

Onderzoeksverslag

Familiegerichte interventie
op de verpleegafdeling
Interne Geneeskunde in het
Martini Ziekenhuis



Naam student 1: Ilse Derksen

Studentnummer: 341455

Naam student 2: Eva de Haan

Studentnummer: 353915

Opleiding: HBO-Verpleegkunde

Hanzehogeschool te Groningen

Studieonderdeel: U3

Cursusjaar: 2018-2019

Cursuscode: HVVB16AFOU3

Datum: 18 januari 2019

Opdrachtgevers:

Lectoraat Verpleegkundige

Diagnostiek & Martini Ziekenhuis te
Groningen

Docentbegeleider: Ellen Hagedoorn

Samenvatting

Aanleiding: De zorg verplaatst zich steeds meer van professionele zorgverlening naar informele zorgverlening, waardoor de zorg eerder en vaker geleverd wordt door familieleden. Uit onderzoek blijkt dat familieleden de behoefte hebben om meer betrokken te worden bij de zorg voor hun zieke familielid. Verpleegkundigen van verpleegafdeling 2D Interne Geneeskunde binnen het Martini Ziekenhuis geven aan dat zij structureel meer aandacht willen hebben voor familieleden van patiënten binnen de reguliere verpleegkundige zorg, omdat dit volgens hen op dit moment nog niet optimaal gebeurt.

Doelstelling: Het doel van dit onderzoek was dat er na 20 weken een advies zou worden uitgebracht over een familiegerichte interventie die kan worden toegepast op de verpleegafdeling Interne Geneeskunde van het Martini Ziekenhuis om familieleden structureel te betrekken bij de reguliere verpleegkundige zorg.

Vraagstelling: Welke familiegerichte interventie zou volgens verpleegkundigen kunnen worden toegepast op de verpleegafdeling Interne Geneeskunde van het Martini Ziekenhuis om familieleden structureel te betrekken bij de reguliere verpleegkundige zorg?

Data-verzameling: Het onderzoek betreft een participatief actieonderzoek waarin data is verzameld door middel van focusgroep bijeenkomsten. De volgende fasen werden binnen het participatief actieonderzoek doorlopen, namelijk de oriëntatiefase waarin een literatuurstudie is uitgevoerd naar bestaande familiegerichte interventies, de diagnostische fase waarin kritisch gekeken werd naar de gevonden familiegerichte interventies en tot slot de ontwikkelfase waarin een toepasbare familiegerichte interventie voor de afdeling is ontwikkeld samen met de leden van de focusgroep.

Resultaten: Binnen de focusgroep bijeenkomsten zijn verschillende hoofdthema's naar voren gekomen op basis van de inbreng van de verpleegkundigen, namelijk 'huidige familiegerichte interventies', 'de rol van familie tijdens de ziekenhuisopname', 'kritische aspecten rondom familiegerichte interventies', 'toepasbare interventie op verpleegafdeling 2D' en 'bewustwording creëren bij verpleegkundigen'.

Discussie: De Familie kaart is volgens de onderzoekers een geschikte interventie om familieleden structureel te betrekken door de kaart op een vast moment af te nemen, omdat deze interventie in kaart brengt wat de wensen en behoeften van familie zijn. Naar inziens van de onderzoekers moet er binnen het team meer bewustwording worden gecreëerd van het belang om familie te betrekken bij de opname voordat de Familie kaart kan worden geïmplementeerd.

Conclusie: Uit de focusgroep bijeenkomsten is naar voren gekomen dat verpleegkundigen op verpleegafdeling 2D de ontworpen Familie kaart als een familiegerichte interventie zouden willen toepassen om familieleden structureel te betrekken bij de reguliere verpleegkundige zorg.

Aanbeveling: Als advies wordt gegeven om de Familie kaart af te nemen bij geriatrische patiënten. De uitwerking wordt verwerkt in het elektronisch patiënten dossier onder het kopje 'Rollen en relaties'.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag over een familiegerichte interventie op de verpleegafdeling Interne Geneeskunde in het Martini Ziekenhuis te Groningen. De opdracht om deel te nemen aan dit onderzoek is gegeven door het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek van de Hanzehogeschool te Groningen in samenwerking met het Martini Ziekenhuis te Groningen.

Op dit moment worden volgens de opdrachtgever niet alle familieleden structureel betrokken bij de zorg voor hun naasten. Wij hebben het ervaren als een uitdaging om te zoeken naar een toepasbare familiegerichte interventie en hebben deze periode als leerzaam ervaren. Wij zijn trots op het resultaat.

Bij deze willen wij allereerst de Hanzehogeschool bedanken voor de kans om deel te nemen aan dit leerzame onderzoek. Daarnaast willen wij Ellen Hagedoorn bedanken voor de begeleiding vanuit de Hanzehogeschool gedurende dit onderzoek. Tot slot willen wij Savannah van der Meer, Marja Blaauw en Heidi Schulkes bedanken voor hun deelname aan de focusgroep bijeenkomsten.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van dit onderzoeksverslag.

Ilse Derksen & Eva de Haan

Groningen, 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inleiding.....	5
Verpleegkundige beroepsrelevantie	7
H1 Theoretisch kader: bestaande familiegerichte interventies.....	8
H2 Doelstelling en vraagstelling.....	11
2.1 Doelstelling	11
2.2 Vraagstelling	11
2.3 Definiëring van begrippen.....	11
H3 Methodologie	12
3.1 Onderzoeksdesign.....	12
3.2 Onderzoekspopulatie	13
3.3 Fasen van onderzoek.....	13
3.4 Data-analyse	16
3.5 Kwaliteitseisen.....	17
3.6 Ethische aspecten	18
H4 Resultaten	19
4.1 Bijeenkomst 1: Oriëntatiefase	19
4.2 Bijeenkomst 2: Diagnostische fase	22
4.3 Bijeenkomst 3: Ontwikkelfase	24
4.4 De Familie kaart als familiegerichte interventie: Ontwikkelfase.....	26
H5 Discussie	29
5.1 Belangrijkste bevindingen.....	29
5.2 Zwakke en sterke punten.....	30
5.3 Belang voor de organisatie en de maatschappij	30
H6 Conclusie	31
H7 Aanbevelingen	32
Bibliografie	33
Bijlage 1: Bestaande familiegerichte interventies	35
Bijlage 2: Tijdsplanning.....	44

Inleiding

In toenemende mate wordt van familieleden verwacht dat zij ondersteuning bieden bij de zorg voor ouderen met chronische aandoeningen die nog thuis wonen (De Boer & De Klerk, 2013). De zorg verplaatst zich steeds meer van professionele zorgverlening naar informele zorgverlening. Dit wordt veroorzaakt door de nieuwe participatiesamenleving en wetswijzingen in de zorg (Rijksoverheid, 2013). Ziekenhuisopnamen worden steeds korter, waardoor de zorg eerder en vaker geleverd wordt door familieleden van patiënten. Mensen worden steeds ouder en bij deze ouderen komen veel chronische ziekten voor. Bovendien is het zo dat de helft van de 75-plussers kampt met meerdere (chronische) ziekte tegelijk (multimorbiditeit) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013). Bovengenoemde feiten geven aan dat de zorg die de familieleden op zich nemen steeds zwaarder en complexer wordt. In Nederland groeit het aantal familieleden tussen de 35 en 65 jaar die zorg verlenen aan hun naasten (Het centrum mantelzorg, z.d.). Dit komt neer op ongeveer 750.000 mensen. Door de ontgroening en vergrijzing zal dit aantal toenemen in de toekomst.

Uit onderzoek blijkt dat familieleden de behoefte hebben om meer betrokken te worden bij de zorg voor hun zieke familielid (Lowson et al., 2013). Met name familieleden van patiënten opgenomen op de Intensive Care afdeling voelen zich in veel gevallen niet nuttig bij de lichamelijke verzorging van hun zieke familielid en hebben een gevoel van hulpeloosheid (Mitchell & Chaboyer, 2010). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat patiënten het zelf erg belangrijk vinden dat zij gedurende het zorgproces ondersteuning krijgen van familieleden, dat familieleden samen met gezondheidsmedewerkers zorgen voor continuïteit van zorg en dat familieleden ondersteunen in de zorg voor de patiënt, omdat familieleden de behoeften van de patiënt goed kennen (Lowson et al., 2013). Uit ditzelfde onderzoek is gebleken dat familieleden van essentieel belang zijn voor het behoud van het dagelijkse ritme van de patiënt tijdens een ziekenhuisopname, met name voor de oudere patiënt. Familieleden worden gezien als ondersteuners en beheerders van relaties tussen de (oudere) patiënt en ieder die deze patiënt zorg biedt (Lowson et al., 2013).

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat het steeds zwaarder wordt voor familieleden om voor een patiënt te zorgen, dat familieleden zich nog onvoldoende betrokken voelen bij de zorg en dat patiënten deze betrokkenheid van familie ook erg belangrijk vinden. Verpleegkundigen en het unithoofd van verpleegafdeling 2D Interne Geneeskunde binnen het Martini Ziekenhuis zouden graag meer aandacht willen voor familieleden van patiënten binnen de reguliere verpleegkundige zorg, omdat dit volgens hen op dit moment nog niet optimaal gebeurt en hier verbetering in te behalen is. Zoals eerder beschreven zullen door de ontgroening en vergrijzing steeds meer familieleden van oudere patiënten de zorg op zich nemen (Het centrum mantelzorg, z.d.). Het is daarom belangrijk om familie bij de ziekenhuisopname te betrekken. Het probleem is echter dat de verpleegkundigen op verpleegafdeling 2D op dit moment nog niet structureel aandacht hebben voor de familie van de patiënt binnen de reguliere verpleegkundige zorg. De verpleegkundigen op verpleegafdeling 2D zouden graag handvaten aangeboden willen krijgen om de familie structureel te betrekken. Zij geven aan graag een

familiegerichte interventie te willen implementeren. Om deze reden wordt in dit onderzoek onderzocht welke familiegerichte interventies bekend zijn in de literatuur en welke het meest geschikt is om toe te passen op verpleegafdeling 2D.

Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundigen familieleden dienen te betrekken bij de zorg, met hen samen te werken als informele zorgpartner en dat verpleegkundigen aandacht moeten hebben voor de zorg en ondersteuning die de familieleden thuis leveren aan de patiënt (Wright & Leahey, 2013). Familieleden kennen de patiënt immers het allerbeste. Familiezorg theorieën geven aan dat het bespreken van het informele netwerk van patiënten thuis een structureel onderdeel zou moeten zijn van de verpleegkundige zorg. De samenwerking tussen familieleden en verpleegkundigen zorgt er bovendien voor dat familieleden de ziekte van de patiënt en de hierbij passende symptomen beter begrijpen en dat de familieleden hierdoor beter emotionele steun kunnen bieden aan de patiënt (Lowson et al., 2013). Het betrekken van familieleden en andere naasten van de patiënt, past ook binnen de visie van het Martini Ziekenhuis. Het Martini Ziekenhuis vindt het belangrijk om aandacht te hebben voor de naasten en om hen te betrekken bij de zorg. Daarnaast staat het ziekenhuis voor betrokkenheid; in samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld met familieleden, nadenken over hoe de meest persoonsgerichte zorg geleverd kan worden. De patiënt en zijn familie worden als zorgpartner gezien: samen zorgen voor de beste zorg (Martini Ziekenhuis, z.d.).

Om familieleden meer te betrekken bij de zorg voor de patiënt zijn verschillende onderzoeken gedaan naar familiegerichte interventies, namelijk de FAMILY Card beschreven door Salinas, O'Connor, Weinstein, Virginia Lee & Fitzpatrick (2002), een 15 minuten of minder durend familie interview (Wright & Leahey, 1999), het participeren in de lichamelijke verzorging voor de patiënt (Mitchell & Chaboyer, 2010), de verpleegkundige overdracht aan bed waar de familie bij betrokken wordt (Tobiano, Chaboyer & McMurray, 2012) en het toegankelijker maken van de bezoektijden (Lowson et al., 2013). In het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, worden bovenstaande familiegerichte interventies nader toegelicht. Deze onderzoeken (Lowson et al., 2013; Mitchell & Chaboyer, 2010; Salinas et al., 2002; Tobiano et al., 2012; Wright & Leahey, 1999) gaan uit van de visie 'Family Centered Care'. Vanuit deze visie wordt de familie nauw betrokken bij de zorg voor de patiënt. Het belangrijkste aspect binnen de Family Centered Care is de relatie tussen de verpleegkundige en de familie. Deze relatie is gebaseerd op wederzijds respect, samenwerken en het bieden van ondersteuning aan de familie door de verpleegkundige (Mitchell & Chaboyer, 2010). Het belang van het onderzoek dat uitgevoerd wordt op verpleegafdeling 2D is om uiteindelijk tot een effectieve familiegerichte interventie te komen, welke goed toepasbaar is op verpleegafdeling 2D zodat structureel aandacht is voor familie van opgenomen patiënten.

Dit onderzoek wordt geschreven in opdracht van het Lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek aan de Hanze Hogeschool te Groningen binnen de onderzoekslijn Familiezorg en het Martini Ziekenhuis te Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd op verpleegafdeling 2D Interne Geneeskunde binnen het Martini Ziekenhuis.

Verpleegkundige beroepsrelevantie

Familiezorg krijgt een steeds belangrijkere rol binnen het verpleegkundig beroep. Dit wordt veroorzaakt door de ontwikkeling van een participatiesamenleving (Rijksoverheid, 2013). De ontwikkeling naar een participatiesamenleving zorgt ervoor dat de verpleegkundige niet meer uit kan gaan van een individuele benadering, maar dat bij elke patiënt gekeken dient te worden naar het gehele netwerk van de patiënt.

In het verpleegkundig beroepsprofiel staat beschreven dat een verpleegkundige de zorg steeds meer redeneert op basis van verwachtingen en wensen van patiënten en/of dat van familieleden. De wensen van de patiënt en/of dat van familie wordt als uitgangspunt gebruikt. Dit zorgt ervoor dat de geleverde zorg steeds persoonsgerichter wordt (Schuurmans, Lambertgs, Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, 2012). De verpleegkundige is een belangrijke schakel binnen de professionele zorgverlening om eventuele problemen binnen het netwerk van de patiënt te signaleren en te voorkomen (Luttik, 2016).

Het is aan verpleegkundigen om in te spelen op de groeiende betrokkenheid en verantwoordelijkheid van familieleden. Door tijdig familiezorg gerelateerde zaken waar te nemen, kunnen risicofactoren op tijd gesignaleerd worden voordat het probleem zich ontwikkeld heeft en kan verergering van problemen voorkomen worden. De verpleegkundige houdt zich hier bezig met preventie. De verpleegkundige werkt samen met de patiënt en de familieleden om passende en zo effectief mogelijke zorg te leveren. Daarnaast biedt de verpleegkundige ondersteuning aan de familieleden en een eventuele mantelzorger en begeleidt hen gedurende het proces (Schuurmans et al, 2012).

Het is de taak van de verpleegkundige om na signalering van eventuele problemen binnen het netwerk van de patiënt, passende interventies hierop toe te passen (Schuurmans et al, 2012). Om deze interventies zo effectief mogelijk toe te kunnen passen, dient de verpleegkundige eerst een helder beeld te creëren van de huidige situatie. Een familiegerichte interventie zou de verpleegkundige hierbij kunnen helpen. Om de familieleden/mantelzorgers zo goed mogelijk te kunnen begeleiden en ondersteunen is het belangrijk dat op een structurele manier in de verpleegkundige zorg aandacht is voor de familie van de patiënt, door het toepassen van een familiegerichte interventie.

H1 Theoretisch kader: bestaande familiegerichte interventies

In de literatuur is gezocht naar bestaande familiegerichte interventies met als doel meer inzicht te krijgen in de bestaande interventies waarbij familie betrokken wordt bij de reguliere verpleegkundige zorg. De gevonden interventies zijn in de inleiding al kort benoemd. In dit hoofdstuk worden de familiegerichte interventies nader toegelicht. Tijdens het zoeken naar deze familiegerichte interventies is rekening gehouden met het aspect dat de interventie toegepast kan worden op de verpleegafdeling Interne Geneeskunde. In bijlage 1 worden de onderstaande familiegerichte interventies uitgebreid beschreven.

Interventie 1: FAMILY card

Uit onderzoek van Salinas et al. (2002) is gebleken dat een FAMILY Card door geriatrische verpleegkundigen in twee ziekenhuizen in New York als een nuttige ontwikkeling wordt ervaren om op gestructureerde manier informatie te verzamelen over de patiënt en familieleden. Uit het onderzoek kwam naar voren dat verpleegkundigen familieleden meer zijn gaan waarderen tijdens de hulp die zij bieden bij de patiëntenzorg. De informatie die verkregen is uit de FAMILY Card wordt meegenomen in het verpleegkundig dossier en tijdens de overdrachten tussen de verpleegkundigen. Als de patiënt ontslagen kan worden is er al veel informatie bekend om het ontslag te kunnen coördineren. Deze informatie kan sneller worden gedeeld met andere disciplines die bij het ontslag betrokken zijn. De FAMILY Card is dus een effectief hulpmiddel bij het coördineren van het ontslag. Uit onderzoek blijkt dat de FAMILY Card daarnaast leidt tot betere gezondheidsresultaten en samenwerkingsverbanden tussen de zorgverleners, familie en patiënten die volgens hen naar tevredenheid verliepen (Salinas et al., 2002). De FAMILY Card houdt het volgende in:

F = Betrokkenheid van familie: wie in het sociale netwerk is betrokken bij de patiënt en op welke manier?

A = Benodigde hulp: welke hulp heeft de patiënt nodig en in hoeverre lukt het familie om dit te bieden?

M = Behoeften van familie: wat heeft de familie nodig van gezondheidsmedewerkers om de zorg voor de patiënt te kunnen blijven leveren op een effectieve manier?

I = Integratie in het zorgplan: activiteiten van familie met betrekking tot de patiënt wordt meegenomen in de planning van de zorgactiviteiten. Eventuele behoefte aan educatie met betrekking tot het zorg verlenen voor de patiënt wordt geïntegreerd in het zorgplan.

L = Maatschappelijke hulp: er wordt in kaart gebracht welke instellingen/organisaties de patiënt en de familie hulp kunnen bieden.

Y = Interventie: op basis van de verzamelende informatie wordt een interventie(s) toegepast om aan de behoeften van de patiënt en familie te voldoen.

Interventie 2: Familie betrekken bij lichamelijke verzorging

Uit een onderzoek uitgevoerd door Mitchell & Chaboyer (2010) komt naar voren dat familieleden van patiënten opgenomen op de Intensive Care in een Australisch ziekenhuis ervoor open staan om te participeren in de lichamelijke verzorging voor hun zieke familielid. Het participeren in de lichamelijke verzorging varieert van relatief simpele activiteiten tot meer complexe activiteiten. Daarnaast is uit het onderzoek gebleken dat de familieleden het participeren in de lichamelijke verzorging als prettig ervaren en dat zij erg positief zijn over de rol van de verpleegkundige binnen dit proces. De samenwerking tussen de familieleden en de verpleegkundige zorgde ervoor dat de lichamelijke verzorging werd opgenomen in de dagelijkse routine van de patiënt en dat er aandacht was voor de wensen en behoeften van familieleden. Het bieden van lichamelijke verzorging zorgde ervoor dat de communicatie tussen de familieleden en de verpleegkundigen steeds beter verliep, waardoor de patiënt uitkomsten sterk verbeterd werden. Familieleden gaven aan zich nuttig te voelen. Ze hadden het gevoel dat de binding met zowel de patiënt als met de verpleegkundige versterkt werd. Wat familieleden ook aangaven is dat zij het gevoel hadden dat ze konden bijdragen aan de comfort en het algemeen welbevinden van de patiënt. Wel moet gezegd worden dat dit onderzoek is uitgevoerd op een Intensive Care afdeling. De Intensive Care is een andere afdeling dan de verpleegafdeling Interne Geneeskunde, het is wellicht mogelijk om familieleden van patiënten opgenomen op de Interne Geneeskunde ook te laten participeren in verschillende aspecten binnen lichamelijke verzorging. Hierbij dient wel rekening gehouden te worden met de bezoektijden. Deze dienen toegankelijk te zijn voor familieleden om lichamelijke verzorging te bieden.

Interventie 3: Toegankelijke bezoektijden

In het onderzoek van Mitchell & Chaboyer (2010) participeren familieleden in de lichamelijke verzorging van patiënten. De bezoektijden dienen ruimte te geven voor participatie in de lichamelijke verzorging. Uit onderzoek van Lowson et al. (2013) blijkt namelijk dat tijdsgebonden bezoeken een belemmerende factor kunnen zijn voor het participeren van familieleden bij de lichamelijke verzorging van een patiënt. Een oplossing zou kunnen zijn om de bezoektijden breder te maken om het mogelijk te maken om familieleden meer te betrekken bij de zorg voor de patiënt.

Interventie 4: Familie interview in 15 minuten

Het artikel 'Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15 minute (or less) Family Interview' geschreven door Wright & Leahey (1999) beschrijft een familie interview dat 15 minuten, of zelfs minder, tijd kost. Wanneer dit interview wordt toegepast, zal dit zorgen voor een betere psychische en emotionele gesteldheid van de patiënt en familieleden. Er worden in dit artikel vijf belangrijke ingrediënten voor een kort familiegesprek beschreven. Ten eerste is het van belang om de juiste houding aan te nemen tijdens een familiegesprek, zoals de patiënt bij naam noemen, jezelf voorstellen, je rol uitleggen voor die dienst, van te voren aangeven wat je gaat doen, aangeven wanneer je weer terug komt en eerlijk zijn. Ten tweede is het belangrijk om in gesprek te gaan. De tijd van het gesprek maakt niet het verschil, maar

de bevestiging en erkenning die patiënten en familieleden krijgen wel. Het is daarbij belangrijk om te luisteren, medeleven te tonen en aan te moedigen. Voor de verpleegkundige is het ook effectief om een genogram te maken om de familie in kaart te brengen. De informatie voor het maken van een genogram kan verkregen worden in twee minuten. Een genogram is een weergave van een stamboom met daarin meerdere persoonlijke gegevens van familieleden. De onderlinge relatie tussen familieleden wordt onder andere weergegeven. Het is handig om vragen te bundelen zoals: Welke persoon is een belangrijke hulp voor jou of juist niet? De genogram kan opgenomen worden in het verpleegkundig dossier, zodat alle zorgverleners dit direct kunnen inzien als dit nodig is. De juiste vragen stellen is essentieel. Er zijn een aantal vragen die op alle afdelingen kunnen worden gesteld om de familie beter bij de zorg te betrekken, namelijk: Met welk familielid of vriend mogen wij informatie delen en met wie absoluut niet? Wat zijn de verwachtingen van de opname? Wie was het meest/minst behulpzaam bij de vorige opname? Wat is de grootste uitdaging voor jou en de familie gedurende deze opname? (Actuele problemen, rollen en geloof). Wat heb je nodig om jezelf en de familie voor te bereiden op het ontslag? (Help tijdig bij het regelen van het ontslag). Wie lijdt van de familie het meest onder deze opname? (Inventariseer welk familielid het beste kan helpen voor het begeleiden van de patiënt). Op welke vraag zou je op dit moment antwoord willen hebben? Op welke manier ben ik het meest behulpzaam geweest tijdens dit gesprek? Kan ik nog iets verbeteren? Tot slot is het benoemen van de krachten van familie erg belangrijk. Door de terugkoppeling naar de familie krijgt de familie een beter beeld van zichzelf en de situatie.

Interventie 5: De rol van familie binnen de verpleegkundige overdracht aan bed

In het artikel van Tobiano et al. (2012) wordt de mening van familieleden tegenover verpleegkundige overdracht aan bed onderzocht. De verpleegkundige overdracht aan bed is een manier om meer aandacht te hebben voor Family Centered Care en om aandacht voor familie structureel onderdeel te laten worden van de verpleegkundige zorg. Daarnaast zorgt de verpleegkundige overdracht aan bed voor een hogere kwaliteit en veiligheid van zorg. Door familieleden te betrekken bij deze overdracht, wordt gewerkt aan een samenwerkingsrelatie tussen familieleden en de verpleegkundigen. Het zorgt voor tevredenheid bij beide partijen. De familie heeft het gevoel dat de patiënt niet meer als 'bed nummer' wordt gezien, maar als een echt persoon. De families die deel hebben genomen aan het onderzoek geven aan dat zij het ook erg prettig vinden om alleen al aanwezig te zijn bij de overdracht en om te luisteren wat de verpleegkundigen elkaar vertellen, ze hebben het gevoel dat ze een onderdeel worden van de overdracht. Verpleegkundigen zorgen tijdens de overdracht ervoor dat de familie op de hoogte is van de huidige gezondheidssituatie van de patiënt en dat gesproken wordt over het geplande ontslag en wat hier eventueel nog voor geregeld dient te worden. Er wordt tijd genomen om vragen te beantwoorden van familieleden. Een belangrijk punt is dat familieleden kunnen bijdragen aan het overdragen van correcte informatie of informatie die niet volledig is. Hiermee wordt de kwaliteit van de overdracht vergroot. Voor de verpleegkundigen levert het tijdswinst op. Familieleden geven namelijk aan dat door aanwezigheid bij de overdracht, zij het gevoel hebben dat ze de verpleegkundigen minder

hoeven te storen tijdens haar dienst. Er moet wel rekening gehouden met het feit dat in principe twee verschillende interventies worden geïmplementeerd wanneer dit wordt toegepast: het implementeren van de verpleegkundige overdracht en het implementeren van structureel aandacht hebben voor familieleden.

H2 Doelstelling en vraagstelling

In dit hoofdstuk wordt de doelstelling en de vraagstelling van het onderzoek beschreven. Aan het eind van dit hoofdstuk worden een tweetal begrippen gedefinieerd.

2.1 Doelstelling

Over 20 weken wordt een advies uitgebracht over een familiegerichte interventie die kan worden toegepast op de verpleegafdeling Interne Geneeskunde van het Martini Ziekenhuis om familieleden structureel te betrekken bij de reguliere verpleegkundige zorg.

2.2 Vraagstelling

Welke familiegerichte interventie zou volgens verpleegkundigen kunnen worden toegepast op de verpleegafdeling Interne Geneeskunde van het Martini Ziekenhuis om familieleden structureel te betrekken bij de reguliere verpleegkundige zorg?

2.3 Definiëring van begrippen

Begrip	Definitie
Familieleden	In dit onderzoek is dit begrip conform de definitie van 'mantelzorger': Niet alleen bloedverwanten, maar alle mensen uit het sociale netwerk van de patiënt die belangrijk voor de patiënt zijn en die (langdurig) hulp bieden aan de patiënt (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009).
Familiegerichte interventie	In dit onderzoek is dit begrip conform de definitie van 'verpleegkundige interventie': Een verpleegkundige uitgevoerde handeling op basis van klinische kennis en beoordeling, met als doel het welzijn van de patiënt te bevorderen (McCloskey & Bulechek, 2002). Bij een familiegerichte interventie worden de familieleden (zie begrip hierboven) bij de verpleegkundige interventie betrokken.

H3 Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie beschreven. Allereerst zullen het onderzoeksdesign en de verschillende fasen van het onderzoek worden uitgewerkt. Tot slot komen de data-analyse en de ethische kwesties aan bod.

3.1 Onderzoeksdesign

Door middel van een participatief actieonderzoek is samen met verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde een relevantie familiegerichte interventie ontworpen. Een participatief actieonderzoek is een onderzoek waarbij het gaat om de participatie, kennis en actie. De deelnemers (in deze situatie de verpleegkundigen) en de onderzoekers (studenten) werkten samen. De deelnemers participeerden in het onderzoeksproces. Het onderzoek richtte zich op het verkrijgen van praktische kennis om daarmee de situatie te kunnen veranderen. Uiteindelijk heeft het onderzoek tot verandering en empowerment van de deelnemers geleid. Participatief actieonderzoek bestaat uit de volgende fasen: de oriëntatiefase, diagnostische fase, ontwikkelfase, actiefase en evaluatiefase (Migchelbrink, 2016). Binnen dit onderzoek werden de eerste drie fasen doorlopen, namelijk de oriëntatiefase, de diagnostische fase en de ontwikkelfase. Deze fasen worden in de volgende paragrafen toegelicht.

Het participatief actieonderzoek betreft een kwalitatief beschrijvend onderzoek, want er is uitgegaan van de ervaringen van de verpleegkundigen. De verpleegkundigen konden aangeven wat werkt en niet werkt op de afdeling, aangezien zij hier werkzaam zijn konden zij deze informatie leveren. Kwalitatief beschrijvend onderzoek geeft ervaringen van mensen weer en beschrijft welke betekenis deze ervaringen voor hen hebben. Situaties worden onderzocht en verschijnselen worden beschreven. In dit onderzoek heeft kwalitatief beschrijvend onderzoek plaats gevonden door middel van focusgroep bijeenkomsten, omdat de deelnemers elkaar hierdoor inzichten konden geven en ervaringen konden delen. Er is om deze reden gekozen om geen individuele interviews te houden (Evers & De Boer, 2012). Door deze focusgroep bijeenkomsten werd informatie verkregen door de onderzoekers (Munten, Verhoef & Kuiper, 2016). Vooraf aan de focusgroep bijeenkomsten dienden de onderzoekers duidelijk voor ogen te hebben wat zij wilden weten van degenen die geïnterviewd werden (Evers & De Boer, 2012).

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betreft de deelnemers uit de focusgroep. Een focusgroep bestaat gemiddeld uit ongeveer zes tot tien deelnemers, dit hangt af van het onderzoek (Evers & De Boer, 2012). De focusgroep in dit onderzoek bestond uit vijf deelnemers: twee onderzoekers (studenten), de onderzoeksbegeleider en twee verpleegkundigen werkzaam op verpleegafdeling 2D. Eén verpleegkundige heeft de opleiding tot geriatrie verpleegkundige afgerond. De andere verpleegkundige heeft de cursus familie zorg gedaan. Beide verpleegkundigen zitten in de werkgroep 'kwetsbare ouderen' binnen het Martini Ziekenhuis. De twee bovengenoemde verpleegkundigen zijn aangedragen door de leidinggevende van verpleegafdeling 2D als expert op het gebied van familie zorg om deel te nemen aan dit onderzoek.

3.3 Fasen van onderzoek

3.3.1 Oriëntatiefase

In de oriëntatiefase werd allereerst door de onderzoekers deskresearch gedaan. De onderzoekers hebben zich verdiept in het onderwerp door middel van een korte literatuurstudie (Migchelbrink, 2016). Hierbij is gezocht naar bestaande familie gerichte interventies om duidelijk te krijgen wat hierover bekend is in de literatuur.

Voor het literatuuronderzoek naar bestaande familie gerichte interventies is gezocht met onderstaande zoektermen:

Familie gerichte interventie	Family-oriented intervention, family intervention
Familie zorg	Family care, family centered care
Gesprek	Conversation, communication
Interview	Interview
Verpleegkundige	Nurse, nursing
Ziekenhuisopname	Hospitalization

Met bovenstaande zoektermen is gezocht in de volgende databanken: PubMed en CINAHL. In CINAHL zijn drie databanken geselecteerd: CINAHL, MEDLINE en Nursing and Allied Health Collection: Basic.

Er is voor de databank PUBMED gekozen, omdat deze databank meer dan 28 miljoen biomedische artikelen bevat (NCBI, z.d.). Daarnaast is de databank CINAHL gebruikt, omdat deze databank met name artikelen bevat uit verpleegkundige vak tijdschriften. In CINAHL kan effectief gezocht worden naar relevante literatuur door gebruik te maken van Cinahl Subject Headings. In CINAHL kunnen 'Nursing Allied Health collection: Basic' en MEDLINE geselecteerd worden om artikelen te vinden die gerelateerd zijn aan het verpleegkundig beroep (EBSCO Health, 2018).

De volgende combinaties van zoektermen zijn gebruikt om de artikelen te vinden:

CINAHL: 15 minutes interview AND nursing → Binnen het zoeken met deze zoektermen is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode.

CINAHL: (MH "Semi-Structured Interview") OR (MH "Unstructured Interview") OR (MH "Interviews") AND (MH "Communication") AND ((MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Nursing Interventions")) OR AB nurs* AND AB "hospital" OR AB hospital* AND ((MH "Family Nursing") OR (MH "Family")) OR fam*

PUBMED: (("Family Nursing"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) AND "Hospitalization"[Mesh]

Bij het zoeken naar artikelen zijn de volgende inclusie- en exclusiecriteria toegepast:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Het artikel is Engels- of Nederlands talig. - Het artikel is in full-tekst beschikbaar.	Het artikel richt zich op kinderen en/of ouders.

Nadat de literatuurstudie was afgerond vond de eerste bijeenkomst plaats. De eerste bijeenkomst had als doel om de beginsituatie in kaart te brengen. De onderzoeksbegeleider (docentbegeleider) was de gespreksleider van deze bijeenkomst. Hier is voor gekozen, zodat de onderzoekers (de studenten) konden deelnemen aan de discussies en aanvullende vragen konden stellen aan de verpleegkundigen. Tijdens deze eerste bijeenkomst maakten de deelnemers en onderzoekers kennis met elkaar. Iedere deelnemer stelde zich voor en vertelde haar achtergrond wat betreft familie zorg om duidelijk te krijgen wat ieders ervaring was met betrekking tot dit onderwerp. Nadat iedere deelnemer zich had voorgesteld, werd door de gespreksleider het doel van het onderzoek duidelijk gemaakt. Daarna werd uitgelegd hoe het onderzoek eruit zou gaan zien, dat het een participatief actieonderzoek betrof en wat dit precies inhield. Er werd benadrukt dat de deelnemers uiteindelijk tijdens de derde en laatste bijeenkomst zelf een familiegerichtte interventie zouden kiezen en samen met de onderzoekers deze interventie zouden gaan ontwerpen. Vervolgens werd door de gespreksleider de huidige situatie aangekaart. De gespreksleider vroeg hoe de verpleegkundigen op verpleegafdeling 2D de aandacht voor familieleden op dit moment ervaren en met welke interventies zij op dat moment al werkten om familieleden meer te betrekken bij de verpleegkundige zorg. Daarna werd aandacht besteed aan ideeën van de verpleegkundigen wat betreft familiegerichtte interventies: Welke ideeën waren er om familieleden structureel te betrekken bij de verpleegkundige zorg? (Migchelbrink, 2016). Tot slot werd aangegeven dat de onderzoekers in de volgende bijeenkomst de door middel van literatuuronderzoek gevonden bestaande familiegerichtte interventies zouden presenteren.

3.3.2 Diagnostische fase

In de diagnostische fase heeft de tweede bijeenkomst plaats gevonden (Migchelbrink, 2016). De tweede bijeenkomst had als doel om de deelnemers kennis te laten maken met de bestaande familiegerichte interventies uit de literatuur. De bijeenkomst werd opnieuw geleid door de onderzoeksbegeleider. Hier is voor gekozen, omdat de onderzoekers tijdens deze bijeenkomst een presentatie hebben gegeven. Tijdens deze bijeenkomst werd allereerst teruggeblikt op de vorige bijeenkomst. Er werd kort samengevat wat tijdens de eerste bijeenkomst is besproken. Vervolgens presenteerden de onderzoekers vijf bestaande familiegerichte interventies, die zijn gevonden door middel van literatuuronderzoek. Tijdens en na de presentatie was ruimte voor discussie of vragen over de verschillende interventies. Na de presentatie werd gepraat over nieuwe inzichten en/of ideeën die de verpleegkundigen hadden opgedaan door de presentatie van de verschillende interventies. De deelnemers kregen tenslotte aan het eind van de tweede bijeenkomst de opdracht mee de periode tot en met de volgende bijeenkomst bewust bij te houden wanneer zij de kans zien en wanneer een geschikt moment is om familieleden van een patiënt te betrekken bij de verpleegkundige zorg. Deze opdracht werd gegeven om helder te krijgen wanneer een geschikt moment is om binnen de reguliere verpleegkundige zorg een familiegerichte interventie toe te passen.

Na de tweede bijeenkomst hebben de onderzoekers zelf onderzoek gedaan naar de uitgangssituatie door twee dagen op de afdeling mee te lopen ter observatie en om gesprekken te voeren met het verpleegkundig personeel over het onderwerp (Migchelbrink, 2016). De onderzoekers hebben tijdens de observatie ook gekeken welk moment geschikt zou kunnen zijn binnen de reguliere zorg om een familiegerichte interventie toe te passen, zodat de onderzoekers hier tijdens de laatste bijeenkomst met de verpleegkundigen over in gesprek konden gaan.

3.3.3 Ontwikkelfase

Tijdens de ontwikkelfase heeft de derde bijeenkomst plaatsgevonden (Migchelbrink, 2016). De derde bijeenkomst stond in het teken van het ontwerpen van een geschikte familiegerichte interventie die toepasbaar is op verpleegafdeling 2D. De bijeenkomst werd geleid door de onderzoeksbegeleider, omdat de onderzoekers actief participeerden in deze bijeenkomst door mee te praten in de discussies. Door de gespreksleider werd teruggeblikt op de vorige bijeenkomst en werd de meegegeven opdracht kort samengevat. Daarna gingen de onderzoekers in gesprek met de deelnemers over de opdracht: de situaties en momenten waar familieleden betrokken konden worden bij de verpleegkundige zorg werden besproken. Doordat de onderzoekers hebben meegelopen op de afdeling, konden zij hier over meepraten en hun inzichten hierover delen. De onderzoekers brachten een advies uit over een geschikte familiegerichte interventie en steunden de deelnemers uit de praktijk bij het maken van de keus van de interventie. De geschikte familiegerichte interventie werd door de verpleegkundigen uit de focusgroep gekozen en samen met de onderzoekers ontworpen. De uitvoering van de nieuwe interventie is hierna voorbereid en gepland.

De fases die volgen, namelijk de actiefase en evaluatiefase, staan in het teken van de implementatie (Migchelbrink, 2016). In een tijdbestek van 20 weken is geen ruimte voor het uitvoeren van de actiefase en de evaluatiefase, om deze reden wordt dit overgedragen aan twee andere studenten die dit samen met de deelnemers uit de praktijk oppakken.

3.4 Data-analyse

Om de gegevens te analyseren, werden een aantal stappen doorlopen, namelijk: het opnemen van de bijeenkomsten door middel van een voice recorder, het uitwerken van de bijeenkomsten en het analyseren van de bijeenkomsten door middel van thematische analyse (Evers & De Boer, 2012). Allereerst werden de bijeenkomsten opgenomen door middel van een voice recorder. Hiervoor werd toestemming gevraagd aan de deelnemers. Na de bijeenkomsten werd door één onderzoeker letterlijk uitgeschreven wat er gezegd is en door wie. Er is gekozen om één onderzoeker het gesprek te laten uitwerken, zodat de andere onderzoeker dit kon doorlezen met de opname van de bijeenkomst erbij ter controle. Door het letterlijk uitschrijven werd duidelijk wat de beginsituatie was, wat de deelnemers op dat moment al deden aan het betrekken van familieleden bij de verpleegkundige zorg, welke ideeën en ervaringen werden uitgewisseld en kon het proces van het maken van een keuze voor een familiegerichte interventie worden beschreven. Bij het uitwerken van de bijeenkomsten werd rekening gehouden met de privacy van de deelnemers: gegevens werden geanonimiseerd uitgewerkt. Dit werd gedaan door elke deelnemer een letter te geven die aangaf wat de deelnemer zei. Na het letterlijk uitschrijven van de bijeenkomsten werd deze uitwerking door de onderzoekers geanalyseerd door middel van een thematische analyse. Een thematische analyse is een middel om patronen in kwalitatieve data te herkennen en om deze vervolgens te analyseren. Het doel was om de data te ordenen en te koppelen aan de probleemstelling van het onderzoek. Bij de thematische analyse werd uitgegaan van wat is besproken tijdens de focusgroep bijeenkomsten. De thema's die uit de thematische analyse zijn gekomen hoefden niet per definitie in relatie te staan met de thema's uit de literatuurstudie. Dit is wel het geval wanneer tijdens de bijeenkomsten gesproken werd over de gevonden familiegerichte interventies door middel van de literatuurstudie. De onderstaande zes stappen, namelijk verkennen, coderen, thematiseren, reviseren en verfijnen, vaststellen en structureren en tot slot presenteren, werden hierbij gehanteerd (Verhoeven, 2018):

- Stap 1, Verkennen: Allereerst werden de gegevens uit de focusgroep bijeenkomsten verkend. De uitwerkingen die zijn gemaakt na de bijeenkomsten werden door de twee onderzoekers afzonderlijk van elkaar doorgelezen. Aspecten die tijdens de bijeenkomst meerdere malen terug kwamen in de tekst, zoals interventies die al worden toegepast en ideeën over het betrekken van familie, werden gegroepeerd zodat dit in de volgende stap kon worden gecodeerd. Daarna werd nagegaan wat de essentie was van alle verschillende delen van de tekst.
- Stap 2, Coderen: Per tekstdeel werd door de twee onderzoekers afzonderlijk van elkaar nagegaan wat het belangrijkste was uit elk deel van de tekst. Dit deel werd samengevat door middel van een

'sleutelbegrip'. Dit wordt het coderen genoemd. In de kantlijn naast de tekst is met één woord (sleutelbegrip) een samenvatting gegeven van dat deel van de tekst.

- Stap 3, Thematiseren: In deze stap werden de sleutelbegrippen door de twee onderzoekers afzonderlijk van elkaar gegroepeerd. Ze werden samengevat in een aantal thema's, waar de sleutelbegrippen het best mee omschreven konden worden.
- Stap 4, Reviseren en verfijnen: In deze stap werd door de onderzoekers afzonderlijk van elkaar gekeken of de thema's uit stap 3 nog steeds pasten bij de sleutelbegrippen. De definitieve set van thema's werd vastgesteld. De sleutelbegrippen moesten binnen de thema's voldoende samenhang hebben en tussen de thema's moest voldoende onderscheid zitten. Daarna werd een hiërarchie aangebracht van de verschillende sleutelbegrippen binnen de thema's. Er werd een rangschikking gemaakt van importantie van de verschillende sleutelbegrippen.
- Stap 5, Vaststellen en structureren: Binnen deze stap werden verbanden tussen en binnen de verschillende thema's gezocht. Er zijn hoofdgroepen en subgroepen gemaakt door te kijken naar de betekenis van de thema's en sleutelbegrippen in relatie tot de uitwerkingen van de bijeenkomsten.
- Stap 6, Presenteren: De structuur die gevonden is in de uitwerkingen van de bijeenkomsten werd in deze fase door de twee onderzoekers weergegeven in de tekst met duidelijke structurering van hoofdthema's en sleutelbegrippen. Binnen de hoofdthema's en sleutelbegrippen is de inbreng van de leden van de focusgroep weergegeven door middel van citaten waarbij duidelijk wordt gemaakt wie wat heeft gezegd.

3.5 Kwaliteitseisen

Binnen kwalitatief onderzoek werden de volgende kwaliteitseisen gesteld om het onderzoek en de resultaten te beoordelen (Munten et al., 2016):

- Geloofwaardigheid: Tijdens het onderzoek werd niet uitgegaan van de verwachtingen van de onderzoekers, maar van de ervaringen van de verpleegkundigen die in de focusgroep zaten. In dit onderzoek zijn op verschillende manieren gegevens verzameld (triangulatie) om het onderzoek zo geloofwaardig mogelijk te maken. De onderzoekers voerden allereerst een literatuurstudie uit om erachter te komen welke onderzoeken al gedaan zijn wat betreft familiegerichte interventies. Vervolgens werd door middel van focusgroep bijeenkomsten gegevens verzameld. In elke bijeenkomst werd teruggeblikt op de vorige bijeenkomst om te bevestigen dat de onderzoekers en de verpleegkundigen nog steeds dezelfde verwachtingen hadden en op één lijn zaten.
- Representativiteit: In dit onderzoek werd de context waarbinnen het onderzoek plaats heeft gevonden zo gedetailleerd mogelijk omschreven, ook wel thick description genoemd. Op deze manier kan de lezer nagaan of het onderzoek verplaatsbaar is in een andere vergelijkbare setting. In dit onderzoek is dit gedaan door zo duidelijk mogelijk te omschrijven waar het onderzoek plaats heeft gevonden en wie hier aan hebben deelgenomen. De ontworpen familiegerichte interventie, het resultaat van dit onderzoek, zou wellicht ook toegepast kunnen worden op andere (geriatrische)

afdelingen binnen het Martini Ziekenhuis of andere ziekenhuizen, aangezien de interventie is gericht op de geriatrie.

- **Plausibiliteit:** Het onderzoeksproces en de keuzes die hier binnen gemaakt zijn, zijn duidelijk omschreven, zodat onderzoekcollega's en andere lezers het onderzoeksproces kritisch kunnen volgen en beoordelen. In dit onderzoek heeft dit plaats gevonden door de focusgroep bijeenkomsten op te nemen en deze naderhand letterlijk uit te typen. Hierdoor kunnen de resultaten van het onderzoek als plausibel worden gezien en wordt de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogd.
- **Verifieerbaarheid:** Om er voor te zorgen dat de resultaten verifieerbaar zijn werden de resultaten gebaseerd op de bijdrage van de verpleegkundigen tijdens de focusgroep. Er is niet uitgegaan van een vooringenomen standpunt van de onderzoekers (bias).
- **Betrouwbaarheid:** Om de betrouwbaarheid binnen dit onderzoek te vergroten, werden de drie bijeenkomsten door één van de onderzoekers uitgewerkt. Dit is op deze manier gedaan, zodat de andere onderzoeker de uitwerking kon controleren met de opname erbij. Deze rolverdeling van uitwerken en controleren wisselde per bijeenkomst. Daarnaast werden de eerste vier stappen van de thematische analyse door de twee onderzoekers afzonderlijk van elkaar uitgewerkt.

3.6 Ethische aspecten

Binnen dit onderzoek zijn de volgende gedragsregels gehanteerd, om zo een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van het onderzoek. De volgende regels zijn in acht genomen (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijters & Peij, 2010):

- ✓ **Onderzoekers aan het hbo zijn respectvol:** Er wordt rekening gehouden met rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van de collega's die bij dit onderzoek betrokken zijn.
- ✓ **Onderzoekers aan het hbo zijn zorgvuldig:** Er wordt gebruik gemaakt van reeds beschikbare kennis uit de praktijk en wetenschap. Daarbij wordt de data uit de bijeenkomsten juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar verzameld, vastgelegd en zorgvuldig bewaard.
- ✓ **Onderzoekers aan het hbo zijn integer:** Er wordt kritisch gekeken naar de in de praktijk gehanteerde opvattingen en probleemdefinities. De onderzoekers zijn onafhankelijk in hun methodische keuzes en eerlijk over de bronnen die ze gebruiken. Ze zijn aanspreekbaar op hun gedrag tijdens het uitvoeren van onderzoek.
- ✓ **Onderzoekers aan het hbo verantwoorden hun keuzes en gedrag:** De gehanteerde methodiek, de zorgvuldigheid van de uitvoering, de onderbouwing van de conclusies en de gehanteerde bronnen zullen worden verantwoord.

H4 Resultaten

Door middel van focusgroep bijeenkomsten zijn de onderstaande gegevens verzameld. De bijeenkomsten zijn onderverdeeld in hoofdthema's en sleutelbegrippen.

4.1 Bijeenkomst 1: Oriëntatiefase

De eerste bijeenkomst had als doel om de beginsituatie in kaart te brengen. Iedere deelnemer heeft zichzelf voorgesteld en haar achtergrond verteld wat betreft familie zorg om duidelijk te krijgen wat ieders ervaring is met betrekking tot dit onderwerp. Tijdens deze bijeenkomst waren de volgende deelnemers aanwezig: één geriatrie verpleegkundige (verpleegkundige A), unithoofd van de afdeling, twee onderzoekers en één onderzoeksbegeleider. Eén lid van de focusgroep, namelijk de verpleegkundige die de cursus familie zorg heeft gevolgd (verpleegkundige B), kon door omstandigheden niet aanwezig bij deze bijeenkomst, daarom sloot het unithoofd van de afdeling aan.

Als antwoord op de eerste vragen van de gespreksleider met betrekking tot de beginsituatie; *“Op welke manier is familie aanwezig/worden ze betrokken? Wat hebben jullie daar eigenlijk al voor initiatieven in genomen?”*, zijn twee hoofdthema's naar voren gekomen, namelijk 'huidige familiegerichte interventies' en 'de rol van familie tijdens de ziekenhuis opname'. De volgende sleutelbegrippen zijn binnen deze hoofdthema's naar voren gekomen: 'rooming-in', wat inhoudt dat een familielid van een patiënt kan blijven slapen wanneer de patiënt op een eenpersoonskamer ligt. 'Hetero-anamnese', wat betekent dat het anamnese gesprek gevoerd wordt met een familielid van de patiënt. 'Informatiegesprek', in dit gesprek waar een arts en een verpleegkundige bij aanwezig zijn wordt informatie gegeven aan de patiënt en zijn familie over de diagnose en behandeling van de patiënt. Daarnaast wordt eventueel zicht op ontslag besproken. 'Transmurale zorgburg', dit wordt toegepast bij kwetsbare ouderen om hen goede begeleiding te geven na het ontslag uit het ziekenhuis. Hierbij komt een wijkverpleegkundige bij de patiënt in het ziekenhuis om kennis te maken en om het zorgbehandelplan te bespreken. De overige sleutelbegrippen die binnen de twee hoofdthema's naar voren komen zijn de volgende: 'checklist/lijtje', 'betrokkenheid van familie', 'zelfmanagement', 'definitie familie' en 'contactpersoon'.

Hoofdthema 1: Huidige familiegerichte interventies

Het hoofdthema 'huidige familiegerichte interventies' is ontstaan doordat de verpleegkundige en het unithoofd naar aanleiding van de beginvraag vertelden wat zij op dat moment op de afdeling deden om familie te betrekken bij de zorgverlening voor de patiënt. Deze verschillende interventies zijn onderverdeeld in sleutelbegrippen.

Sleutelbegrip: Rooming-in

“We zijn in ieder geval steeds meer bezig om rooming-in toe te passen. Dat is soms gewoon lastig qua aantal kamers, maar dat proberen we wel” (verpleegkundige A).

Sleutelbegrip: Hetero-anamnese

“We zijn ook steeds wat meer met hetero-anamneses bezig. Collega’s zijn namelijk steeds meer geneigd zijn om familie te bellen om de (hetero) anamnese af te nemen dan voorheen. Je hebt de gewone anamnese die je als hetero-anamnese afneemt” (verpleegkundige A).

Sleutelbegrip: Informatiegesprek

“We proberen moet ik zeggen ook informatiegesprekken te voeren tussentijds. Dat lukt niet altijd, maar dat proberen we wel. Het liefst twee dagen na de opname, zodat familie kan meegenomen worden in wat er verder gaat gebeuren. Officieel is de contactpersoon aanwezig tijdens het informatiegesprek” (verpleegkundige A).

Tijdens het bespreken van het informatiegesprek werd de rolverdeling van de arts en verpleegkundige binnen dit informatiegesprek aangekaart:

“Soms vinden er informatiegesprekken plaats waarin de verpleegkundigen naar mijn mening veel te weinig het woord hebben. Dit hangt wel af van de verpleegkundige en arts die er bij aanwezig zijn. Soms vraagt de arts bijvoorbeeld iets aan de patiënt tijdens het informatiegesprek wat de verpleegkundige waarschijnlijk al eerder gevraagd heeft. Ik denk dat het voor de verpleegkundige niet zo van belang is om te vragen hoe het thuis gaat, maar eerder om aan de familie te vragen hoe zij het thuis vinden gaan” (verpleegkundige A).

“Ik denk ook zeker dat verpleegkundigen veel meer op haar eigen rol moeten gaan staan tijdens het informatiegesprek” (unithoofd).

Sleutelbegrip: Transmurale zorgbrug

“De afdeling is anderhalf jaar/twee jaar geleden begonnen met het toepassen van de transmurale zorgbrug, maar hier moet nog meer aandacht aan worden besteed. Bij de transmurale zorgbrug komt de wijkzorg op de afdeling om te kijken hoe de zorg thuis eruit moet komen te zien” (unithoofd).

Dit werd aangevuld met het volgende:

“De transmurale zorgbrug loopt nog niet goed, maar familie is wel erg tevreden over het concept van de transmurale zorgbrug” (verpleegkundige A).

De gespreksleider stelde de volgende vraag; ‘Zijn er nog andere dingen die jullie op je lijstje hebben staan?’ waaruit het volgende sleutelbegrip naar voren kwam:

Sleutelbegrip: Checklist/lijtje

“Ik heb het met collega’s wel eens gehad over een checklist of een lijstje om met de familie de thuissituatie van de patiënt door te nemen en hiermee in kaart te brengen wat iemand zou willen doen

en wat diegene van jou verwacht tijdens de opname. Wellicht zijn het een aantal vragen die je kunt stellen. In ieder geval dat je afspraken maakt”.

Hoofdthema 2: De rol van familie tijdens de ziekenhuisopname

Dit hoofdthema is tot stand gekomen, omdat de gespreksleider het onderwerp ‘de erkenning van de rol van de ander’ aankaartte. Door als verpleegkundige afspraken te maken met familieleden over wat zij tijdens een ziekenhuisopname zouden willen en kunnen doen wordt de rol van de ander erkent. Hier kwam het volgende sleutelbegrip uit naar voren:

Sleutelbegrip: Betrokkenheid van familie

“Ik zou het heel mooi vinden om familie echt te betrekken in van: Wat wilt u nog voor uw vader/moeder/partner? Soms heb je echt overbelaste mantelzorgers, maar soms heb je ook mantelzorgers die ineens niks meer mogen doen. Dan doe je die ook geen recht. Het zou veel natuurlijker en een automatisme moeten worden om dat met elkaar te bespreken. Vragen zoals of iemand een deel van de zorg op zich zou willen nemen, wat diegene thuis ook altijd doet. Of denkt iemand ‘het is wel even goed’ of wil iemand het in het ziekenhuis weer proberen. Dat mensen het thuis dan misschien niet kunnen of durven en dat ze hier dan net even de tools krijgen. Ik denk dat het met name cultuur is dat het niet gebeurt” (unithoofd).

“Ik denk dat dat komt omdat ‘mantelzorger’ ook veel nieuwer is. Want als ouder zorg jij natuurlijk voor je kind, maar als kind of partner is dat vaak minder vanzelfsprekend” (verpleegkundige A).

De gespreksleider gaf vervolgens het volgende aan: *“De wetgeving is zo aangepast dat we eerst kijken wat de patiënt zelf kan en wat de familie zelf kan en dan zijn we pas bereid om daar wat ondersteuning in te brengen. Soms is het heel duidelijk en hoeven wij ons daar niet zo druk om te maken, maar de achterliggende gedachte is natuurlijk de zelfmanagement van de patiënt en diens naasten ondersteunen. Zien jullie daar ook wel mogelijkheden in?”.*

Uit het antwoord op bovenstaande vraag kwam het volgende sleutelbegrip naar voren:

Sleutelbegrip: Zelfmanagement

“Soms zitten er mensen naast het bed die ook wel dingen kunnen doen. Wij zijn sneller geneigd om te zeggen ‘nee dat hoeft niet, dat doen wij wel eventjes’. Ik probeer zelf steeds meer om minder dingen over te nemen. Op sommige momenten lukt dat ook en gaat dat ook. Maar niet altijd. Maar goed dat blijft waarschijnlijk zo” (verpleegkundige A).

De gespreksleider bracht hierna het volgende in: *“Voor mij is dat degene waarvan de patiënt zegt: Die is belangrijk voor mij, die wil ik er graag bij hebben, zo noem ik familie”* waarop het volgende werd gezegd over het sleutelbegrip ‘definitie familie’:

Sleutelbegrip: Definitie familie

“Familie is datgene wat je met elkaar afsprekt dat familie is” (unithoofd).

“Je kunt tenslotte beter een goede buur hebben dan een verre vriend” (verpleegkundige A).

“Als iemand ineens ziek wordt wijs je toch automatisch een familielid als contactpersoon aan” (unithoofd).

Op de vraag van de gespreksleider of de contactpersoon een bloedverwant moet zijn werd met het volgende geantwoord:

Sleutelbegrip: Contactpersoon

“Het is wie de patiënt aangeeft die contactpersoon is” (unithoofd).

4.2 Bijeenkomst 2: Diagnostische fase

De tweede bijeenkomst had als doel de deelnemers kennis te laten maken met de bestaande familiegerichte interventies uit de literatuur. De onderzoekers presenteerden vijf bestaande familiegerichte interventies, die zijn gevonden door middel van literatuuronderzoek. Na de presentatie werd gepraat over nieuwe inzichten en/of ideeën die de verpleegkundigen hebben opgedaan door de presentatie van de verschillende interventies. Tijdens deze bijeenkomst waren de volgende deelnemers aanwezig: één geriatrie verpleegkundige (verpleegkundige A), één verpleegkundige die de cursus familiezorg heeft gevolgd (verpleegkundige B), twee onderzoekers en één onderzoeksbegeleider.

Deze bijeenkomst draaide om de bestaande familie gerichte interventies en de nieuwe inzichten en/of ideeën die de verpleegkundige hebben opgedaan. Er is één hoofdthema met drie sleutelbegrippen uit de bijeenkomst naar voren gekomen. Het hoofdthema betreft ‘kritische aspecten rondom familie gerichte interventies’. De volgende sleutelbegrippen zijn binnen het hoofdthema naar voren gekomen: ‘meehelpen bij lichamelijke verzorging’, ‘verpleegkundige overdracht aan bed’ en ‘behoeften van familie’.

Hoofdthema: Kritische aspecten rondom familiegerichte interventies

Dit hoofdthema is ontstaan doordat de verpleegkundigen uit de focusgroep verschillende kritische aspecten benoemden rondom de bestaande familie gerichte interventies. De interventies waarbij kritische aspecten werden genoemd zijn onderverdeeld in sleutelbegrippen:

Sleutelbegrip: Meehelpen bij lichamelijke verzorging

“Het is natuurlijk ook niet alleen de lichamelijke verzorging waar je aan moet denken, ik ben twee weken geleden naar (...) geweest voor een congres en daar hadden ze het ook over dit soort dingen, maar daar spraken ze ook af van, oké op dinsdag komt de dochter helpen met eten of op woensdag komt de zoon. Dat soort dingetjes. Of even haren wassen of nagels knippen, maar gewoon van die kleine afspraken” (verpleegkundige A).

“Ik denk dat de Nederlandse generatie op dit moment als ik naar de kwetsbare ouderen kijk, niet dat vertrouwde gevoel met zijn kinderen heeft dat ze het fijn vinden om door hun kinderen geholpen te worden met bijvoorbeeld wassen” (verpleegkundige B).

“Het is wel goed om daarover in gesprek te gaan, want je weet het niet wat voor iemand normaal is en wat ze willen doen” (verpleegkundige A).

Sleutelbegrip: Verpleegkundige overdracht aan bed

“Weet je hoelang deze overdrachten duren dan?” (verpleegkundige B).

“Stond daar ook iets bij over contactpersoon en dergelijke? Want als je vijf patiënten gaat overdragen en daar zitten familie bij het bed, zou je eigenlijk bij iedere patiënt moeten gaan checken of diegene die daar bij zit ook contactpersoon is. Anders mag je die informatie al niet geven” (verpleegkundige A).

De gespreksleider bracht het volgende in: *“Er zullen ook genoeg mensen zijn die niet mee willen helpen en die allang blij zijn dat ze even een pauze hebben. Dat zijn allemaal dingen die respecteer je natuurlijk. Het gaat er veel meer om, waar hebben mensen behoefte aan”.*

Door deze inbreng van de gespreksleider kwam het volgende sleutelbegrip naar voren:

Sleutelbegrip: Behoeften van familie

“Dan leg je de behoefte dus bij de familie en mantelzorger neer. In overleg met de patiënt” (verpleegkundige B).

De deelnemers kregen tenslotte aan het eind van de bijeenkomst de opdracht mee de periode tot en met de volgende bijeenkomst bewust bij te houden wanneer een geschikt moment is om familieleden van een patiënt te betrekken bij de verpleegkundige zorg.

4.3 Bijeenkomst 3: Ontwikkelfase

De derde bijeenkomst had als doel tot een ontwerp te komen voor een geschikte en toepasbare familiegerichte interventie op afdeling 2D. Tijdens deze bijeenkomst werd de voorkeur van de verpleegkundigen voor een familiegerichte interventie in kaart gebracht. Daarnaast werden de praktische zaken rondom het invoeren van de interventie besproken. Tijdens deze bijeenkomst waren de volgende deelnemers aanwezig: één geriatrie verpleegkundige (verpleegkundige A), één verpleegkundige die de cursus familiezorg heeft gevolgd (verpleegkundige B), twee onderzoekers en één onderzoeksbegeleider.

Tijdens deze bijeenkomst zijn twee hoofdthema's naar voren gekomen, namelijk 'toepasbare interventie op verpleegafdeling 2D' en 'bewustwording creëren bij verpleegkundigen', met daarbij drie sleutelbegrippen: 'FAMILY Card', 'informatiegesprek' en 'onbegrip bij verpleegkundigen'.

Hoofdthema 1: Toepasbare interventie op verpleegafdeling 2D

Dit hoofdthema is ontstaan doordat in deze bijeenkomst gesproken werd over toepasbare familiegerichte interventies op afdeling 2D. Deze toepasbare interventies zijn onderverdeeld in sleutelbegrippen. De gespreksleider begon de bijeenkomst met de volgende vragen: *“Waar we staan we met z'n allen? Wat zijn jullie ervaringen? Waar hebben jullie zoal over nagedacht de laatste twee weken?”*. Deze vragen werden gesteld om terug te komen op de huiswerkopdracht die tijdens de tweede bijeenkomst is meegegeven. Op de beginvraag van de gespreksleider werd vrijwel direct het volgende gezegd:

Sleutelbegrip: FAMILY Card

“Die FAMILY Card, dat is misschien wel wat” (verpleegkundige A).

“Het zou heel mooi zijn dat je bijvoorbeeld een checklist binnen je anamnese krijgt waar dan in staat van wilt u gebruik maken van rooming-in, in hoeverre wilt u helpen met wassen en aankleden, eten geven dat soort dingen. Zou heel mooi zijn als je dat gewoon kunt afvinken. Dat geeft wel inzicht meteen in contact met je patiënt en de familie” (verpleegkundige B).

Binnen dit sleutelbegrip werd ook gesproken over praktische zaken rondom het invoeren van de FAMILY Card, dat het bijvoorbeeld niet gaat lukken op een korte termijn de FAMILY Card toe te voegen aan het elektronisch patiënten dossier.

“Je zou met een kaartje kunnen beginnen die verpleegkundigen bij zich kunnen dragen. Dan moeten we wel kritisch gaan kijken waar we die gegevens gaan noteren in het elektronisch patiënten dossier. Want je hebt wel een elektronisch dossier” (verpleegkundige B).

Sleutelbegrip: Informatiegesprek

“Wij zeggen altijd dat we na 1 tot 2 dagen een informatiegesprek geven als iemand opgenomen wordt, maar dat gebeurt eigenlijk de laatste tijd helemaal niet meer. In korte tijd zijn we in een heel ander team gekomen en normaal gesproken ging dat altijd automatisch, maar nu eigenlijk niet meer” (verpleegkundige A).

“We hebben nu per dag ruimte voor twee informatiegesprekken tussen 14.00 en 15.00 uur waar ook de arts bij zit. De artsen gaven ook aan, we krijgen heel vaak vragen van familie over verpleegkundige zaken, hoe zit dit en hoe zit dat en als ik naar huis ga wat voor organisatie aan thuiszorg kan er dan ingeschakeld worden? Dus we hebben daar nu eigenlijk gewoon ruimte voor ingepland dat de verpleegkundige daarbij aanwezig is” (verpleegkundige B).

“Dan zou het heel mooi zijn om de verpleegkundige daar alert op te laten maken, dat je bijvoorbeeld iets aan de anamnese kunt toevoegen, van uhm, over twee dagen of binnen twee dagen een informatiegesprek plannen. Dat zou heel mooi zijn als je die gewoon meteen al tijdens de anamnese kan plannen” (verpleegkundige B).

Hoofdthema 2: Bewustwording creëren bij verpleegkundigen

Binnen dit hoofdthema werd gesproken over het creëren van bewustwording bij de rest van het team rondom het invoeren van de FAMILY Card en het belang hiervan om toe te passen in de praktijk.

“Ik denk dat als je dit gaat oppakken dat je dan eerst de verpleegkundigen bewust moet maken dat het heel belangrijk is dat je die vragen invult. Want dat zijn vragen, zoals ze nu in de anamnese staan, die heel vaak overgeslagen worden. Als ik het terug wil zoeken dat er niks te vinden is” (verpleegkundige B).

Op de vraag van de gespreksleider of er nog meer dingen zijn die de verpleegkundigen de laatste twee weken zijn opgevallen of andere dingen die ze kwijt willen, kwam het volgende sleutelbegrip naar voren:

Sleutelbegrip: Onbegrip bij verpleegkundigen

“We zouden heel graag willen dat er gewoon in die zin meer ondersteuning komt qua ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) zorg. Dit zou vanuit familie kunnen komen wanneer hier behoefte aan is. Ik noemde vanmorgen ook dat voorbeeld, er was een patiënt, die had rooming-in en die patiënt had gezegd van mijn dochter helpt mij wel met wassen. Die verpleegkundig zat toevallig bij mij in het team, die zei ‘ik wil dat zelf doen, ik wil helemaal niet dat die dochter dat doet’. Dat ik dus zei van he, waarom niet? ‘Naja misschien wil die dochter dat wel helemaal niet, die man die zegt dat wel. Ik zei misschien moet je dat dan aan die dochter vragen” (verpleegkundige A).

“Er is wel eens iemand die tegen mij gezegd heeft: Waarom moet ik nou weten hoeveel uur mantelzorg die vrouw geeft? Misschien geeft die vrouw wel 40 uren mantelzorg en is daarom ineens wel duidelijk waarom ze zo prikkelbaar is en moeilijk doet” (verpleegkundige A).

4.4 De Familie kaart als familiegerichte interventie: Ontwikkelfase

Naar aanleiding van de laatste bijeenkomst is door de onderzoekers een ‘Familie kaart’, zie figuur 4, ontworpen als relevante familiegerichte interventie die toepasbaar is op verpleegafdeling 2D. De Familie kaart is een handzame kaart met vragen om de betrokkenheid en de wensen en behoeften van de familie van een patiënt in kaart te brengen. Volgens Salinas et al. (2002) levert het afnemen van de Familie kaart op dat verpleegkundigen familieleden meer gaan waarderen, dat de informatie verkregen door middel van deze kaart wordt verwerkt in het patiënten dossier en tijdens overdrachten wordt meegenomen en dat door het afnemen van de Familie kaart al veel informatie bekend is om het ontslag te kunnen coördineren. De Familie kaart wordt in dit onderzoek bij het opnamegesprek afgenomen door de verpleegkundige om direct een beeld te kunnen vormen van de situatie van de patiënt en familieleden (Salinas et al., 2002). Uit onderzoek van Mitchell, Chaboyer, Burmeister & Foster (2009) is gebleken dat familieleden die betrokken zijn bij de zorg voor hun naasten meer respect, samenwerking en ondersteuning ervaren van verpleegkundigen dan familieleden die niet betrokken worden (Mitchell et al., 2009). Het is tijdens het afnemen van de Familie kaart van belang om de mogelijkheden wat betreft familieparticipatie per patiënt te bekijken. Door middel van het afnemen van de Familie kaart worden familieleden betrokken door verpleegkundigen, is er aandacht voor de wensen en behoeften en worden de mogelijkheden per individu in kaart gebracht.

De Familie kaart is afgeleid van de FAMILY Card (Salinas et al., 2002). Aspecten uit de FAMILY Card die zijn toegepast in de Familie kaart betreffen: De betrokkenheid van familie, benodigde hulp vanuit familie, maatschappelijke hulp en de integratie van activiteiten door familieleden in het activiteitenplan (zie hiervoor vragen 1 t/m 3 en 6 in figuur 4). De vragen in de ontwikkelde Familie kaart omtrent de activiteiten van familieleden (zie vraag 4 in figuur 4) zijn voortgekomen uit een vragenlijst die ontwikkeld is door het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (2018). Deze vragenlijst is gericht op de geriatrie en ontwikkeld als hulpmiddel voor verpleegkundigen om samen met een familielid te kunnen bespreken wat de mogelijkheden zijn wat betreft familieparticipatie.

Het inplannen van het informatiesprek wordt als een na laatste vraag gesteld tijdens het afnemen van de Familie kaart, zie hiervoor vraag 5 in figuur 4. Dit is een wens van de verpleegkundigen uit de focusgroep om op te nemen in de Familie kaart, omdat zij merken dat informatiesprekken niet meer structureel worden ingepland door verpleegkundigen op verpleegafdeling 2D. Ook is het inplannen van deze informatiesprekken het beleid van het Martini Ziekenhuis. Een andere wens van de verpleegkundigen uit de focusgroep is om meer aandacht te hebben voor hulp bij de lichamelijke verzorging door familieleden. Om hier structureel aandacht voor te hebben is dit aspect meegenomen in de Familie kaart, zie hiervoor vraag 4^E, figuur 4.

Familie kaart	
1. Betrokkenheid van familie:	
A.	Wie in het sociale netwerk is betrokken bij de patiënt en op welke manier?
B.	Met wie mogen wij informatie delen en met wie absoluut niet?
2. Benodigde hulp:	
A.	Welke hulp heeft de patiënt nodig en in hoeverre lukt het familie om dit te bieden?
B.	Wat heeft de familie nodig van gezondheidsmedewerkers om de zorg voor de patiënt te kunnen blijven leveren op een effectieve manier?
C.	Is familie in staat om voldoende voor zichzelf te zorgen in deze periode?
3. Maatschappelijke hulp:	
A.	Ontvangt de patiënt momenteel hulp van een instelling/organisatie?
B.	Welke instellingen/organisaties kunnen indien nodig de patiënt en familie na ontslag hulp bieden?
4. Is familie bereid om betrokken te zijn bij de volgende activiteiten tijdens de opname van de patiënt:	
A.	Overnachten in het ziekenhuis bij de patiënt (rooming-in).
B.	Ondernemen van activiteiten samen met de patiënt (bijvoorbeeld krant lezen, spelletje doen, stukje lopen).
C.	Vertrouwende spullen van thuis meenemen.
D.	Helpen met eten en drinken.
E.	Ondersteunen in lichamelijke verzorging.
5.	Inplannen van een familiegesprek (vindt plaats twee dagen na opname).
6.	Integratie in het zorgplan: Activiteiten van familie met betrekking tot de patiënt worden meegenomen in het activiteitenplan.

Figuur 4: Familie kaart

4.4.1 Evaluatie opzet Familie kaart met de leden van de focusgroep

Om de opzet van de ontwikkelde Familie kaart te kunnen voorleggen en bespreken met de leden uit de focusgroep heeft een extra bijeenkomst plaatsgevonden. Deze bijeenkomst had als doel dat samen met de leden uit de focusgroep de opzet van de Familie kaart zou worden geëvalueerd en dat de vragen uit de Familie kaart kritisch konden worden bekeken en zo nodig worden gewijzigd. Dit werd gedaan om er zeker van te zijn dat de Familie kaart geschikt is om in de praktijk toe te passen en aan de wensen voldoet van de verpleegkundigen.

Tijdens deze extra bijeenkomst waren de volgende deelnemers aanwezig: één verpleegkundige die de cursus familiezorg heeft gevolgd (verpleegkundige B), twee onderzoekers en één onderzoeksbegeleider. Verpleegkundige A kon niet aanwezig zijn bij deze bijeenkomst, omdat zij op vakantie was.

Aan het begin van de bijeenkomst vertelde verpleegkundige B dat ze het in de werkgroep 'kwetsbare ouderen' kort hebben gehad over de 'Family Card' en dat alle verpleegkundigen uit de werkgroep hier enthousiast over waren. De Familie kaart invoeren in het elektrisch patiënten dossier is op korte termijn niet haalbaar, om deze reden is het richten op een geplastificeerd kaartje waar de Familie kaart op komt te staan en die verpleegkundigen bij zich kunnen dragen een goed begin. Door het dragen van een

geplastificeerd kaartje worden verpleegkundigen zich meer bewust van het betrekken van familie bij het anamnese gesprek, aldus verpleegkundige B.

Verpleegkundige B gaf aan dat zij de opzet van de ontworpen Familie kaart er mooi uit vindt zien. De vragen die op de kaart staan zijn erg relevant, aldus verpleegkundige B. Uit de bijeenkomst is naar voren gekomen dat het wenselijk is dat er een paar tekstuele aanpassingen worden gedaan, namelijk:

- Alle vragen uit de familiekaart moeten als open vraag worden gesteld.
- Vraag 2C veranderen in 'welke impact de opname heeft op de familieleden?'.
- Vraag 3A veranderen in 'welke ondersteuning krijgt de patiënt momenteel?'.
- Bij vraag 3B inventariseren of er behoefte is aan hulp en door wie. Ook buurvrouw, vrienden en familie meenemen.
- Vraag 4 veranderen in 'Bij welke onderstaande activiteiten zou de familie eventueel betrokken willen worden tijdens de opname?'.
- Het 'familiegesprek' veranderen in 'informatiegesprek', aangezien deze term bekender is bij collega's.
- Binnen het kopje 'integratie in het zorgplan' moet ook het informatiegesprek worden ingepland, zodat dit niet vergeten wordt.
- De Familie kaart moet in het borstzakje van de verpleegkundige passen.
- Het is wenselijk dat de Familie kaart zo min mogelijk kleur bevat, zodat de vragen goed leesbaar zijn.

Hiernaast, in figuur 5, is de aangepaste familie kaart weergegeven.

Figuur 5: Aangepaste Familie kaart

Familie kaart	
1.	Betrokkenheid van familie:
A.	Wie in het sociale netwerk is betrokken bij de patiënt en op welke manier?
B.	Met wie mogen wij informatie delen en met wie absoluut niet?
2.	Benodigde hulp:
A.	Welke hulp heeft de patiënt nodig en in hoeverre lukt het familie om dit te bieden?
B.	Wat heeft de familie nodig van gezondheidsmedewerkers om de zorg voor de patiënt te kunnen blijven bieden op een effectieve manier?
C.	Welke impact heeft de opname op familieleden?
3.	Maatschappelijke hulp:
A.	Welke hulp krijgt de patiënt momenteel?
B.	Wie (bijvoorbeeld buurvrouw/vriendin/organisatie) zou indien nodig de patiënt en familie na ontslag hulp kunnen bieden?
4.	Bij welke onderstaande activiteiten zou de familie eventueel betrokken willen worden tijdens de opname:
A.	Overnachten in het ziekenhuis bij de patiënt (rooming-in).
B.	Ondernemen van activiteiten samen met de patiënt (bijvoorbeeld krant lezen, spelletje doen, stukje lopen).
C.	Vertrouwde spullen van thuis meenemen.
D.	Helpen met eten en drinken.
E.	Ondersteuning in lichamelijke verzorging.
5.	Inplannen van een informatiegesprek (vindt plaats twee dagen na opname).
6.	Integratie in het zorgplan: Planning informatiegesprek en activiteiten van familie met betrekking tot de patiënt worden meegenomen in het activiteitenplan.

H5 Discussie

In dit hoofdstuk worden allereerst de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek beschreven, vervolgens komen de zwakke en sterke punten van het onderzoek naar voren. Ten slotte wordt het belang van het onderzoek voor de organisatie en de maatschappij omschreven.

5.1 Belangrijkste bevindingen

Het doel van dit onderzoek was om de betrokkenheid van familieleden te bevorderen door een familiegerichte interventie te ontwerpen, welke toepasbaar is op verpleegafdeling 2D. Door middel van focusgroep bijeenkomsten is duidelijk geworden dat verpleegkundigen van verpleegafdeling 2D tijdens het opnamegesprek meer aandacht willen hebben voor familieleden met behulp van een Familie kaart die is gepresenteerd door de onderzoekers in de vierde focusgroep bijeenkomst. Uit onderzoek van Brunklaus en van de Geijn (2013) blijkt dat het inwinnen van informatie bij opname belangrijk is, omdat de verpleegkundige hierop de zorg moet baseren die de patiënt nodig heeft. Door met familie in gesprek te gaan tijdens het opnamegesprek ontstaat een samenwerkingsrelatie (Brunklaus & van de Geijn, 2013). De Familie kaart is volgens de onderzoekers een geschikte interventie om familieleden te betrekken, omdat deze interventie in kaart brengt wat de wensen en behoeften van familie zijn. Door de Familie kaart op een vast moment, tijdens de anamnese, af te nemen wordt familie structureel betrokken tijdens de opname wat tevens de doelstelling van dit onderzoek was. Naar inziens van de onderzoekers moet er binnen het team meer bewustwording worden gecreëerd van het belang om familie te betrekken bij de opname voordat de Familie kaart kan worden geïmplementeerd. Uit data-analyse kwam naar voren dat op dit moment niet alle verpleegkundigen zich bewust zijn van het belang van het betrekken van familieleden.

Daarnaast willen de verpleegkundigen ook gedurende de opname meer aandacht hebben voor familieleden door structureel informatiesprekken in te plannen met de patiënt en zijn naasten om de huidige situatie rondom de patiënt te bespreken. Het houden van informatiesprekken is al beleid van de afdeling en het Martini Ziekenhuis, maar verpleegkundigen gaven in de focusgroep bijeenkomsten aan dat dit in de meeste gevallen op dit moment niet gebeurt. De onderzoekers verwachten dat door het structureel houden van informatiesprekken familieleden meer betrokken worden tijdens de opname, omdat door informatiesprekken tijd is voor familieleden om vragen te kunnen stellen en om familie van informatie te voorzien wat betreft de opname van de patiënt. Het bespreken van de gezondheidssituatie met de patiënt en zijn naasten is in overeenstemming met het onderzoek van Rily, White, Graham & Alexandrov (2014). Uit het onderzoek van Rily et al. (2014) is gebleken dat zowel de familieleden van de patiënt als verpleegkundigen het belangrijk en noodzakelijk vinden dat de gezondheidssituatie van de patiënt besproken wordt met elkaar.

5.2 Zwakke en sterke punten

Een zwak punt van dit onderzoek betreft het aantal deelnemers van de focusgroep bijeenkomsten. Er wordt in dit onderzoek uitgegaan van meningen van twee verpleegkundigen. De onderzoekers zijn van mening dat een focusgroep bestaande uit minstens zes deelnemers effectiever zou zijn geweest, aangezien een gemiddelde focusgroep uit ongeveer zes tot tien deelnemers bestaat (Evers & De Boer, 2012). Dit was echter praktisch gezien niet haalbaar tijdens dit onderzoek. Het aspect dat er twee deelnemers in de focusgroep zaten kan van invloed zijn geweest op de betrouwbaarheid van de resultaten, omdat andere verpleegkundigen uit het team wellicht een andere mening hebben. Om een meer betrouwbaar resultaat te verkrijgen zouden er meer verpleegkundigen bij het onderzoek betrokken moeten worden. De twee verpleegkundigen zijn echter wel vaste medewerkers op de afdeling en hebben een goed beeld van de behoeften van het team. Verpleegkundige A en verpleegkundige B zijn om deze reden representatief voor de verpleegkundigen werkzaam op verpleegafdeling 2D. Daarnaast hebben beide verpleegkundigen affiniteit met familie zorg en zitten zij in de werkgroep kwetsbare ouderen.

Een andere beperking van het onderzoek was dat er tijdens de eerste bijeenkomst één verpleegkundige wegens omstandigheden niet aanwezig kon zijn (verpleegkundige B). Door de afwezigheid van verpleegkundige B was het unithoofd aanwezig om verpleegkundige A bij te staan en om te participeren in de focusgroep bijeenkomst. De aanwezigheid van het unithoofd heeft wellicht invloed gehad op de validiteit van de resultaten, aangezien zij met een andere blik naar de situatie kijkt dan de verpleegkundigen. Het unithoofd levert geen zorg aan bed en is hierdoor mogelijk minder representatief voor het team. Deze andere blik zou er wel voor kunnen hebben gezorgd dat nieuwe relevante ideeën zijn opgedaan tijdens de bijeenkomst wat betreft familie betrekken binnen de reguliere zorg.

Het design van dit onderzoek, participatief actieonderzoek, is sterk aangezien er wordt uitgegaan van de mening van de verpleegkundigen. De verpleegkundigen maken zelf een keuze voor een geschikte familiegerichtte interventie.

5.3 Belang voor de organisatie en de maatschappij

De onderzoeksresultaten zijn van belang voor de afdeling, met behulp van de Familie kaart kan familie structureel worden betrokken binnen de reguliere verpleegkundige zorg. Op dit moment gebeurt dit volgens de verpleegkundigen van verpleegafdeling 2D nog niet, verpleegkundigen zouden dit wel graag zien en door het onderzoek heeft dit concreet vorm gekregen. Daarnaast zijn de onderzoeksresultaten in lijn met de visie van de organisatie. Het Martini Ziekenhuis vindt het namelijk belangrijk om aandacht te hebben voor de naasten en om hen te betrekken bij de zorg (Martini Ziekenhuis, z.d.). De patiënt en zijn familie worden als zorgpartner gezien: samen zorgen voor de beste zorg. Tot slot zijn de onderzoeksresultaten van belang voor de maatschappij, aangezien er steeds meer sprake is van een participatiesamenleving waarin van burgers wordt gevraagd eigen verantwoordelijkheid te nemen en naasten ondersteuning te bieden waar nodig. De zorg verplaatst zich steeds meer van professionele

zorgverlening naar informele zorgverlening. Dit wordt veroorzaakt door wetswijzingen in de zorg (Rijksoverheid, 2013). De Familie kaart ondersteund de verandering naar een participatiesamenleving en de verplaatsing naar een informele zorgverlening, om de reden dat met de Familie kaart aandacht is voor familieleden en er aspecten rondom de familie bespreekbaar worden gemaakt. De Familie kaart geeft familieleden handvatten om hun verhaal te kunnen doen en familie kan aangeven hoe zij tegen bepaalde aspecten rondom de patiënt aankijken.

H6 Conclusie

Uit de resultaten van het participatief actieonderzoek kan de conclusie worden getrokken dat er momenteel op verpleegafdeling 2D verschillende interventies zijn die worden toegepast om familie te betrekken bij de zorg voor de patiënt, echter vinden deze interventies niet structureel plaats.

Uit de focusgroep bijeenkomsten is naar voren gekomen dat verpleegkundigen op verpleegafdeling 2D de FAMILY Card als een familiegerichte interventie zouden willen toepassen om familieleden structureel te betrekken bij de reguliere verpleegkundige zorg. Door middel van de FAMILY Card wordt bij het opnamegesprek de wensen en behoeften van de patiënt en zijn familieleden in kaart gebracht.

Om de FAMILY Card toepasbaar te maken voor verpleegafdeling 2D en om aan de wensen van de verpleegkundigen uit de focusgroep te voldoen, is een Familie kaart ontworpen. Deze is weergegeven in figuur 5 en onderbouwd in hoofdstuk 4, paragraaf 4.1.

H7 Aanbevelingen

De aanbevelingen op basis van de onderzoeksresultaten worden in dit hoofdstuk beschreven.

Allereerst wordt geadviseerd om de op basis van bijeenkomst vier aangepaste Familie kaart te implementeren op verpleegafdeling 2D. Deze Familie kaart is weergegeven in de uitwerking van hoofdstuk 4 paragraaf 4.1 Hierbij wordt als advies gegeven om deze Familie kaart af te nemen tijdens het anamnesegesprek. Wanneer het afnemen van de Familie kaart niet lukt tijdens de anamnese, bijvoorbeeld omdat een opname 's nachts plaats vindt, wordt geadviseerd om de kaart af te nemen tijdens het informatiegesprek welke binnen twee dagen na opname plaats vindt. De uitwerkingen van de vragen worden genoteerd onder het kopje 'opmerkingen' binnen 'Rollen en relaties' in de anamnese zodat informatie afkomstig uit de Familie kaart voor iedere zorgverlener in het zorgproces beschikbaar is. Op basis van de onderzoeksresultaten wordt geadviseerd om de Familie kaart toe te passen bij de geriatrische patiënten.

Om de verpleegkundigen op afdeling 2D het belang te laten inzien van het afnemen van de Familie kaart, wordt door de twee onderzoekers een korte presentatie gegeven voor het gehele team en wordt een poster op de afdeling opgehangen. Om een start te maken met de implementatie van de Familie kaart wordt het advies gegeven om de twee verpleegkundigen uit de focusgroep aan te wijzen op de afdeling die gaan beginnen met het toepassen van de Familie kaart in de praktijk. Deze verpleegkundigen maken de rest van het team nieuwsgierig en enthousiast om de Familie kaart ook te gaan gebruiken. Wanneer meer verpleegkundigen op de afdeling de Familie kaart gaan gebruiken wordt geadviseerd om de twee verpleegkundigen die betrokken zijn geweest bij het onderzoek, aan te wijzen als 'begeleiders' van het implementatieproces bij wie de rest van het team terecht kan wanneer zij ergens tegen aan lopen of vragen hebben omtrent de Familie kaart. Ten slotte is vervolg onderzoek nodig om het effect van de Familie kaart in de praktijk te kunnen beoordelen. Geadviseerd wordt om de systematiek van het participatief actieonderzoek aan te houden, omdat verpleegkundigen hierdoor actief betrokken blijven bij dit onderzoek.

Bibliografie

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P. Smeijters, H. & Peij, F. (2010). Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Geraadpleegd op 30 september 2018, van http://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/104/original/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief.pdf?1438763360
- Brunklaus, O.B.J.M. & van de Geijn, J.G.W. (2013). Interactieve vaardigheden. *Oncologie: Handboek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners*, 589-600. doi: 10.1007/978-90-313-8871-4_26
- De Boer, A., Broese van Groenou & Timmermans, J. (2009, 24 februari). *Mantelzorg: Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- De Boer, A., & De Klerk, M. (2013, juni). *Informele zorg in Nederland*. Geraadpleegd op 11 september 2018, van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2013/Informele_zorg_in_Nederland
- EBSCO Health (z.d.). *CINAHL Database*. Geraadpleegd op 28 september 2018, van <https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>
- Evers, J. & De Boer, F. (2012). *The Qualitative Interview: Art and Skill*. Den Haag: Boom Uitgevers.
- Het Centrum Mantelzorg (z.d.). *Arbeid en mantelzorg*. Geraadpleegd op 12 september 2018, van http://www.mantelzorg.info/nl/site/werk_en_mantelzorg
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E. & Foster, M. (2009). Positive effects of a Nursing intervention on Family-Centered Care in Adult Critical Care. *American journal of critical care*, 18(6),543-552.doi: 10.4037/ajcc2009226
- Munten, G., Verhoef, J. & Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (4e druk). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Lowson, E., Hanratty, B., Holmes, L., Addington-Hall, J., Grande, G., Payne, S. & Seymour, J. (2013). From 'conductor' to 'second fiddle': Older adult care recipients' perspectives on transitions in family caring at hospital admission. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1197-1205. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.02.005
- Luttik, M. L. (2016). Familiezorg en verpleegkundige zorg. *Bijzijn XL*, 12-17.
- Martini Ziekenhuis Groningen (z.d.). Meerjaren strategisch beleidsplan 2017-2020. Geraadpleegd op 12 september 2018, van <https://www.martiniziekenhuis.nl/Documents/Jaarverslagen/Meerjaren%20strategisch%20beleidsplan%202017-2020%20.pdf>
- McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (2002). *Verpleegkundige interventies* (2^e druk). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Migchelbrink, F. (2016). *De kern van participatief onderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013, 14 november). *Aantal chronische ziekten neemt toe*. Geraadpleegd op 11 september 2018, van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_ziekten_neemt_toe

Mitchell, M. & Chaboyer, W. (2010). Family Centered Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 154-160. doi:10.1016/j.iccn.2010.03.003

NCBI (z.d.). *PubMed*. Geraadpleegd op 28 september 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Rily, B.H., White, J., Graham, S. & Alexandrov, A. (2014). Traditional/Restrictive vs Patient- Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(4), 316-324. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014980>

Rijksoverheid. (2013, 17 September). *Troonrede 2013*. Geraadpleegd op 20 september, van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>

Salinas, T.K., O'Connor, L.J., Weinstein, M., Virginia Lee, S.Y. & Fitzpatrick J.J. (2002). A Family Assessment Tool for Hospitalized Elders. *Geriatric Nursing*, 23, 316-319. doi: doi.org/10.1067/mgn.2002.129432

Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep V&V 2020 & Grotendorst, A. (2012). *V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Opgeroepen op 12 30 , 2017, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Streekziekenhuis koningin Beatrix. (2018). *Geriatric: Familieparticipatie /mantelzorg*. Geraadpleegd op 28 november 2018, van <https://www.skbwinterswijk.nl/wms/fm/userfiles/download/4EE8E29D-92EA-C86C-65D1-844450D4EF3A.pdf>

Tobiano, G., Chaboyer, W. & McMurray, A. (2012). Family members' perceptions of the nursing bedside handover. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 192-200. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04212.x

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Wright, L.M., & Leahey, M. (1999). Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15-Minute (or less) Family Interview. *Journal of Family Nursing*, 5, 259-274. Geraadpleegd op 19 september 2018 van <http://journals.sagepub.com/nlhg.idm.oclc.org/doi/pdf/10.1177/107484079900500302>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families - a guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Bijlage 1: Bestaande familiegerichte interventies

In deze bijlage worden de gevonden familiegerichte interventies uitgebreid beschreven.

Interventie 1: FAMILY card

In het artikel van Salinas et al. (2002) wordt de ontwikkeling van de 'FAMILY card' omschreven. Door middel van deze FAMILY card wordt de betrokkenheid en de wensen en behoeften van de familie van een patiënt in kaart gebracht. Deze familiegerichte interventie is ontwikkeld om te gebruiken bij oudere mensen die zijn opgenomen in het ziekenhuis. De interventie is dan ook gericht op de geriatrische verpleegkundigen. Twee ziekenhuizen in New York hebben deelgenomen aan een 'Nursing Care Quality Initiative' (NCQI), als onderdeel hiervan is de FAMILY card ontwikkeld. Tijdens het ontwikkelen van de FAMILY card is rekening gehouden met vier principes binnen de familiegerichte zorg:

- Mensen worden in hun waarde gelaten en worden met respect bejegend.
- Verpleegkundige en andere gezondheidsmedewerkers communiceren met de patiënt en familieleden. Tijdens deze communicatie wordt feitelijke informatie gegeven.
- Er vindt samenwerking plaats tussen de verpleegkundige, andere disciplines, de patiënt en familieleden om de zorg voor de patiënt te leveren en om het beleid vast te leggen.
- Familieleden participeren in ervaringen om te bouwen aan hun kracht en onafhankelijkheid.

De FAMILY card houdt het volgende in:

F = Betrokkenheid van familie: wie in het sociale netwerk is betrokken bij de patiënt en op welke manier?

A = Benodigde hulp: welke hulp heeft de patiënt nodig en in hoeverre lukt het familie om dit te bieden?

M = Behoeften van familie: wat heeft de familie nodig van gezondheidsmedewerkers om de zorg voor de patiënt te kunnen blijven leveren op een effectieve manier?

I = Integratie in het zorgplan: activiteiten van familie met betrekking tot de patiënt wordt meegenomen in de planning van de zorgactiviteiten. Eventuele behoefte aan educatie met betrekking tot het zorg verlenen voor de patiënt wordt geïntegreerd in het zorgplan.

L = Maatschappelijke hulp: er wordt in kaart gebracht welke instellingen/organisaties de patiënt en de familie hulp kunnen bieden.

Y = Interventie: op basis van de verzamelende informatie wordt een interventie(s) toegepast om aan de behoeften van de patiënt en familie te voldoen.

In het artikel van Salinas et al. (2002) zijn twee case studies omschreven waarin de FAMILY card is toegepast bij twee patiënten en is uitgewerkt door een verpleegkundige. Uit het onderzoek kwam naar voren dat verpleegkundigen familieleden meer zijn gaan waarderen tijdens de hulp die zij bieden bij de patiëntenzorg. De informatie die verkregen is uit de FAMILY Card wordt meegenomen in het verpleegkundig dossier en tijdens de overdrachten tussen de verpleegkundigen. Als de patiënt ontslagvaardig is is er al veel informatie bekend om het ontslag te kunnen coördineren. Deze informatie kan sneller worden gedeeld met andere disciplines die bij het ontslag betrokken zijn. De FAMILY Card is dus een effectief hulpmiddel bij het coördineren van het ontslag. Uit onderzoek blijkt dat de FAMILY Card daarnaast leidt tot betere gezondheidsresultaten en samenwerkingsverbanden tussen de zorgverleners, familie en patiënten die volgens hen naar tevredenheid verlieten.

Interventie 2: Familie betrekken bij lichamelijke verzorging

In het artikel “Family Centered Care- A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews” van Mitchell & Chaboyer (2010) wordt beschreven dat familieleden van patiënten opgenomen op de Intensive Care lichamelijke verzorging bieden aan de patiënt. Door middel van telefonische interviews wordt onderzocht hoe familieleden het ervaren om te participeren in de lichamelijke verzorging voor hun familielid, de patiënt. In het artikel staat ‘Family Centered Care’ (FCC) centraal.

Het onderzoek heeft plaats gevonden in een Australisch ziekenhuis op de intensive care voor volwassenen en bestaat uit tien participanten. Tien familieleden van patiënten op de intensive care hebben lichamelijke verzorging geboden aan hun familielid en zijn hierover telefonisch geïnterviewd. In dit onderzoek wordt onder lichamelijke verzorging het volgende verstaan: mondverzorging, lichaam wassen/douchen, haren wassen en (hand/voet)massage. De aspecten binnen lichamelijke verzorging variëren van relatief simpele activiteiten tot meer complexere. De geïnterviewde familieleden boden elke keer dat zij op bezoek kwamen bij de patiënt iets van lichamelijke verzorging. Uit de interviews zijn drie thema’s naar voren gekomen die een grote rol spelen bij het bieden van lichamelijke verzorging aan een ziek familielid. Deze drie thema’s zijn hieronder uitgewerkt.

Thema 1: Zorg verlenen

In de meeste gevallen komt een opname in het ziekenhuis onverwachts en zijn zowel de patiënt als de familieleden hier niet op voorbereid. Familieleden hebben het dan vaak moeilijk en worstelen met hun gevoelens. Sommigen hebben een gevoel van hulpeloosheid, ze kunnen voor hun gevoel niks doen en hebben de behoefte om meer betrokken te worden bij de zorg voor de patiënt en om zich nuttig te voelen. Participanten binnen het onderzoek geven aan dat bijdragen in de lichamelijke verzorging hen in staat stelt om te laten merken dat zij veel geven om hun zieke familielid, er wordt een link gelegd tussen het bieden van lichamelijke verzorging en het uiten van liefde en de mate waarin iemand gehecht is aan de patiënt. Daarnaast geven participanten aan dat zij door bij te dragen in de lichamelijke verzorging zich nuttig voelen en een deel zijn van de situatie waarin een familielid is opgenomen. Uit de

interviews is ook gebleken dat familieleden het prettig vinden om zelf te bepalen wat voor vorm van lichamelijke verzorging zij willen bieden aan de patiënt, waar zij zich zelf comfortabel bij voelen.

Thema 2: Hechting/binden met ziek familielid

Het bieden van lichamelijke verzorging zorgde voor een emotionele band en een psychologisch voordeel voor zowel het familielid als de patiënt. Dat het ook voor de patiënt een psychologisch voordeel oplevert, onderscheidt dit thema van het eerste thema, wat met name gericht is op het gevoel van het familielid. Binnen dit thema hebben familieleden het gevoel dat zij in positieve zin bij kunnen dragen aan de comfort en het algemeen welbevinden van de patiënt. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door een dochter die haar moeders handen, ellebogen, oren en schouders insmeert met crème. Zij geeft aan dat deze aanrakingen belangrijk zijn en zij het gevoel had dat het welbevinden van de patiënt, haar moeder, hierdoor verbeterd werd.

Thema 3: Samenwerking met verpleegkundigen

Familieleden gaven aan veel samen te werken met de verpleegkundige. Daarnaast hadden ze het gevoel de lichamelijke verzorging niet uit te kunnen voeren zonder de hulp van de verpleegkundige. Volgens de familieleden was de hulp van de verpleegkundige altijd erg toegankelijk en kwam de verpleegkundige snel om hulp te bieden. Ook gaven de verpleegkundigen familieleden de optie om lichamelijke verzorging te bieden, het was geen verplichting. De verpleegkundige kijkt bij elke individuele patiënt wat de opties zijn voor de familieleden om lichamelijke verzorging te bieden. Deze beide aspecten zijn als prettig ervaren door de participanten. Het bieden van lichamelijke verzorging voor een patiënt zorgde ervoor dat familieleden communiceerden met verpleegkundigen en dat deze communicatie steeds beter verliep. Communicatie tussen verpleegkundigen en familieleden is een essentieel middel om erachter te komen wat de wensen en behoeften zijn van familie en staat centraal binnen Family Centered Care.

Conclusie

Uit de telefonische interviews is te concluderen dat familieleden van patiënten het participeren in de lichamelijke verzorging als prettig ervaren en dat zij erg positief zijn over de rol van de verpleegkundige binnen dit proces. De samenwerking tussen de familieleden en de verpleegkundige zorgde ervoor dat de lichamelijke verzorging werd opgenomen in de dagelijkse routine van de patiënt en dat er aandacht was voor de wensen en behoeften van familieleden, wat centraal staat binnen de Family Centered Care. Wel moet gezegd worden dat dit onderzoek is uitgevoerd op een Intensive Care afdeling. Deze afdeling heeft een andere gang van zaken dan de verpleegafdeling Interne Geneeskunde, wellicht is het mogelijk om familieleden van patiënten opgenomen op de Interne Geneeskunde ook te laten participeren in verschillende aspecten binnen lichamelijke verzorging.

Interventie 3: Toegankelijke bezoektijden

In het onderzoek van Mitchell & Chaboyer (2010) participeren familieleden in de lichamelijke verzorging van patiënten. De bezoektijden dienen ruimte te geven voor participatie in de lichamelijke verzorging. Uit onderzoek van Lowson et al. (2013) blijkt namelijk dat tijdsgebonden bezoeken een belemmerende factor is voor het participeren van familieleden bij de lichamelijke verzorging van een patiënt. Een interventie zou kunnen zijn om de bezoektijden breder te maken om familieleden meer te betrekken bij de zorg voor de patiënt.

Interventie 4: Familie interview in 15 minuten

Tijd is voor de verpleegkundige erg belangrijk. De belangrijkste reden van verpleegkundige om geen familie gerichte gesprekken te voeren tijdens de verpleegkundige zorg is omdat ze daar te weinig tijd voor hebben. Door de verandering van de gezondheidszorg en personeel bezuinigingen is tijd in de verpleegkundige praktijk essentieel. Het artikel 'Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15 minute (or less) Family Interview' geschreven door Wright & Leahey (1999) gaat over een family interview dat 15 minuten, of zelfs minder, tijd kost. Er worden in dit artikel vijf belangrijke ingrediënten voor een kort familie gesprek beschreven. Dit zijn: manieren, therapeutisch gesprek, familie genogram, therapeutische vragen en aanbevelingen.

Om familie goed bij de zorg te betrekken moeten verpleegkundigen kennis hebben van familie interventie modellen, interview vaardigheden en de relevante vragen die je kunt stellen. Met deze kennis is zelfs een korte ontmoeting met familie al effectief. Met een gesprek van 15 minuten ben je doelbewust, effectief, informatief en verhelderend. Een familielid spreken, ongeacht hoeveel tijd er is, is beter dan geen gesprek te voeren. In dit artikel worden een aantal voorbeelden genoemd van redenen om niet met familie te spreken, zoals: 'als ik met familie praat; heb ik geen tijd meer om mijn andere verpleegkundige taken uit te voeren, worden ze misschien boos en weet ik niet hoe ik hier op moet reageren en weet ik misschien niet altijd het antwoord op de vragen van de familie'.

Familie komt vaak mee met zijn geliefde/naasten, waar je dus als verpleegkundige vaak mee te maken hebt. Familie is vaak betrokken bij de eerste symptomen, diagnose en behandeling. Zij worden ook door de ziekte van hun familielid beïnvloed. De gesprekken die de verpleegkundige met de patiënt en familie heeft over de ziekte en opname kan sterk bijdragen tot de genezing, vermindering en/of verlichting van het lijden. Daarom is het belangrijk om de volgende handvaten te gebruiken tijdens een gesprek met de familie, dat maar 15 minuten hoeft te duren.

Ingrediënt 1: Manieren

Het is belangrijk om de juiste houding aan te nemen tijdens een familie gesprek. De laatste jaren is de houding van mensen meer van formeel naar informeel gegaan. Een voorbeeld hiervan is door volledige namen te noemen, behalve in sommige situaties in verband met de privacy. Helaas komt het ook vaak voor dat verpleegkundige zich niet voorstellen aan familieleden. Wat houdt de verpleegkundige tegen om zichzelf voor te stellen aan de persoon die naast de patiënt zijn bed zit? Wat verhindert de verpleegkundige om te vragen wat zijn of haar relatie is met de patiënt? Er wordt zelfs niet eens altijd oogcontact gemaakt met de familie/vrienden van de patiënt, terwijl dit de meest sociale norm is in onze cultuur. De belangrijkste reden hiervoor zou zijn dat de verpleegkundige alleen met de patiënt zelf wil praten, om vragen van familieleden te voorkomen omdat geen tijd zouden hebben om deze vragen te kunnen beantwoorden. Verpleegkundigen die dit wel deden kregen uiteindelijk minder vragen op ongelegen tijden van familieleden die informatie wilden over hun familielid. Dit zorgde ervoor dat verpleegkundigen ook meer plezier in hun werk hadden. Ook geven de verpleegkundigen hierdoor meer vertrouwen aan de familieleden.

Manieren om vertrouwen te wekken: de patiënt bij naam noemen, jezelf voorstellen, de juiste houding aannemen, je rol uitleggen voor die dienst, geef van te voren aan wat je gaat doen voordat je bijvoorbeeld al met apparatuur de kamer in komt lopen, geef aan wanneer je weer terug komt en wees eerlijk.

Ingrediënt 2: Therapeutisch gesprek

Gesprekken voeren is een van de belangrijkste dingen die je als verpleegkundige doet. Verpleegkundigen zijn veel betrokken bij therapeutische gesprekken met patiënten, wat vaak veel impact kan hebben op patiënt en familieleden. Vanaf het begin is een familiegesprek doelgericht en beperkt in tijd. Gesprekken tussen de verpleegkundige en de familie kunnen zo kort zijn als een zin of zolang als de tijd dit toelaat. Hoe kort dit gesprek ook is, het brengt de familie samen. De tijd van het gesprek maakt niet het verschil, maar de bevestiging en erkenning die patiënten en familieleden krijgen. Verpleegkundigen zijn sociaal aangelegd en hebben het voorrecht om bij iedere gezondheid en ziekte gesprekken te mogen voeren met de patiënt en familie.

De kunst van het luisteren is ook belangrijk. Het luisteren naar verhalen over ziekte is een ethisch aspect. Verpleegkundige voelen zich vaak verplicht om dingen op te lossen wat twijfels of problemen met zich mee brengt. Het belangrijkste om te doen is luisteren, medeleven tonen en aanmoedigen.

Het gaat om het integreren van taakgerichte patiëntenzorg met een interactieve, doelgericht gesprek in een efficiënt gesprek van 15 minuten. De verpleegkundige geeft informatie en is geduldig betrokken bij de besluitvorming in het proces. Ze gebruikt kansen, zoekt oplossingen en neemt deel al doelgerichte gesprekken met de familie. Deze gesprekken kunnen als volgt: familie wordt uitgenodigd om de patiënt te begeleiden gedurende de opname, familie wordt altijd toegelaten op de afdeling, familie wordt

uitgenodigd om vragen te stellen tijdens het opnamegesprek, verpleegkundigen inventariseren de thuissituatie bij de familie, verpleegkundige informeert de patiënt over leefregels thuis en de verpleegkundige vraagt de familie en patiënt over hun ideeën voor de behandeling en het ontslag.

Ingrediënt 3: Familie genogram en ecogram

Verpleegkundigen moeten het zichzelf aanleren om snel een genogram te maken, vooral voor familieleden die zorg dragen voor de patiënt voor meer dan drie dagen in de week. Een genogram is een weergave van een stamboom met daarin meerdere persoonlijke gegevens van familieleden. De onderlinge relatie tussen familieleden wordt onder andere weergegeven. In een kort interview moeten deze informatie verzameld zijn, deze informatie kun je in twee minuten krijgen van familieleden. De belangrijkste dingen om te vragen zijn: leeftijd, dagelijkse bezigheden, religie, ethische achtergrond en de gezondheid van de familieleden. Het is niet belangrijk om dingen op te schrijven zoals familieleden die gescheiden zijn of informatie met betrekking tot kleinkinderen, tenzij het belangrijk is voor de zorg en de ziekte. Het is handig om vragen te bundelen zoals: welke persoon buiten je directe familie belangrijk hulp voor jou of juist niet? Hoeveel professionals zijn betrokken bij de behandeling van de ziekte van uw man? Families worden hierdoor goed betrokken bij de zorgverlening. De genogram kan ergens ingevoerd worden, zodat alle zorgverleners dit direct kunnen inzien als dit nodig is.

Ingrediënt 4: Therapeutische vragen

Er zijn verschillende vragen die kunnen worden gesteld tijdens een kort familiegesprek om de familie te betrekken bij de zorg. Natuurlijk worden op de oncologie afdeling andere vragen gesteld dan op de intensive care, maar er zijn een aantal vragen die op alle afdelingen kunnen worden gesteld om de familie beter bij de zorg te betrekken. De vragen zijn hieronder weergegeven.

Met welk familielid of vriend mogen wij informatie delen en met wie absoluut niet?
Wat zijn de verwachtingen van de opname?
Wie was het meest/minst behulpzaam bij de vorige opname?
Wat is de grootste uitdaging voor jou en de familie gedurende deze opname? (actuele problemen, rollen en geloof)
Wat heb je nodig om jezelf en de familie voor te bereiden op het ontslag? (help tijdig bij het regelen van het ontslag)
Wie lijdt van de familie het meest onder deze opname? (inventariseer welk familielid het beste kan helpen voor het begeleiden van de patiënt)
Op welke vraag zou je op dit moment antwoord op willen hebben?
Op welke manier ben ik het meest behulpzaam geweest tijdens dit gesprek? Kan ik nog iets verbeteren?

Ingrediënt 5: Sterke punten van de familie en het individu

Tot slot het laatste ingrediënt tijdens het familiegesprek. Tijdens het familiegesprek wordt er ingegaan op de krachten. Zelfs tijdens een kort familiegesprek worden tenminste twee sterkte punten benoemd van familieleden door een compliment te geven. Omdat de verpleegkundige meer contact heeft met de familie, observeert zij gedurende de opname die sterke punten. Door de terugkoppeling naar de familie krijgt de familie een beter beeld van zichzelf en de situatie.

Conclusie van het artikel

Belangrijke punten voor een kort familiegesprek zijn:

- ✓ Juiste manieren, zoals jezelf voorstellen, je rol uitleggen, vraag familie om deel te nemen aan het familiegesprek
- ✓ Ontwerp een genogram om een goed beeld te krijgen van de naaste omgeving van de patiënt
- ✓ Stel tenminste drie juiste vragen
- ✓ Benoem tenminste twee krachten van de familie
- ✓ Evalueer het nut van het gesprek

Als dit geïmplementeerd wordt en alle verpleegkundigen de familie betrekken bij de opname zal dit zorgen voor een betere psychische en emotionele gesteldheid van de patiënt en familie. Dit in slechts 15 minuten of zelfs in 1 zin!

Interventie 5: De rol van familie binnen de verpleegkundige overdracht aan bed

In het artikel “Family members’ perceptions of the nursing bedside handover” geschreven door Tobiano et al. (2012) wordt onderzocht hoe familieleden van patiënten opgenomen in het ziekenhuis aankijken tegen de verpleegkundige overdracht aan bed waarbij de patiënt en familieleden worden betrokken. Het is gebleken dat fouten in de communicatie tussen verpleegkundigen een grote oorzaak is van letsel bij patiënten. De overdracht tussen verpleegkundigen is een situatie waarin een groot risico is op een miscommunicatie. Een oplossing voor het voorkomen van een miscommunicatie is om de verpleegkundige overdracht aan bed te laten plaats vinden, zodat de patiënt en familieleden kunnen bijdragen aan het overdragen van correcte en belangrijke informatie. Aangezien er weinig bekend is over hoe familieleden aankijken tegen de verpleegkundige overdracht aan bed en hoe zij dit ervaren, is in dit artikel hier onderzoek naar gedaan. Het betrekken van familie tijdens de verpleegkundige overdracht aan bed past goed binnen de Familie Centered Care waarin de familie als samenwerkingspartner wordt gezien. Uit onderzoek van Tobiano et al. (2012) is gebleken dat verpleegkundigen in het ziekenhuis lang niet altijd steun bieden aan familieleden van patiënten en dat het in de meeste gevallen de familieleden zijn die het initiatief nemen om in gesprek te gaan, niet de verpleegkundige. Door familieleden te betrekken bij de verpleegkundige overdracht aan bed wordt de familie structureel betrokken bij de zorg voor de patiënt. In het artikel wordt gesproken over de

overdracht van dag- naar avonddienst, dit valt binnen de bezoeken. Acht participanten/familieleden hebben deelgenomen aan het onderzoek, zij zijn geïnterviewd over de ervaring van de verpleegkundige overdracht aan bed. Naast de interviews is geobserveerd hoe de familieleden communiceerden tijdens de overdracht.

De volgende vragen zijn gesteld tijdens het interview:

- Hoe denkt u over de verpleegkundige overdracht aan het bed van uw familielid?
- Wat denkt u dat uw rol is tijdens deze verpleegkundige overdracht aan bed?
- Zijn er onderwerpen die niet aan het bed besproken zouden moeten worden? Zo ja, welke zijn dit?

Uit de interviews zijn drie thema's naar voren gekomen. Dit zijn de volgende:

Thema 1: Begrijpen van de situatie.

Familieleden gaven aan het gevoel te hebben dat zij geïnformeerd werden over de situatie van de patiënt. Zij vonden het prettig en belangrijk om aanwezig te zijn terwijl de overdracht tussen de twee verpleegkundigen plaats vond. Familieleden vertellen dat zij door hun aanwezigheid bij de overdracht, de verpleegkundige niet hoeft te storen tijdens haar dienst om informatie te vragen omtrent de patiënt. De conditie van de patiënt is voor alle familieleden in het onderzoek duidelijk, zij vroegen vaak tijdens de overdracht om een uitleg van een verbetering in de situatie van de patiënt of wanneer de situatie van de patiënt verslechterde. Daarnaast was het voor familieleden duidelijk welke behandeling de patiënt ondergaat en willen zij graag op de hoogte zijn van de verpleegkundige interventies.

Thema 2: Interactie met de verpleegkundige

Binnen dit thema kwam naar voren dat familieleden belangrijke aspecten vertellen tijdens de overdracht waar de verpleegkundige zich niet altijd van bewust was, de kwaliteit van de communicatie werd verbeterd door de bijdrage van de familieleden tijdens de overdracht. De kwaliteit van de overdracht werd ook verbeterd doordat familieleden verpleegkundigen wezen op aspecten die niet correct gesignaleerd of niet gesignaleerd waren. Daarnaast werd tijdens de overdracht aan bed besproken waar de familieleden hulp bij konden bieden tijdens de ziekenhuisopname van de patiënt. Ook voelden familieleden zich comfortabel en zelfverzekerd om vragen te stellen tijdens de overdracht. Ten slotte kwam naar voren dat familieleden de informatie gedeeld tijdens de overdracht vaak later nog kunnen verduidelijken voor de patiënt, omdat patiënten zijn niet altijd alles even goed meekrijgen doordat ze ziek of slechthorend zijn.

Thema 3:

Familieleden voelden zich opgelucht en op hun gemak na de verpleegkundige overdracht, doordat ze een helder beeld kregen van de situatie van de patiënt en de behandeling. Het gaf ze rust om alle informatie rondom de patiënt te horen. Ook hadden familieleden het gevoel dat ze onderdeel waren van

de verpleegkundige overdracht, dit werd volgens de familieleden ook aangemoedigd door de verpleegkundige. De overdracht werd erg positief ervaren door familieleden, doordat patiënten niet werden gezien als slechts een 'bed nummer', maar als een individuele patiënt met eigen wensen en behoeften waar naar geluisterd werd. Een ander belangrijk aspect binnen de overdracht is het bespreken van het ontslag, zodat zowel de verpleegkundige als de familie zich hier op kunnen voorbereiden. Doordat familie aanwezig is bij de overdracht, kunnen bij elke overdracht updates gegeven worden over hoe het ervoor staat met het ontslag. Tot slot kwam de privacy van de patiënt naar voren. De familieleden waren van mening dat een eventueel gebrek aan privacy niet opweegt tegen de voordelen van de verpleegkundige overdracht aan bed, omdat volgens hen de communicatie door de overdracht sterk verbeterd wordt.

Conclusie

De verpleegkundige overdracht aan bed is een manier om meer aandacht te hebben voor Family Centered Care en om aandacht voor familie structureel onderdeel te laten worden van de verpleegkundige zorg. Daarnaast zorgt de verpleegkundige overdracht aan bed voor een hogere kwaliteit en veiligheid van zorg. Door familieleden te betrekken bij de overdracht, wordt gewerkt aan een samenwerkingsrelatie tussen familieleden en de verpleegkundigen. Het zorgt voor tevredenheid bij beide partijen. Familie heeft het gevoel dat de patiënt niet meer als 'bed nummer' wordt gezien, maar als een echt persoon. Familie vindt het ook erg prettig om alleen al aanwezig te zijn bij de overdracht en om te luisteren wat de verpleegkundigen elkaar vertellen, ze hebben het gevoel dat ze een onderdeel worden van de overdracht. Verpleegkundigen zorgen tijdens de overdracht ervoor dat de familie op de hoogte is van de huidige gezondheidssituatie van de patiënt en dat gesproken wordt over het geplande ontslag en wat hier eventueel nog voor geregeld dient te worden. Er wordt tijd genomen om vragen te beantwoorden van familieleden. Een belangrijk punt is dat familieleden kunnen bijdragen aan het overdragen van correcte informatie of informatie die niet volledig is. Hiermee wordt de kwaliteit van de overdracht vergroot. Voor de verpleegkundigen brengt het tijdswinst op. Familieleden geven namelijk aan dat door aanwezigheid bij de overdracht, zij het gevoel hebben dat ze de verpleegkundigen minder hoeven te storen tijdens haar dienst. Er moet wel rekening gehouden met het feit dat in principe twee verschillende interventies worden geïmplementeerd wanneer dit wordt toegepast: het implementeren van de verpleegkundige overdracht en het implementeren van structureel aandacht te hebben voor familieleden.

Bijlage 2: Tijdsplanning

In deze bijlage wordt de inrichting en planning van het onderzoek beschreven.

Wanneer	Wat	Wie
Week 1	Kennismaking en oriëntatie op onderwerp	Docentbegeleider en studenten
Week 2	Opzet onderzoek maken + doelstelling en vraagstelling formuleren	Studenten
Week 3	Inleiding schrijven + artikelen zoeken voor familiegerichte interventies	Studenten
Week 4	Familiegerichte interventies verwerken + hoofdstuk methode schrijven	Studenten
Week 5	Opstartbijeenkomst op de afdeling 8 oktober	Focusgroep
Week 6	Onderzoeksvoorstel ter concept inleveren + bijeenkomst één verwerken	Studenten
Week 7	Definitieve versie onderzoeksvoorstel inleveren	Studenten
Week 8	Bijeenkomst twee op de afdeling 5 november + meelopen op de afdeling (observatie) 6 en 8 november	Focusgroep Studenten
Week 9	Bijeenkomst twee verwerken	Studenten
Week 10	Bijeenkomst drie op de afdeling 19 november	Focusgroep
Week 11	Bijeenkomst drie verwerken	Studenten
Week 12	Resultaten schrijven	Studenten
Week 13	Conclusie en discussie schrijven	Studenten
Week 14	Advies schrijven	Studenten
Week 15	Vakantie	Studenten
Week 16	Vakantie	Studenten
Week 17	Concept onderzoeksverslag inleveren 6 januari	Studenten
Week 18	Onderzoeksverslag inleveren 18 januari	Studenten