante vergelijking, volgens de gefundeerde theoriebenadering van Glaser & Straus en Boeije (Verhoeven, 2014). De onderzoeker transcribeerde vier interviews en vatte twee samen met hulp van een tekstverwerker. Zij nam de getranscribeerde en samengevatte interviews door en verdeelde deze in fragmenten conform de topics, hierna codes genoemd. De onderzoeker codeerde elk fragment en elke code kreeg een kleur. Tevens keek zij kritisch of de codes daadwerkelijk bij de fragmenten pasten of dat het fragment een passende code moest krijgen. Tijdens de analyse van de getranscribeerde interviews werden nieuwe codes toegevoegd. De onderzoeker sorteerte en bracht hiërarchie in de codes middels een codeboom (bijlage 4). De belangrijkste code staat bovenaan. Vervolgens keek de onderzoeker naar verbanden tussen de codes en maakte hoofd- en subgroepen door na te gaan welke codes bij elkaar hoorden. De onderzoeker bracht hierin en keek wederom naar verbanden tussen de subgroepen. In de laatste stap bracht de onderzoeker de codeboom in verband met de vraagstelling en keek zij of een antwoord gegeven kon worden op de vraag en of er aanvullende vragen waren.

3. Resultaten

3.1. Zorgprofessionals over communicatie, betrokkenheid, zorgproces en professioneel handelen

3.1.1. Communicatie

Uit de analyse blijkt dat één van de twee zorgprofessionals (R.1) zeker drie keer per week contact heeft met mantelzorgers. Tijdens deze gesprekken geeft de zorgprofessional veranderingen in de zorgsituatie door, zoals medicatieveranderingen, valincidenten of constatering van wonden. Veranderingen worden ook door de zorgprofessionals met de mantelzorger gedeeld, wanneer deze op bezoek is bij de cliënt. Deze manier van communiceren neemt voornamelijk plaats bij mantelzorgers die telefonisch moeizaam te bereiken zijn.

De tweede zorgprofessional (R.2) geeft aan dat zij voornamelijk in de middag-avonduren werkt en heeft hierdoor minder contact met mantelzorgers. Ook zij heeft telefonisch contact, maar telefoneert enkel bij valincidenten, ziekenhuisopnames en constatering van wonden. Voor overige situaties telefoneert zij niet. Zij informeert de mantelzorger, wanneer deze op bezoek komt bij de cliënt.

"Ik ben nogal dat ik denk van: Ze komt morgen of hij komt overmorgen en dan vertel ik het wel. Hier in huis is het wel heel erg dat er heel vaak gebeld wordt voor iets. Ja, dat is hier nou eenmaal de regel. Ik vind het soms wat overdreven. Soms komen kinderen nooit en dan moet ik wel bellen als moeder door de knieën gezakt is. Dan denk ik: Ja...Ik weet dat mensen soms gebeld worden

voor verandering van medicijnen. Dan denk ik: Ja..." (R.2)

3.1.2. Betrokkenheid

Beide zorgprofessionals zien het belang van het betrekken van de mantelzorger bij het zorgproces in, met name bij het inventariseren van de zorgverlening van de cliënt ter voorbereiding van een zorgplangesprek. Zij bieden de mantelzorger op deze wijze ruimte voor eigen inbreng. Verder betrekken zij de mantelzorgers voornamelijk bij complexe zorgsituaties en minder bij de stabiele zorgsituaties, maar beseffen wel dat het van belang is om mantelzorger ook hierbij te betrekken. Eén zorgprofessional (R.1) beschrijft een voorbeeld van complexe situatie waarin zij dit zou doen. In het voorbeeld is de cliënt in de palliatieve fase en dienen er afspraken gemaakt te worden over hoe alle betrokkenen de laatste levensfase van de cliënt kwalitatief goed willen laten verlopen. De mantelzorger staat dicht bij de cliënt en kan belangrijke informatie verschaffen, zoals het bekend maken van de wensen die de cliënt heeft ten aanzien van de levensfase waarin hij zich bevindt.

"Ja, voor kleine dingetjes ben je niet zo snel geneigd om dat te doen. Eigenlijk is wel het verstandiger om ze erbij te betrekken, want dan weten zij ook wat er speelt. Ja, je wilt ook niet voor ieder wisse wasje de familie gaan bellen. Dat is het meer, want dan heb je echt zoiets van: Daar komt ze weer, ze heeft weer iets. Weet je wel?" (R.1)

Tevens vinden zij dat de evaluatie van de zorgsituatie bij de cliënt zelf begint. De cliënt hoort vanaf het begin van zijn zorgproces betrokken te worden, waardoor hij zelf aan kan

geven waar zijn zorgvraag ligt en kunnen afspraken aan de hand hiervan gemaakt worden.

3.1.3. Zorgproces

Eén van de twee zorgprofessionals (R.1) was tijdens het interview in staat om het proces rondom het opstellen van een zorgplan en de voorbereiding van een zorgplangesprek volledig te benoemen. Ook was de zorgprofessional in staat om de onderzoeker mee te nemen in de manier waarop zij de disciplines en mantelzorgers in het zorgproces betreft, en welke acties zij onderneemt wanneer één van de partijen niet aanwezig kan zijn tijdens het gesprek. De tweede zorgprofessional (R.2) was niet volledig in staat om het proces rondom het opstellen van een zorgplan volledig te benoemen. Tevens was zij niet in staat om te beschrijven hoe zij de disciplines in het zorgproces betreft.

3.1.4. Professioneel handelen

Eén van de twee zorgprofessionals (R.2) zegt dat zij sneller het initiatief neemt om een mantelzorger op de hoogte te brengen van veranderde zorgsituatie, wanneer de mantelzorger vriendelijk naar de zorgprofessional is.

"Wanneer mantelzorgers continue onvriendelijk en boos reageren, dan moet ik tellen. Hun onvriendelijkheid en boosheid is soms onterecht en dan denk ik van: Niet onaardig tegen ons doen, want wij doen ook gewoon ons best. Maar ik blijf wel netjes. Zo ad rem ben ik dan niet. Wel later denk ik: ach... ik had dit of zus moeten zeggen, maar op het moment zelf blijf ik rustig." (R.2)

Volgens de zorgprofessional roept een mantelzorger, die stelselmatig onvriendelijk is en onjuiste bejegening naar haar toont, negatieve emoties bij haar op.

Ook raak ik soms geïrriteerd. Dan staat mijn gezicht echt op onweer en dan denk ik: ach, ga weg! Pak haar in en neem haar mee, als je denkt dat je het beter kan dan doen. Dat werkt natuurlijk ook niet, maar goed.” (R.2)

De neiging om haar professionele houding tegenover de cliënt te verliezen is bij de zorgprofessional nihil aanwezig en dit heeft te maken met de wijze waarop de cliënt zich opstelt, aldus de zorgprofessional. Zij benoemt de dankbaarheid die de cliënten aan haar tonen ten aanzien van de zorgverlening en die dankbaarheid zorgt ervoor dat zij professioneel blijft handelen.

De zorgprofessional (R.2) geeft verder aan dat er onvoldoende eenduidigheid in de cliëntenzorg is. Zij merkt op dat de zorg op diverse manieren bij één en dezelfde cliënt verleend wordt, wat verwarring en ontevredenheid bij de cliënt en mantelzorger vergroot.

De ervaring van de tweede zorgprofessional ten aanzien van het contact met mantelzorgers verschilt van de eerste zorgprofessional. Haar contact met de mantelzorgers verloopt naar wens.

“Ik merk dat familie nu ook meer tevreden is over de terugkoppeling. Ze zeggen van: Fijn dat ik dat weet. Dan kunnen wij er ook iets mee. Dat is veel gehoord, zeg maar telefonisch. Of ze komen even langs om te vragen wat er ook al weer is gebeurd. Dan vragen ze: Hoe zat het nou ook alweer? Hoe is dit gegaan, hoe is dat gegaan? Ja, dan kan je ook meer een band met de familie opbouwen en de cliënt samen. Want vaak hebben de contactpersonen wel een goed contact met de cliënt zelf en dan vinden zij het fijn dat zij ook door ons gesteund worden. Dan vorm je meer een drie-eenheid zeg maar.” (R.1)

De zorgprofessional licht toe dat de situatie tot zes maanden geleden anders was en dit was te wijten aan een aantal oorzaken: onenigheid onder zorgprofessionals van de afdeling zorgde voor een slechte werksfeer en geen samenwerking. De zorgprofessional geeft aan dat de communicatie onderling en naar mantelzorger toe eronder leed. Bovendien was de toenmalige zorgcoördinator, door diverse omstandigheden, niet volledig in staat om het probleem aan te pakken en sturing te geven.

3.2. Mantelzorgers over communicatie, betrokkenheid, zorgproces en bejegening

3.2.1. Communicatie

Eén van twee mantelzorgers (R.3) kreeg verleden jaar een uitnodiging van de zorgmanager om aan te sluiten bij een vergadering om over de communicatie in woonzorgcentrum Rosa te spreken. Hij kon hier niet bij aanwezig zijn en heeft in een e-mail naar de zorgmanager toe, aangegeven dat de communicatie(vorm) op alle niveaus

verbeterd moest worden. Hij gaf als voorbeeld dat zorgprofessionals in deze tijd gebruik kunnen maken van e-mails om mededelingen en/of zorgveranderingen door te geven aan de mantelzorgers.

De tweede mantelzorger (R.4) geeft tijdens het interview aan dat belangrijke informatie over de gezondheid van de cliënt, die zij aan een zorgprofessional overdraagt, niet naar behoren naar de overige zorgprofessionals gecommuniceerd wordt.

“Toen ik de laatste keer werd gebeld of ik het zorgplan wilde komen ondertekenen, stond het er niet in over de slikproblemen. Ik miste dat stukje in het zorgplan. Ik heb dat aangegeven. Toen werd ik weer gebeld dat ik het kon komen ondertekenen. Kom ik aan, staat het er weer niet in. Ja, het staat in het vorige zorgplan. Ik zeg: Daar heb ik niks mee. Als iemand het zorgplan open maakt, vergis je niet, ik heb met zorgplannen gewerkt. Het staat er niet in, dan ga je niet vijf keer of zeven keer terug. Het zorgplan moet actueel zijn.” (R.4)

3.2.2. Betrokkenheid

De mantelzorger (R.3) geeft in het interview aan dat hij niet betrokken wordt bij de zorgvoortgang van zijn vader.

Bij grote zorgveranderingen en/of medicijnveranderingen is het van belang om de mantelzorger op de hoogte te brengen, omdat de cliënt de informatie niet altijd volledig kan overdragen, aldus de mantelzorger.

“Een korte mail sturen is goed. Cliënten kunnen niet altijd navertellen wat er veranderd is.” (R.3)

3.2.3. Zorgproces

Eén van de twee mantelzorgers (R.3) ervoer het eerste contact met gastvrouw tijdens het kennismakingsgesprek, vóór de verhuizing, als goed. Over het intakegesprek had hij een minder goed gevoel. De interviewer en mantelzorger blikten terug op het intakegesprek, wat het begin van een zorgproces is. Hij ervoer die periode als rommelig van zijn kant, want er waren verschillende instanties en disciplines bij zijn vader betrokken en het kostte hem moeite om overzicht te houden. Daarnaast eiste de combinatie mantelzorger, werk en privé veel van hem.

Als de mantelzorger (R.3) uit gaat van de informatie die zijn vader aan hem geeft, lijkt er iedere dag weer andere zorgprofessionals bij hem over de vloer te komen. Zij lijken geen notie te hebben van de afspraken die met de cliënt gemaakt zijn.

“Het is iedere keer een andere en ook...het zijn misschien kleine dingen, maar als mijn vader weet dat zijn bed op vrijdag schoongemaakt wordt en ze komen vrijdag niet, dan raakt die man helemaal in paniek. Gelukkig weet hij nog dat hij om de drie dagen zo'n pleister krijgt, zegt hij tegen de verpleegster aan het einde van de dag: Ik krijg nog een pleister vandaag. Nee, meneer, die krijgt u morgen. Mijn vader zegt dan: Nee, ik krijg vandaag een pleister. Alles bij elkaar denk ik van: klopt het hier allemaal? Weten jullie wel van elkaar wat jullie doen? En die indruk heeft mijn vader, maar die heb ik ook de laatste tijd heel erg.” (R.3)

De mantelzorger geeft aan dat de situatie mogelijk te wijten is aan de overdrachtsmomenten waar onvoldoende van wordt gebruikgemaakt. Zorgprofessionals zijn hierdoor niet op de hoogte van de afspraken die gemaakt zijn en komen deze niet na of voeren dezelfde afspraak een aantal keren uit. Ook vermoed hij dat de zorgprofessionals niet gemotiveerd zijn in het uitvoeren van hun werk vanwege de onzekere periode ten gevolge van de reorganisatie waar zij zich in bevinden.

De tweede mantelzorger (R.4) geeft aan dat er weinig overleg is tussen haar en de zorgprofessionals ten aanzien van de zorgvoortgang van de cliënt.

Ik ben een paar weken geleden gebeld dat zij een ontsteking had en dat ze medicijnen kreeg. En dat was wel heel fijn, want dat weekend ging ze naar mijn broer. Die kwam haar ophalen en dat betekende dat mijn broer even bij jullie langs moest om medicijnen te halen. Dus dat is wel gebeurd. En toen dacht ik van: Nou, zo moet het eigenlijk altijd gaan."

3.3. Cliënten over communicatie, zorgproces en bejegening

3.3.1. Communicatie

Eén van de twee cliënten (R.5) spreekt positief over de communicatie tussen haar en de zorgprofessionals. Zij geeft aan dat de communicatie naar wens verloopt en zij heeft tot nu toe geen onenigheid met de zorgprofessionals gehad. De cliënt gelooft niet in het opschalen van klachten naar een manager of klachtencommissie. Zij is van mening dat een klacht of probleem opgelost kan worden tussen de zorgprofessional, cliënt en familie, zolang men met elkaar blijft

communiceren. De cliënt zei het volgende hierover:

"Ja, moet je luisteren, dat ken je iedere dag doen hierzo. Er zijn genoeg punten om over te klagen, maar ik zou daar niet naar een klachtencommissie gaan. Ik zou gewoon rechtstreeks naar je toe gaan. Ik vind dat dit te weinig gebeurt. De mensen die hier wonen zitten veel onder mekaar te kletsen. Ze klagen echt veel en vertellen alles aan hun kinderen, maar niet aan jullie". (R.5)

De tweede cliënt (R.6) geeft aan dat de communicatie bij de managementlaag al tekortschiet. Beloftes worden gedaan en terugkoppeling wordt beloofd, maar deze worden niet nagekomen.

"Ik wilde samen met nog een aantal cliënten de Bijbelkring weer tot leven roepen. Dit heb ik ook gezegd, hoor, tegen de nieuwe zorgmanager. Daar ben ik bij geweest en gezegd: Is er wat aan te doen dat we hier toch iemand krijgen? Ook al is het maar één keer in de maand. En toen zei ze: Ja, daar zegt u eens wat. Daar ben ik helemaal niet in groot gebracht. Daar heb ik nooit aan gedacht, maar het lijkt mij wel een zinnige vraag. Ze zegt: U hoort nog van me. Ik heb nog niks gehoord. Dat was een hele tijd geleden. Ja, dat was voordat de winter begon in ieder geval." (R.6)

Cliënten met zorgprofiel 3 en lager zijn in oktober 2016 overgegaan naar de intramurale thuiszorg. De cliënten blijven in woonzorgcentrum Rosa wonen, maar de zorgprofessionals van de thuiszorg verlenen de zorg. Dit betekent dat de zorgprofessionals

van woonzorgcentrum Rosa niet meer langs deze cliënten gaan, tenzij er sprake is van ongeplande zorg, een calamiteit of een incident. De cliënt (R.6) maakt onderdeel van deze groep. De communicatie voorgaande de overgang naar het ander team ervoer zij als onprofessioneel, eenzijdig en kortaf. Zij stelde vragen tijdens het gesprek, maar de zorgprofessional ging niet in op de vragen. De cliënt geeft aan dat er geen ruimte was voor haar inbreng, waardoor zij het gevoel kreeg dat zij niet serieus genomen werd.

"Het was een loze ruimte waar ik mij in bevond." (R.6)

3.3.2. Zorgproces

Uit de analyse blijkt dat de perceptie van de cliënt (R.5) ten aanzien van het zorgproces gekleurd was ten gevolge van de ervaring die zij door heeft gemaakt in een ander woonzorgcentrum. Zij kreeg tijdens het intakegesprek in woonzorgcentrum Rosa de ruimte om haar verhaal te delen en de situatie af te sluiten. De zorgcoördinator die aanwezig was bij het gesprek gaf uitleg over het zorgproces aan cliënt en mantelzorger en afspraken over de zorgverlening werden gemaakt. Uit de analyse blijkt dat er bij de cliënt sprake is van onduidelijkheid over de terminologieën "indicatie" en "zorgproces". Zij was niet in staat om uit te leggen wat elke terminologie inhoudt. Tevens is het onduidelijk hoe deze aan haar uitgelegd is en in hoeverre de zorgprofessional geverifieerd heeft of de cliënt de uitleg, tijdens het intakegesprek, begrepen heeft.

"Of ik een zorgplan heb? Van 24 uur hè? Dat ik 24 uur zorg heb. Om hier te wonen." (R.5).

De tweede cliënt (R.6) geeft aan dat zij, sinds de overgang naar de thuiszorg, niet het gevoel heeft gehad dat zij zeggenschap heeft over haar zorgproces.

"Dat was het eerste wat ze zei, toen van de thuiszorg. Wat moet er bij u gedaan worden? Ik zeg: Ja, alleen mijn ogen druppelen. Oh zegt ze, dat kunt u zelf. Dat doen we niet bij u. Ik denk: Dat klinkt vriendelijk. Dus, ja." (R.6)

De cliënt geeft aan dat zij tot in de week van 16 januari 2017 geen kennis had over de gang van zaken in de thuiszorg en kennis over wie haar nieuwe aanspreekpunt was. De cliënt kampte met gevoelens van angst en onveiligheid die op het moment van het interview nog aanwezig zijn. De gevoelens waren haar drijfveer om op zoek te gaan naar antwoorden op haar vragen, aldus de cliënt.

3.3.3. Bejegening

De eerste cliënt (R.5) geeft aan dat zij de omgang met de zorgprofessionals over het algemeen als prettig ervaart. Zij beschrijft zichzelf als makkelijk in omgang en laagdrempelig en hier wordt geen misbruik van gemaakt.

"Nee hoor. Nee, nee, nee. Absoluut niet. Tuurlijk niet. Nee. Nee. Wat mij opvalt is dat bijna iedereen even aardig is van die zusters. Dan denk ik bij mezelf: wat hebben die allemaal...hebben ze dat nou geleerd of is het vanzelf gegaan? Dat neem ik wel eens mijn petje voor af hoor." (R.5)

De cliënt maakt ook onderdeel van de groep cliënten die in oktober 2016 over zijn gegaan naar het thuiszorgteam. Zij ervaart momenteel het contact met één van deze zorgprofessionals als onprettig. Zij is niet tevreden met de bejegening, maar wilt de situatie aankijken. Zij wenste tijdens het interview niet verder op deze situatie in te gaan.

"Nu ook met die thuiszorg. Er zit er één bij dat ik denk: hoe kunnen ze dat nou doen? Nou ja, ze....Ja, maar ja. Ik zal het nog maar even afwachten allemaal. Even kijken hoe het allemaal gaat. Ik geef het een kans."(R.5).

Voorheen kwamen de zorgprofessionals van Rosa vier keer per dag langs bij de tweede cliënt (R.6) om oogdruppels toe te dienen. De contact/controlemomenten ervoer zij als prettig. Zij heeft sinds de overgang weinig contact met zorgprofessionals; zij komen sinds de week van 16 januari 2017 elke ochtend bij haar langs voor een tien-minutengesprek, maar er is nog geen band, aldus de cliënt. Volgens haar toont enkel één van de zorgprofessionals oprecht interesse om een band op te bouwen met haar.

4. Conclusie

De onderzoeker wilde met dit onderzoek achterhalen wat de ervaringen van de zorgprofessionals, mantelzorgers en cliënten zijn ten aanzien van de communicatie over de informatievoorziening over de zorgvoortgang in woonzorgcentrum Rosa.

Zorgprofessionals

Uit de resultaten valt af te leiden dat de zorgprofessionals geen eenduidig beleid voeren met betrekking tot de communicatie over de zorgvoortgang van de cliënten naar van de mantelzorgers toe.

Mantelzorgers

Geconcludeerd kan worden dat de twee mantelzorgers zich niet betrokken voelen bij het zorgproces van de cliënten en niet tevreden zijn op de wijze waarop de communicatie over het terugkoppelen van de zorgvoortgang van de cliënt verloopt.

Cliënten

Uit de resultaten is te concluderen dat de ervaringen over communicatie en betrokkenheid bij de twee cliënten verschillen.

5. Discussie

Wegens beperkte tijd die voor het uitvoeren van dit onderzoek stond, is gekozen om twee zorgprofessionals, twee mantelzorgers en twee cliënten te interviewen. Het onderzoek is om deze reden niet representatief. Het onderzoek is enkel bruikbaar voor woonzorgcentrum Rosa. Tevens is het niet te generaliseren naar een andere instelling, om de reden dat er te weinig interviews hiervoor af zijn genomen. Dit betekent niet dat een andere instelling zich niet kan herkennen in de resultaten die beschreven zijn. Majerovitz, Mallott en Rudder hebben in 2009 twee vergelijkbare onderzoeken over communicatie in de zorg tussen mantelzorgers en zorgprofessionals, in twee verschillende zorginstellingen verricht. Het eerste onderzoek was een kwalitatief onderzoek, waarbij data middels interviews verzameld werden. Het tweede onderzoek was een kwantitatief

onderzoek, waarbij de data middels focusgroep en enquêtelijsen verzameld werden. Uit de resultaten is gebleken dat er meervoudige belemmeringen, die voor slechte communicatie tussen zorgprofessionals en mantelzorgers zorgden, aanwezig waren. In hun artikel beschreven zij aanbevelingen op zowel organisatorisch als afdelingsniveau, die noodzakelijk zijn om de communicatie in de zorginstellingen te verbeteren.

Tijdens het interview constateerde de onderzoeker dat één van de twee zorgprofessionals niet volledig aan de inclusiecriteria voldeed. De zorgprofessional is contactverzorgende, maar heeft in zeker twee jaar geen zorgplangesprekken met cliënten en diens mantelzorger gevoerd. De vragen die de onderzoeker stelde werden om deze reden niet altijd volledig beantwoord. Indien dit onderzoek opnieuw verricht wordt door een tweede onderzoeker, dient hij/zij de inclusiecriteria te verscherpen. De tweede onderzoeker dient na te gaan of de contactverzorgenden actief zijn in hun rol met als doel het maximale aan relevante data te verzamelen.

De onderzoeker heeft in de week van 13 en 20 maart 2017 de aanbevelingen besproken met zorgprofessionals van het dag-, avond- en nachtteam van woonzorgcentrum Rosa, evenals één zorgprofessional en twee cliënten die geïnterviewd waren tijdens het onderzoek. Zij kregen ook de resultaten en de conclusie van het onderzoek aangereikt, zodat zij na konden gaan of de aanbevelingen hieruit vloeiden. Tevens kregen zij de ruimte om hun mening hierover te geven. De zorgprofessionals en de cliënten vonden de aanbevelingen relevant en toepasbaar in de praktijk.

6. Aanbevelingen voor de praktijk

Afspraken over de wijze van communicatie bij het intakegesprek. Zorgprofessionals dienen per heden bij het intakegesprek afspraken met mantelzorgers en cliënten te maken over de wijze waarop de communicatie over de zorgvoortgang plaats gaat vinden. Denk hierbij aan het versturen van e-mails, een telefonisch - of persoonlijk gesprek. Tevens spreken zij met elkaar af over welke facetten van de zorgvoortgang de mantelzorgers direct op de hoogte gebracht willen worden. De zorgprofessionals dienen bij de cliënten die al in woonzorgcentrum Rosa wonen, tijdens de eerstvolgende Multi Disciplinaire Overleggen, afspraken hierover te maken. De afspraken worden in het digitale zorgdossier van de cliënt verwerkt, zodat alle betrokkenen bij de zorgverlening deze terug kunnen lezen en nakomen. Verder is het van belang dat de zorgprofessionals en mantelzorgers de regels, met betrekking tot de privacy, hierbij in acht nemen. Het versturen van persoonlijke en/of medische informatie via e-mail is niet zonder risico. De zorgverlener is niet voor honderd procent zeker dat de gegevens bij de geadresseerde terechtkomen, wat betekent dat de professionals onbedoeld zijn/haar beroepsgeheim doorbreekt (KNMG, 2017).

Betrek de mantelzorgers: afdelingsniveau. Mantelzorgers zijn in de meeste gevallen nauw betrokken bij de cliënt, voordat hij/zij de keuze heeft gemaakt om te verhuizen naar woonzorgcentrum Rosa. Zij hebben in deze periode veel kennis en ervaring opgebouwd, die waardevol kunnen zijn in de zorgverlening.

De mantelzorger kent de cliënt het beste. Door ze te betrekken bij het zorgproces voelen zij zich gewaardeerd en serieus genomen, waardoor zij sneller geneigd zijn om een bijdrage in het proces te blijven leveren (Expertisecentrum Mantelzorg, 2013). De zorgprofessionals van woonzorgcentrum Rosa dienen om deze reden, per heden, de mantelzorger te betrekken bij het zorgproces van de cliënt. Nodig de mantelzorger bij het zorgplangesprek of Multi Disciplinair Overleg uit, geef hem/haar de ruimte om de opgedane kennis en ervaring te delen en toon interesse in zijn/haar inbreng tijdens het gesprek. Zorgprofessionals kunnen als leidraad de tips in het Zorgleefplanwijzer (2009) toepassen. Dit draagt bij aan de welzijn van de cliënt, het zorgt voor goed contact tussen de zorgprofessional en de mantelzorger, het zorgt voor een prettige werksfeer voor de zorgprofessionals en voor minder conflicten. Dit blijkt uit een onderzoek naar het effect van een goed samenspel met informele zorg, dat Expertisecentrum Mantelzorg en Vilans in 2013 hebben verricht.

Klinische les over gespreksvoering: organisatieniveau. De zorgmanager van woonzorgcentrum Rosa heeft in oktober 2016 de communicatiecoach ingeschakeld om de zorgprofessionals te ondersteunen in het aannemen van een professionele houding naar de cliënten. Tevens heeft zij de taak gekregen om de zorgprofessionals te coachen in het verbeteren van de bejegening jegens de cliënten. De zorgmanager dient het verzoek bij de communicatiecoach in om klinische lessen in de maanden april en mei 2017, over gespreksvoering met mantelzorgers, te verzorgen. De doelen van de klinische lessen

zullen zijn: bewustwording creëren van het belang van samenwerken met mantelzorgers en van het belang van het voeren van goede gesprekken met mantelzorgers, ten behoeve van het bieden van goede zorg aan de cliënt. Daarnaast dient het onderwerp Gespreksvoering met mantelzorgers geïntegreerd te worden in de jaarplanning van klinische lessen, zodat de zorgprofessionals hun kennis en inzicht kunnen opfrissen.

Intramurale thuiszorg: evaluatiemomenten met de cliënten. Uit de resultaten bleek dat één van de twee thuiszorgcliënten ontevreden is over diverse punten van de zorg, die de zorgprofessionals van de intramurale thuiszorg verlenen. Mogelijk kampen meerdere thuiszorgcliënten met hetzelfde gevoel. Het is van belang dat de huisverpleegkundige in de maanden april en mei 2017 deze aanname gaat bevestigen of ontkrachten. Dit kan zij bereiken middels het voeren van evaluatiegesprekken met de cliënten. Tevens dient de huisverpleegkundige na te gaan tot op welke hoogte de cliënten kennis van hebben van hun zorgproces. Aan de hand van de resultaten kan de huisverpleegkundige samen met haar collega's een plan van aanpak maken, waarin beschreven staat hoe zij het probleem gaan oplossen en het resultaat gaan borgen.

Literatuur

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T., van der & Goede, M., de. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek* (2^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Boer, D. de, Delnoij, D. & Rademakers, J. (2013). The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Education and Counseling*, 90(3), 405-410. doi:10.1016/j.pec.2011.10.002

Caris-Verhallen, W.M.C.M, Kerkstra, A., Heijden, P.G.M., van der & Bensing, J.M. (1998). Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: An explorative study. *International Journal of Nursing Studies*, 35(1-2), 95-108. doi:10.1016/S0020-7489(97)00039-4 .

Dingemanse, K. (2015). Soorten interviews. Opgevraagd op 6 juni 2016 van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/>

Expertisecentrum Mantelzorg. (2013). Business case informele zorg. Opgevraagd op 23 maart 2017 van http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Business-case-informele-zorg.pdf

Expertisecentrum Mantelzorg. (2013). Familieparticipatie is positief voor alle betrokkenen. Opgevraagd op 23 maart 2017 van <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/nieuws-familieparticipatie-is-positief-voor-alle-betrokkenen.html>

Fischer, T. & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen!* (tweede druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

KNMG. (2017). Uitwisseling medische gegevens per e-mail? Opgevraagd op 23 maart 2017 van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/artseninfolijn/praktijkdilemmas-1/praktijkdilemma/uitwisseling-medische-gegevens-per-e-mail.htm>

Majerovitz, S.D., Mollot, R.J. & Rudder, C. (2009). We're on the same side: Improving Communication Between Nursing Home and Family. *Health Communication*, 24, 12-20. doi: 10.1080/10410230802606950

Proeve van bekwaamheid 2 (afstuderen), 14057751

Nivel. (2012). Communicatie en meebeslissen maken zorg patiëntgericht. Opgevraagd op 3 december 2016 van <http://www.nivel.nl/nl/nieuws/communicatie-en-meebeslissen-maken-zorg-patientgericht>

Nivel. (2014). Communicatie in de zorg. Opgevraagd op 3 december 2016 van <http://www.nivel.nl/nl/onderzoeksprogramma/communicatie-de-zorg>

Nivel. (z.d.). Zonder goede communicatie geen goede zorg. Opgevraagd op 4 december 2016 van [http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/spinoza_tekst_boekje_voorbeeld%20 4 _%20\(2\).pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/spinoza_tekst_boekje_voorbeeld%204_%20(2).pdf)

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijk voor methoden en technieken* (5^e druk). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Zorgleefplanwijzer. (2009). Samenwerken met mantelzorgers rondom het zorgleefplan. Tips voor gesprekken met mantelzorgers. Opgevraagd op 23 maart 2017 van <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/downloads/het-netwerk-rond-de-client/31-samenwerken-met-mantelzorgers/file.html>

Bijlagen

Bijlage 1. Voorbeeld brief uitnodiging



Uitnodiging
deelname onderzoek

Bijlage 2. Informed consent formulier



Template informed
consent formulier.pdf

Bijlage 3. Topiclijst



Topiclijst
artikel.docx

Bijlage 4. Getranscribeerde interview en codeboom



Voorbeeld
coderen en codeboom

Bijlage 5. Beoordelingsformulier aanbevelingen voor de praktijk



Beoordelingsformu
lier aanbevelingen in

Bijlage 6. Beoordelingsformulier proeve 2



Beoordelingsformu
lier proeve 2.docx